

En memoria a Enrique Saforcada.

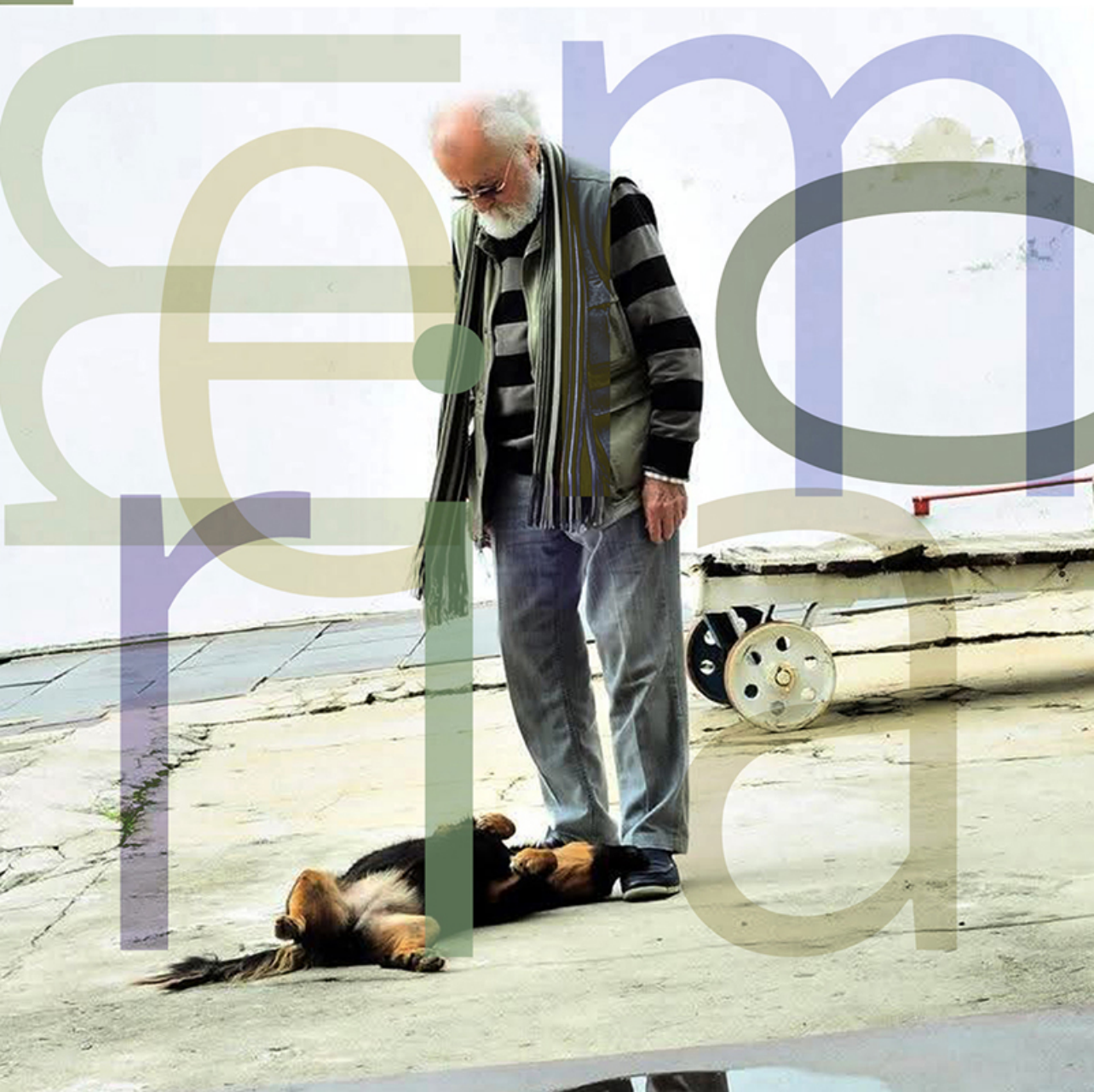
Experiencias y transformaciones desde
sus pensamientos y luchas.

COMPILADORAS
Mariela Muñoz Rodríguez, Marcelo Alejandro Muñoz,
Juan Miguel Flores, Gabriela Luciano,
Mariela Ávila y Agustín Edi Orlando



Universidad
Nacional
de San Luis

neu
NUEVA EDITORIAL
UNIVERSITARIA



En memoria a Enrique Saforcada.

Experiencias y transformaciones
desde sus pensamientos y luchas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS

Rector:

Dr. Raúl Andrés GIL

Vicerrectora:

Mgtr. María Claudia BRUSASCA

Secretario de Imágen y Comunicación Institucional:

Téc. Ramiro Gabriel REZZANO KLEMENT

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950

Edificio Rectorado - 2º piso - Pasillo A.

D5700HHW

Tel. (+54) 0266-4520300 int. 5197

www.neu.unsl.edu.ar

unslneu@gmail.com

COMPILADORAS/ES

Mariela Muñoz Rodríguez, Marcelo Alejandro Muñoz,
Juan Miguel Flores, Gabriela Luciano,
Mariela Ávila y Agustín Edi Orlando

En memoria a Enrique Saforcada.

Experiencias y transformaciones
desde sus pensamientos y luchas



Universidad
Nacional
de San Luis

En memoria a Enrique Saforcada: experiencias y transformaciones desde sus pensamientos y luchas / Mariela Muñoz Rodríguez... [et al.]; Compilación de Mariela Muñoz Rodríguez... [et al.] - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2026. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-733-512-5

1. Homenajes. 2. Relatos Personales. I. Muñoz Rodríguez, Mariela II. Muñoz Rodríguez, Mariela, comp.
CDD 370

Nueva Editorial Universitaria

Coordinación General:

Lic. Mariano Daniel PEREZ

Dpto. Administrativo:

Tec. Silvia GARRO

Dpto. Edición:

Lic. Cecilia RODONI

Foto de Tapa: Nicolás Musolino

Edición Septiembre de 2026

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

ISBN Vol. II: 978-987-733-512-5

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723. Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU

© 2026 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - Rectorado - 2º piso - D5700HHW

Tel. (+54) 0266-4424027 int. 5197

ÍNDICE

Dedicatoria	7
Prefacio de Francisco Morales Calatayud	9
Prólogo de Mariela Muñoz Rodríguez, Marcelo Muñoz y Gabriela Luciano	13

CONVERSACIONES HORIZONTALES CON ENRIQUE: ÚLTIMA CONFERENCIA Y SU HUELLA SOSTENIDA

Formación de profesionales para el trabajo en Salud Comunitaria Enrique Saforcada	21
Una huella más del Enrique Agustín Edi Orlando	26

ENRIQUE: SU ACOMPAÑAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE UNIVERSIDADES Y DISTINTOS CAMPOS DE CONOCIMIENTO CON COMPROMISO COMUNITARIO

A la memoria de Enrique Saforcada: su legado académico, pedagógico y humano Martín de Lellis	35
Semblanza Profesor Doctor Enrique Saforcada Luis Giménez	43
Memorias de Enrique Saforcada en la transformación epistemológico- política de los alcances de la Psicología Social Comunitaria en San Luis, Gabriela Luciano, Juan M. Flores, Marcelo A. Muñoz, Mariela Avila	48
Contribuciones del pensamiento de Enrique Saforcada a la configuración de una psicopedagogía comunitaria en clave salubrista María Paula Juarez	65
El desarrollo de la musicoterapia orientada en salud comunitaria. Apoyo y aporte de Enrique Saforcada a la musicoterapia en Argentina Cecilia Inés Isla	95

Salud Comunitaria e interdisciplina. Aporte a la Odontología Comunitaria María Teresa Almaraz	114
---	-----

DESARROLLOS TEÓRICOS DESDE LOS APORTES DE ENRIQUE SAFORCADA

“La historia lo registrará” La importancia de esclarecer y explicitar la posición política e ideológica de quienes practican la psicología comunitaria Marina Tolli	122
Niñeces, salud y complejidad: revisiones críticas a las teorías clásicas del desarrollo desde la perspectiva de salud comunitaria Mariela Muñoz Rodríguez, María Eugenia Basco y Julia Sabez	131
Entramados multidimensionales en los procesos de salud de jóvenes de sectores rururbanos de la zona de Cuyo, Argentina María Eugenia Fritz y Mariela Muñoz Rodríguez.....	151
Desafíos para la formación superior integral en psicología considerando los aportes de Enrique Saforcada en torno al factor humano Mariela Muñoz Rodríguez y Santiago Andrés Martin	171
La importancia del concepto “Factor Humano” en la obra de Enrique Saforcada Eliana Noemí González y Marcelo Alejandro Muñoz.....	189
Prácticas de Salud Comunitaria con adolescencias y juventudes desde pedagogías críticas en el marco de la Extensión Universitaria Carlos Torrado L., Mariana González, Beatriz Ferreira y Luciana Hernández ..	198
Alianzas en salud. El valor de la cooperación universitaria al desarrollo. Experiencia: evaluación y detección temprana de problemas en el neurodesarrollo infantil en países del Sur Global. Francisco Cruz Q., Antonio Muñoz V., Miguel Pérez G., Manuel Fernández A., Mérida Ramírez B. y María Nieves Pérez M.	230
Autores.....	265

A Enrique, nuestro maestro compañero

PREFACIO

El libro que se presenta al lector tiene la peculiar cualidad de constituir un homenaje a la memoria de Enrique Saforcada y, al mismo tiempo, una prueba palpable de algunas de las aristas más significativas de su enorme legado.

En los capítulos que integran el texto, se muestran importantes contribuciones realizadas por académicas y académicos en cuya formación tuvo Enrique una influencia significativa a través de sus enseñanzas y su ejemplo. Esa influencia es también apreciable en algunos de los capítulos en los que se muestran desarrollos teóricos y metodológicos, así como experiencias y resultados de proyectos, en los que la articulación de su aporte representó un enriquecimiento notable.

Enrique, además de sabio laborioso, sencillo, asequible y valiente, tuvo siempre una enorme generosidad para poner su tiempo y sus capacidades en función de impulsar la formación de jóvenes, especialmente aquellas y aquellos cuyo talento y compromiso apuntara seriamente a problemáticas de interés social. Esto venía junto con una fina sensibilidad para acompañar efectivamente, generando diálogo sincero y crítico, apoyo real, confianza mutua y calidez en la relación. Como José Martí, él hizo de “la fe en el mejoramiento humano y en la utilidad de la virtud” una práctica de vida. No importaba si la persona o grupo que acompañaba estuviera físicamente lejos de Buenos Aires, dentro o fuera de Argentina; o que fuera alguien que hacía un doctorado o si eran estudiantes de grado, o pobladores en comunidades.

Otra importante cualidad de Enrique, ha sido su capacidad para abrir caminos, generar encuentros, estimular diálogos y fomentar trabajo en común, es decir, fundar. Cuando hizo falta empeñarse a fondo en alguno de estos propósitos, puso en ello alma, corazón y vida.

Todo eso se refleja en este libro.

No pretendo en esta breve nota a modo de *prefacio*, reiterar contenidos que están muy bien representados en los capítulos que se incluyen en

este libro, escribo sobre esas cualidades personales sólo con el ánimo de acercar un poco de contexto.

Lo que nos trae este libro, muestra claramente la continuidad de una obra, la vitalidad de un legado. Un legado real, que no es el producto del empuje de las grandes editoriales hegemónicas a un autor cuya obra, muchas veces presentada de manera sobredimensionada, nos habla desde la distancia de realidades ajenas o desde generalizaciones sin mucho fundamento como si el mundo de hoy fuera una sociedad homogénea. No, ese no es el caso del legado que nos dejó Enrique y que este libro muestra. Y digo esto enfáticamente.

Aquí de lo que se da cuenta es de la fertilidad de un pensamiento profundamente crítico, puesto en acción, llevado realmente a la práctica. Aquí se habla de metodologías que, aplicadas en contexto, revelan y transforman realidades. Aquí se habla de la pedagogía al pie de los problemas, trabajada con los protagonistas, en los escenarios reales donde transcurre la vida, impulsora de las nuevas generaciones y también dando voz y herramientas a los más vulnerables. Aquí se habla de una ética implícita basada en la solidaridad y el respeto. Aquí se habla del deber de todo intelectual, de todo académico, de trabajar en función del bienestar de los pueblos sin entregarnos al engañoso juego del productivismo que nos quieren imponer los meritócratas mediante las métricas de los *papers*. Aquí se muestra un legado real, en acción.

El mejor homenaje al entrañable Enrique es el de la activa continuidad de su polifacética obra a través de los desarrollos que las nuevas generaciones puedan dar a sus aportes, es contribuir a que esos aporten no se nos queden congelados ni reducidos a citas convenientes para acomodar en textos, sino que constituyan recursos reales para el conocimiento crítico y el mejoramiento de la vida de los pueblos, porque esa es la médula de su obra.

Estoy seguro de que vendrán otros libros como este.

Los libros, desde el momento en que quedan constituidos como manuscrito inédito, especialmente los que como este son de producción colectiva, ya llevan mucha vida impregnada en las palabras que contienen.

Ya en ese punto (todavía compartido sólo por quienes participan del sueño) “el libro” es un sujeto singular que contiene saberes, experiencias, que se espera pueda superar el “momento embrión” y pueda llegar a mucha gente. También, están ahí abrazos y recuerdos, satisfacciones y esperanzas, gratitudes, expectativas, tensiones, dudas, interpelaciones, todo un conjunto en el que se funden conocimientos y emociones.

Pero su punto verdadero comienza cuando, una vez que queda editado y compuesto ya sea en papel y/o en versión digital, comienza su viaje hacia el futuro. En algunos libros, como este, podrá reconocerse desde su “momento aparición”, que será un viajero múltiple y de largos caminos, que estimulará reflexiones y debates, que iluminará sombras, que despertará conciencias y manos aletargadas y, lo más importante, que transformará realidades.

Gracias a todas y todos quienes ponen sus esfuerzos en sostener la memoria y el legado de Enrique Saforcada, gracias a quienes han trabajado para hacer realidad este libro, gracias también por la invitación a colocar por aquí estas breves palabras, es un honor hacerlo.

Francisco Morales Calatayud

PRÓLOGO

MARIELA MUÑOZ RODRÍGUEZ
MARCELO MUÑOZ
GABRIELA LUCIANO

La escritura de este libro surgió desde el reconocimiento de la huella que Enrique dejó en quienes formamos parte del proyecto de investigación PROICO 12-0423 El bienestar comunitario de las mayorías populares. Desde este reconocimiento, su partida se convirtió en una búsqueda por compartir con otros y otras sus enseñanzas, su generosidad, dejándola plasmada en escritos que recorren su trayectoria, sus búsquedas y construyen desde los intercambios y reflexiones que con él tuvimos o que él despertó nuevas posibilidades.

Este libro contiene diferentes apartados. El primero: “Conversaciones horizontales con Enrique: Última conferencia y su huella sostenida” recupera su última actividad académica en la Facultad de Psicología (FaPsi), de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL). Esta fue una mesa redonda denominada “Psicología y salud desde la perspectiva de la psicología comunitaria”. Tuvo lugar en el 3° Congreso Nacional, 1° Congreso Internacional de Psicología, 1° Encuentro de Psicomotricistas del Sur y 1° Reunión Latinoamericana por la Internacionalización de la Educación Superior en Psicología y Psicomotricidad de la UNSL el 1 de junio de 2023. Este texto es seguido de una reflexión a partir de esta actividad realizada por un Agustín Edi Orlando, estudiante de la carrera de psicología y ex miembro de Psicologías Sin Fronteras (PSF), Asociación Civil sin fines de lucro de acción humanitaria a través de la figura del voluntariado que supo contener su organización desde la Facultad de Psicología de la UNSL.

Que el comentario sobre su exposición lo hiciera un estudiante fue en principio una decisión que surgió de manera espontánea dentro de las dinámicas del grupo de trabajo, en parte porque él se había encargado de la transcripción y desde ahí compartimos apreciaciones de manera grupal. Sin embargo, al momento de pensar los detalles finales del libro apareció un proceso de coherencia que iba más allá del devenir. Enrique nunca mostró jerarquías al momento de compartir conocimientos e ideas. En

este caso, podría esperarse que el comentario sea de una figura reconocida académicamente en el campo de las ideas, sin embargo, sentimos gran coherencia en desplegar la horizontalidad que Enrique nos enseñó.

El segundo apartado se denomina “Enrique: Su acompañamiento para el desarrollo de Universidades y distintos campos de conocimiento con compromiso comunitario”. En el mismo se conjugan un grupo de escritos que desarrollan lo que comenzamos denominado eje testimonial. Este contiene artículos que recuperan la figura de Enrique, sus búsquedas, compromisos y aportes en el desarrollo de diferentes aportes de lo comunitario en disciplinas de la salud. En este apartado Martín de Lellis, realiza un compartir desde la amistad y espacios conjuntos de trabajo en los que profundiza en el legado científico académico, pedagógico y humano de Enrique. La semblanza que realizó Luis Giménez (Uruguay) nos permite conocer algunas claves vinculares que Enrique supo construir con quienes nos acercamos a su vida. Los cafés compartidos con él nos acercaban a revisiones sobre nuestras vidas con mucha profundidad y un interés profundo por lo que nos sucedía a nosotrxs y a nuestrxs seres queridxs.

A continuación, emergen escritos que contienen los aportes de Enrique a distintas disciplinas y espacios de trabajo universitarios en su apuesta por una universidad integral con compromiso social. Miguel Flores, Gabriela Luciano, Marcelo Muñoz y Mariela Ávila comparten desde San Luis- Argentina su influencia en la configuración de lo comunitario en la psicología como en distintos espacios universitarios. María Paula Juárez, desde la Universidad Nacional de Río Cuarto, nos comparte la reconstrucción de sus procesos de investigación acompañados de Enrique en tanto director de camino. En estos ella delinea las bases que ha ido construyendo en torno a la Psicopedagogía comunitaria con base en la educación popular vinculada a la salud comunitaria. Cecilia Isla, desde Buenos Aires, muestra la generosidad en la construcción conjunta de la musicoterapia orientada en salud comunitaria. El apoyo de Enrique y su referencia en la profesión resultan indiscutibles a la hora de pensar cómo esta construcción ha permitido grandes aportes de la musicoterapia a la salud comunitaria al incluir dimensiones como el arte; la espiritualidad; el modo de comprender la intervención en salud y las implicancias de la afectividad, así como consideraciones respecto de la construcción de sa-

beres. Finalmente, desde Uruguay llegan el aporte de María Teresa Almaraz revisando el vínculo con Enrique en la construcción de la Odontología Comunitaria.

El tercer apartado del libro denominado: “Desarrollos teóricos desde los aportes de Enrique Saforcada” contiene emergencias de los desarrollos teóricos a diferentes temáticas, problemas psicosociales y campos de construcción de conocimiento. Allí Marina Tolli nos acerca una reflexión necesaria en estos tiempos sobre la importancia de esclarecer y explicitar la posición política e ideológica de quienes practicamos la psicología y la salud comunitaria.

Dos trabajos presentan reflexiones sobre las generaciones niñas y jóvenes vinculadas a la salud comunitaria. María Eugenia Basco, Julia Sabez y Mariela Muñoz revisan los aportes de la teoría de la salud comunitaria a comprender el desarrollo integral de la niñez y los acompañamientos posibles del sector salud con perspectiva de género en torno al cuidado. Eugenia Fritz y Mariela Muñoz, ahondan en la configuración de las juventudes en contextos rururbanos de San Luis y Mendoza, mostrando la relevancia de entender los procesos de salud-enfermedad desde los contextos de vida.

Posteriormente, Santiago Andrés Martín y Mariela Muñoz Rodríguez ahondan en la formación universitaria en psicología desde los aportes de la educación superior integral. Las problematizaciones sobre el perfil profesional realizadas por Enrique Saforcada son centrales para propuestas integrales comprometidas con los territorios. Eliana Noemí González y Marcelo Alejandro Muñoz, profundizan en la importancia del concepto “Factor Humano” en la obra de Enrique Saforcada compartiendo a su vez cómo este concepto contribuye en espacios de educación superior a soñar en una Universidad Pública comprometida en la formación contextualizada con perspectiva política y social.

Articulando los ejes de desarrollo de las niñeces y juventudes junto con la responsabilidad social universitaria hay dos textos, uno desarrollado en Uruguay y otro en España. En el primero Carlos Torrado, Beatriz Ferreira, Mariana González y Luciana Hernández aparecen los compromisos con la Universidad en su vinculación territorial desde la experiencia

del APEX. A su vez, este dialoga con los aportes de lo lúdico en las experiencias territoriales con las juventudes y sus familias en torno al cuidado. Francisco Cruz junto al equipo que él coordina en España comparten aportes de la investigación y sus cambios de perspectiva de lo clínico a lo comunitario luego del encuentro con Enrique Saforcada. A su vez, el artículo valora a la cooperación internacional como estrategia para el desarrollo infantil para asegurar un futuro más equitativo y sostenible para las infancias de todo el mundo. También, recupera la responsabilidad social universitaria en tanto un compromiso ético con los problemas de su entorno.

El recorrido de los contenidos del libro muestra no sólo su carácter interdisciplinar sino también la localización geográfica de los aportes: europeos, uruguayos y de diferentes provincias de Argentina. Estos aspectos muestran lazos contruidos por Enrique, en los que no sólo lo afectivo sembró redes que hoy continúan trabajando de manera conjunta sino también sus propuestas han contruido desarrollos de gran envergadura para las disciplinas, instituciones y colectivos.

Por otro lado, deseamos expresar la búsqueda de un lenguaje inclusivo con perspectiva de género. Cada autor o grupo de escritura tomó su propia decisión en torno a este aspecto, lo que se verá reflejado a lo largo del libro.

Concluir este escrito no sólo es un motivo de celebrar la vida y la obra de Enrique Saforcada, sino también una manera de mostrar las maneras en las que él sigue presente en construcciones diarias entre quienes escribimos, en las aulas y en los territorios.

En este sentido, este libro no sólo recupera trayectorias, experiencias y desarrollos teóricos, sino que se constituye como un gesto colectivo de memoria viva que proyecta el legado de Enrique hacia el porvenir. Sus pensamientos y acciones nos interpelan a seguir construyendo prácticas en salud comunitaria crítica, situada y comprometida con los desafíos de nuestro tiempo, en diálogo con epistemologías plurales y con una ética del cuidado que abraza la complejidad de la vida. Tal vez, entonces, concluir sea apenas una forma de volver a empezar. Porque en cada relato, en cada vivencia compartida y en cada reflexión que aquí se despliega, Enrique

vuelve a hacerse presente como maestro, como compañero de camino, que nos anima a sentipensar-NOS desde la desnaturalización de la realidad. Su obra habita en los vínculos, en las preguntas que aún resuenan y en la convicción de que otra universidad y otras prácticas profesionales son posibles. Es en ese gesto, entre la memoria y el porvenir, donde este libro encuentra su sentido más profundo: seguir sembrando comunidad allí donde haya un encuentro dispuesto a transformarse hacia horizontes compartidos.

CONVERSACIONES HORIZONTALES
CON ENRIQUE: ÚLTIMA CONFERENCIA
Y SU HUELLA SOSTENIDA

Formación de profesionales para el trabajo en Salud Comunitaria ¹

ENRIQUE SAFORCADA

Resulta fundamental combatir la generalizada equivocidad de los términos usados en el escenario de la salud, como así también los nombres propios de determinadas técnicas o estrategias de acción, porque de lo contrario un término específico o lo que originalmente da existencia a un nombre propio, termina siendo usado para designar cosas que no tienen nada que ver con lo original, razón por la cual son ineficaces e ineficientes. Un ejemplo paradigmático es el uso de la denominación de Atención Primaria de la Salud (APS), que es algo muy específico que quedó claramente explicitado por la Declaración de Alma-Ata, sin embargo hoy se aplica a la denominación de infinidad de estrategias de acciones de salud en terreno, que no tienen nada que ver con APS, por ejemplo en Argentina no hay acción que se lleve a cabo en el primer nivel de atención del sistema de salud que no se la caracterice como APS, y no hay casi ninguna acción de salud que en este país responda ni someramente a lo que explicita la declaración citada, tantas veces especificada posteriormente por David Tejada de Rivero, el gran sanitarista peruano que fue el organizador de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud que promulgó la citada declaración.

Es así que resulta esencial hacer unívoco el término de Salud Comunitaria, de modo que no termine denominando cualquier enfoque o práctica en salud, lo cual lo haría estéril o insignificante. Para esto es preciso detenernos y reflexionar con respecto al concepto de lo comunitario, como adjetivador de salud. De inicio es muy importante tener en cuenta que Salud

¹ El presente texto es la transcripción de la última actividad académica realizada por Enrique Saforcada en la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de San Luis. Esta fue una mesa redonda denominada "Psicología y salud desde la perspectiva de la psicología comunitaria". Tuvo lugar en el 3° Congreso Nacional, 1° Congreso Internacional de Psicología, 1° Encuentro de Psicomotricistas del Sur y 1° Reunión Latinoamericana por la Internacionalización de la Educación Superior en Psicología y Psicomotricidad de la UNSL el 1 de junio de 2023. Esta mesa fue compartida por Francisco Morales Calatayud (UdelaR), Delia Bianchi (UdelaR) y Nadia Castillo (Psicólogos sin fronteras, San Luis).

Colectiva no es sinónimo de Salud Comunitaria, y la razón fundamental por la que no lo es consiste en el concepto colectivo, en el que el concepto colectivo no suprime la condición de cada persona, en tanto solo individuo de una especie, prescindiendo de toda otra característica o atributo.

El concepto de colectivo no diferencia un colectivo humano de cualquier otro colectivo vital, animal o vegetal. Este concepto solo cumple con la condición de reunir individuos. Se habla de colectivo de vacas u ovejas, o de árboles. O sea, rodeo, majada y monte o bosque, pero no de comunidades de vacas o de ovejas, ni de comunidad de árboles. La noción de lo comunitario sí diferencia, no solo de lo colectivo, sino que dentro de este tipo particular de conglomerado humano –las comunidades- las distingue tomando en cuenta, por ejemplo, sus creencias, sus intereses, sus costumbres, sus roles e idiomas, sus ideologías, sus culturas, sus subjetividades e intersubjetividades, entre muchos otros factores interrelacionales. Lo comunitario encierra algo especial, diferencial con respecto a lo colectivo. Es esto especial lo que legitima el adjetivar salud con el sustantivo comunitario.

Un brote epidémico de una enfermedad infecciosa, como la gripe, no constituye un problema de salud comunitaria, sino de salud pública. Aun a riesgo de ser reiterativo, se debe insistir en que una comunidad es una forma diferenciada de conglomerado humano, no todo conglomerado humano implica una comunidad. Por ejemplo, Barrio Norte en la Capital Federal es un gran conglomerado humano que no es una comunidad, razón por la cual no se podría trabajar ahí en función de un enfoque de salud comunitaria. Lo mismo ocurre en algunos barrios de ciudades grandes como Córdoba Capital o Mendoza.

¿Qué es, entonces, Salud Comunitaria? Es lo que emerge como estado de salud o como estado de enfermedad, malestar o trastorno, implicando intersubjetividad, interrelación, interdependencia, interdeterminación o interactividad entre algunas otras manifestaciones connaturales de los vínculos o interacción humana. Mucho de lo esencial en salud comunitaria depende de investigar participativa y científicamente qué sienten y perciben las poblaciones como manifestaciones y fenómenos de salud y de enfermedad, tarea que en términos generales el componente profesional de la salud no ha asumido, hasta ahora al menos.

La actual formación y capacitación universitaria en Argentina y en occidente deshabilita totalmente para el trabajo en salud comunitaria, dado que las carreras profesionales están planificadas dando la espalda a la realidad social local y están estructuradas y orientadas en función del paradigma individual restrictivo centrado en la enfermedad, teniendo como unidad de análisis y acción el individuo descontextualizado y buscando como efecto de la acción la remisión de los síntomas y la normalización de los indicadores biológicos de enfermedad. La unidad de trabajo en este paradigma es el modelo de consultorio privado o el modelo hospitalario intrainstitucional, ambos descontextualizan a las personas en cuanto a los ámbitos donde transcurre su vida cotidiana.

Para trabajar en salud comunitaria, respetando a las comunidades, es necesaria una formación enfocada en el paradigma social expansivo, que está centrado en el proceso de la vida y sus estados emergentes: salud o enfermedad, teniendo como unidad de análisis y acción conjuntos sociales, familia, red afectiva, vecindario, comunidad, etc. en los ámbitos naturales en donde trascurren sus vidas. La principal unidad de trabajo de este paradigma es la comunidad misma, donde el profesional así formado interactúa con quienes integran ese conglomerado social en las calles, en las casas de los pobladores y pobladoras, en ámbitos de organización de la comunidad, centro de jubilados, clubes, comedores comunitarios, etc. Si la situación emergente implica enfermedad el principal efecto buscado en este paradigma es la cura, siempre conllevará a un cambio del ecosistema causante del problema: ecosistema alimentario, ecosistema de interacciones intrafamiliares, de interacciones vecinales, etc., con la finalidad de evitar las recidivas, o sea que el problema vuelva a surgir. Si, por el contrario, la cuestión que demanda la acción implica buenas condiciones de salud, actuando siempre en función de ecosistemas, se buscará proteger y/o promover la salud del conjunto social o los conjuntos sociales implicados familia, o familias en plural, vecindario, ámbito o ámbitos laborales, equipos de deportivos, instituciones educativas, etc. En este caso el cambio ecosistémico tendrá por objetivo proteger las buenas condiciones de salud o incrementar el quantum de salud que posea el conjunto social.

Otra cuestión de gran importancia en esta formación es que se capacite en la indagación científica de las manifestaciones de la vida cotidiana.

na que la comunidad reconoce como problema de salud y que no sean aquellos por los cuales la población concurre a los sistemas de servicio de salud. Hay muy pocos antecedentes de estudios al respecto, pero es esencial llevarlos a cabo por razones que hacen a los Derechos Humanos y porque son verdaderos problemas de salud que deterioran el bienestar humano y la calidad de vida. En una investigación llevada a cabo en el Partido de Avellaneda, en el Conurbano de la Capital Federal de Argentina en la década de 1990, se detectaron 6 problemas de salud que luego fueron caracterizados como problemas populares de salud, estos síndromes que afectan a toda la población de este conglomerado urbano, sin distinción de niveles socio-económicos y que en años posteriores se comprobó su presencia en otros partidos o municipios de este mismo Conurbano son los siguientes: miedo social, temor de todos los días por el aumento de los niveles de violencia y desorganización social; abuso de autoridad, miedo generalizado y constante ante las instituciones de seguridad; defraudación, pérdida generalizada de la confianza en personas o instituciones con autoridad, cuando no cumplen sus promesas; desaliento o desesperanza, estado por el cual la población siente que a través del esfuerzo propio no puede modificar sus condiciones de vida; desunión comunitaria, estado de falta de interés para solucionar conjuntamente los problemas barriales; disgregación familiar, deterioro socialmente generalizado de los vínculos familiares. Esos son los 6 síndromes que se hallaron en aquella investigación y que luego se constató que estaba presente en otros partidos como el de La Matanza y otros.

Es pertinente resaltar que, por un lado, estos 6 problemas populares de salud no están presentes en forma aislada, sino que integran un conjunto sistémico y sinérgico, por otro lado, se debe tener en cuenta que son fuentes de estrés, de morbilidad y posibles co-morbididades. Estos no son síndromes intrapersonales, sino que son de naturaleza relacional y no es posible tratar a una persona, por ejemplo, para que supere el miedo social; la solución de estos problemas se alcanza solo en función del tejido social comunitario. Un beneficio secundario surgido del hallazgo de estos síndromes, que se desprende de la señalada naturaleza relacional que los caracteriza, es la de permitir entender con más claridad la idea de la comunidad, en tanto unidad dinámica y sinérgica, que influye en quienes la

integran, y a su vez quienes la integran inciden en ella porque configuran lo que tan expresivamente Yi-Fu Tuan denominó Topofilia, y que este geógrafo humanista caracterizó en términos del lazo afectivo entre las personas y el lugar o el ambiente circundante.

Finalizando, el perfil de salud comunitaria en formaciones de grado se vuelve indispensable para responder de manera centrada en los Derechos Humanos y en la eficacia y eficiencia de las acciones que se realizan, y para intervenir con dinámicas tanto de protección y promoción de la salud como de atención de la enfermedad en ámbitos comunitarios.

Una huella más del Enrique

AGUSTÍN EDI ORLANDO

Me gustaría comenzar este escrito presentándome y contextualizando sobre lo que voy a discurrir a continuación. Soy estudiante avanzado -de hecho, me encuentro haciendo mi Trabajo Integrador Final- de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Nacional de San Luis. Formo parte del proyecto de investigación “El bienestar comunitario de las mayorías populares” desde el cual se propone la realización de este libro en homenaje al profesor Enrique Saforcada. Cuando se me planteó la idea de escribir algo breve al respecto de su presentación en el congreso y lo que me había provocado, al principio dudé ya que no me sentía con el suficiente conocimiento (y valor, probablemente) de tratar temáticas tan profundas y del talante a las que Enrique ha dedicado su vida, y no fue hasta que el grupo me incentivó y motivó a escribir algo breve en relación a esta exposición -que tuve la oportunidad de ver y transcribir en otro momento-, denominada “Formación de profesionales para el trabajo en Salud Comunitaria” brindada en el marco del III Congreso Nacional de Psicología, llevada a cabo en el mes de mayo/junio del año 2023 en la sede de la UNSL. De más está mencionar que me enorgullece y conmueve enormemente la posibilidad de formar parte en este libro.

En su discurso el profesor Saforcada menciona cómo la utilización del término Atención Primaria de la Salud o APS, que es algo que quedó bien definido desde la Declaración de Alma-Ata realizada en Kazajistán (entonces integrante de la URSS) en el año 1978, y que hoy en día se utiliza indiscriminadamente para todas las acciones y estrategias sustentadas desde la salud en Argentina, cuando en realidad “no hay casi ninguna acción de salud que en este país responda ni someramente a lo que explicita la declaración citada”. En San Luis esto llega a niveles de confusión tan altos que el programa que organiza y gestiona el primer nivel de atención se denomina APS, confundiendo la gestión con la estrategia. De esta manera el primer nivel de atención queda dentro de una dimensión de organización del sistema mientras que segundo y tercer nivel no, aspecto que

dificulta la referencia y contrarreferencia, así como estrategias articuladas en otros sentidos de organización de servicios y a nivel económico.

Recordemos que la Declaración de Alma-Ata refiere a varios puntos estratégicos con respecto a lo que las instituciones de salud, gobiernos, profesionales y comunidades deberían llevar a cabo para lograr la plena implementación del plan “Salud para todos en el año 2000” -que hoy, pasados 25 años del propuesto, podemos decir con todas las letras que no se ha cumplido-, rescaté alguno de ellos para poder contrastar con nuestra actualidad de gobiernos neoliberales (neofascistas, o mejor dicho, fascistas porque de neo no tienen nada):

En el punto IV se menciona que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (OMS, 1978). En nuestros tiempos el gobierno nacional de Milei y sus secuaces intentan mediante leyes y decretos desfinanciar (y, espuriamente, socavar su legitimidad ciudadana) todas las instituciones públicas, sean educativas, sean de salud, sean de investigación, etc. Entendiendo que en todas ellas se pone en juego la salud desde diferentes aristas. Por lo que podríamos decir que el “derecho” de participar de la salud por parte del ciudadano se niega en parte por los discursos y decisiones del poder, así como también en la estructura verticalista y fármaco-mercantil-asistencialista en salud que busca continuamente negocios e intereses oscuros con la vida y enfermedad de las personas.

En el punto V se menciona que “Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (OMS, 1978). Cuando los gobiernos transan obscenamente con las empresas y corporaciones, aceptando coimas, por ejemplo, la “obligación de cuidar la salud de sus pueblos” queda desahuciada. Sobre todo, cuando se busca reducir y desaparecer los estándares de calidad y gratuidad de la salud pública, promoviendo las obras sociales e instituciones privadas de salud como única opción viable para las poblaciones, dejando sin cobertura a las personas que no puedan acceder a las mismas.

En el punto VI se propone que “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos,

científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978). Con respecto a este apartado me gustaría retomar algo que Enrique menciona al final del debate en el congreso previamente mencionado de 2023; particularmente, con respecto al trabajo de la Psicología en los espacios de salud pública.

Hay varios estudios en marcha, pero yo dirijo dos becarios, dos doctorados, uno en Mar del Plata y otro en La Plata (...) cuando estos dos investigadores indagaron en la población, yo no les puedo decir lo que la población piensa del rol del psicólogo y de la psicóloga, no le sirve para nada a la población, absolutamente para nada (...) entonces el Estado comete el gravísimo error de incorporar profesionales de la Psicología sin ninguna evaluación y sin ningún perfil (...) acá entra cualquier persona, se instala en el primer nivel de atención, por ejemplo que atiende a una población de pobreza estructural, y esa gente opera con criterios por ejemplo lacanianos (...) el Estado incorpora psicólogos y psicólogas capacitados en una única orientación posible para responder a las demandas de sufrimiento humano que les llegan desde poblaciones pobres y aceptan que esos psicólogos y psicólogas, entren con una formación que los discapacita profundamente para trabajar ahí, y que lógicamente la población rechaza (...) la población no se puede quedar sin respuestas, porque se viola gravemente un Derecho Humano sagrado, que es a ser aliviado del sufrimiento que padece la persona (Saforcada, 2023).

Otro apartado de la Declaración mencionada que me gustaría remarcar tiene que ver específicamente con APS, donde entre otras cosas insta a “la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales; entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en

particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores”. Estos párrafos nos están hablando cabalmente de que las tareas de los profesionales de la salud no solamente están restringidas a lo que salud clínica-restrictiva-individual refiere, sino a cuestiones que hacen a la redistribución de las riquezas, las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedad, brindar alimentos, medicamentos y abastecimiento de agua potable; y que todo esto debe hacerse en un trabajo continuo y mancomunado con los demás sectores de la comunidad, en un verdadero accionar intersectorial con horizontalidad y repartición de responsabilidades.

Otro de los tópicos que Enrique menciona en su exposición hace referencia a poder diferenciar claramente lo que la Salud Colectiva y la Salud Comunitaria significan. La primera no diferencia un colectivo humano de otro colectivo vital, sea animal o vegetal. Solo reúne individuos, sean vacas, árboles o humanos. Mientras que la noción de lo comunitario sí hace la diferencia de las comunidades y lo hace distinguiendo sus creencias, sus intereses, costumbres, ideologías, culturas, intersubjetividades, entre otros factores interrelacionales. Por ejemplo, él menciona que las enfermedades infecciosas como la gripe no constituyen un problema de salud comunitaria, sino de salud pública y que una comunidad es una forma diferencia de conglomerado humano, pero que no todo conglomerado humano es una comunidad.

Por último, y para no extenderme más, me gustaría reproducir un pasaje completo de una idea que Enrique desarrolló en el debate posterior a su presentación en el Congreso desarrollado en San Luis en 2023. Este para mí representa un punto álgido, no solamente de la exposición sino también de mi propia experiencia como estudiante de Psicología.

La actual formación y capacitación universitaria en Argentina y en occidente deshabilita totalmente para el trabajo en salud comunitaria, dado que las carreras profesionales están planificadas dando la espalda a la realidad social local y están estructuradas y orientadas en función del paradigma individual restrictivo centrado en la enfermedad, teniendo como unidad de análisis y acción el individuo descontextualizado y buscando como efecto de la acción la remisión de los síntomas y la normalización de

los indicadores biológicos de enfermedad (Saforcada, 2023).

He venido pensando desde hace un tiempo ya sobre la importancia de la formación universitaria en el ámbito de la psicología, que para mí es un tópico clave, ya que desde aquí parten imaginarios y formas de conducirse profesionalmente en el trabajo con las personas. Al estar el modelo universitario teñido, principalmente, del modelo individual restrictivo al que se apunta hegemonícamente desde las torres de marfil académicas, toda labor que desde la disciplina se manifieste diferente (y no solo diferente, más aún aquellos que problematizan o cuestionan dicho paradigma) al modelo clínico descontextualizado -podríamos decir descontextualizante- de la cotidianeidad de las personas y comunidades, ya sea por grupal, comunitario, político, indígena, feminista, ecológico, etc.; acontece como rebeldía o disputa, se lo margina y acalla porque no es conveniente al capital mercantilista en salud.

Cuando desde los planes de estudios propuestos por la mayoría de las facultades de psicología del país se imparten autores de textos anglosajones, cuando las pruebas psicológicas y los modos de ser/estar con le otres responden a realidades totalmente ajenas a nuestras latitudes Latinoamericanas (indoafroiberoamericana al decir de Enrique²), cuando las visiones son acotadas, limitadas e incuestionables, cuando el diálogo pedagógico no existe y los discursos son unidireccionales, se tiende a creer, aceptar y posteriormente defender que la Psicología es eso. Y quizás esa Psicología lo sea. Allí radica la necesidad y urgencia de construir nuestra Psicología, la de los pueblos, la de las comunidades, que no se enfoque única y vehemente en el supuesto problema, trastorno, en la posible desviación, en la cura de la sintomatología asociada, sino una que se plantee (y que se plantee) como salida común, como salida humana a tanto discurso enajenado y engranado al imperialismo.

¿Cómo creamos nuestra Psicología cuando el trabajo al que apuntamos es contrario a las lógicas del mercado en salud, cuando nuestro trabajo “no garpa” dentro de estas lógicas neoliberales, cuando las universidades dependen en gran medida del financiamiento estatal -teniendo en cuenta que todo estado es capitalista- para su funcionamiento? ¿Cómo

2 Término acuñado por el escritor mexicano Carlos Fuentes (1970) con el cual reemplazó el de Latinoamérica o América latina que, desde una perspectiva colonialista o europeísta deja afuera a los pueblos originarios de la región y a las grandes masas poblacionales ya naturales de la región, pero de origen africano. (Saforcada, 2010)

hacer para que nuestro esfuerzo, nuestra lucha no quede reducida a un mero discurso inocuo a los poderes reales, cuando la mayoría de los jóvenes (aquella juventud cuna ideal de los procesos revolucionarios) están cooptados por un discurso altamente individualista, de odio, de segregación, de exitismo y meritocracia que ni siquiera se cuestiona y se hace carne como modo de adaptación y vida moderna (lo dado, lo natural)? Cuando se declaran guerras y exterminios a los ojos del mundo y a vuelo de pájaro y la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los tratados internacionales quedan reducidos a un simple papel empolvado sobre el escritorio de la ONU... Cuando uno ve tanto dolor y crueldad tiende a pensar de esta forma, fatalismos y tragedias, resignación. Pero si giramos la vista, damos un paso al costado y cambiamos el panorama, la respuesta siempre está allí: la comunidad, los vínculos, los territorios, los pueblos originarios, la organización, la tierra.

Finalizando, debo decir que como estudiantes de la carrera de Psicología le debemos mucho a Enrique, a sus escritos, a sus compromisos y luchas. Siempre hemos compartido y valorado su trabajo para poder pensar una Psicología diferente a la que desde hace tiempo se nos enseña en nuestra universidad, y también para permear una visión comunitaria y de los pueblos indioafroiberoamericanos en nuestras prácticas y discusiones académicas.

Justamente, a raíz de poder ser consciente de estas formas hegemónicas de transmitirnos la Psicología, de enseñarnos este mundo de una manera recortada y mercantilista, es que decidí participar como voluntario en una asociación civil fundada por profesores de nuestra facultad en los 2000, llamada Psicólogos Sin Fronteras (luego renombrada como Psicologías Sin Fronteras). Esta organización estaba conformada por diferentes grupos principalmente estudiantiles que abordaban temáticas y labores específicas con la comunidad. Allí teníamos acceso a lecturas que no encontrábamos en las materias obligatorias por las que transcurrimos en la carrera, nos reuníamos a pensar y discutir diversas cuestiones como el transcurso crítico por la universidad, la planificación de la labor con la comunidad, las realidades político-cultural-económicas del país y de la región, sobre ética y formación en los acercamientos a las comunidades, entre otros.

Desde esta asociación civil fue que conocí a Enrique en persona, y tuve la oportunidad de conversar con él. Mayormente estaba presente en los eventos o encuentros que realizábamos con el grupo, y continuamente tenía alguna palabra o frase que nos inspiraba y motivaba a continuar en el camino de la Psicología, pero desde este sendero más frondoso y vital de lo social-comunitario. Es por esto que hoy, luego de transitar diferentes transformaciones a nivel socio-político y cultural, y también unos cuantos años de militancia barrial, su palabra resuena en nuestras reflexiones y prácticas. Siempre lo recordaremos y le estaremos agradecidos.

Referencias bibliográficas

- Saforcada, E. (2023). Formación de profesionales para el trabajo en Salud Comunitaria. III Congreso Nacional de Psicología, 1 de junio de 2023. FaPsi. UNSL. https://drive.google.com/file/d/1lfCcU54a52CeIw9hSWlrsybs77XGqAHB/view?usp=drive_link
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 6-12 septiembre 1978; Alma-Ata, URSS.
- Saforcada, E., De Lellis, M., y Mozobancyk, S. (2010). Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Editorial Paidós.

ENRIQUE: SU ACOMPAÑAMIENTO
PARA EL DESARROLLO DE UNIVERSIDADES
Y DISTINTOS CAMPOS DE CONOCIMIENTO
CON COMPROMISO COMUNITARIO

A la memoria de Enrique Saforcada: su legado académico, pedagógico y humano

MARTÍN DE LELLIS

Introducción

Deseo agradecer la posibilidad brindada por la Universidad Nacional de San Luis para participar en la presente compilación, merecido homenaje al Profesor Enrique Saforcada que ha sido realizado conjuntamente con apreciados y destacados colegas de España, América Latina y Argentina.

El objetivo de este escrito es sintetizar su inmenso aporte tomando en cuenta tres dimensiones fundamentales: el legado académico, el legado pedagógico y el legado ético o humano.

En este breve discurrir iré conduciéndome desde lo más público, que se halla reflejado en el desempeño de sus roles políticos e institucionales, hacia lo que me atañe más íntima y personalmente: su contribución al aprendizaje de numerosos colegas y amigos con quienes compartimos su trabajo y cercanía humana.

El legado académico

Resulta una tarea muy ardua, casi imposible diría, reseñar más de sesenta y cinco años de trabajo en el plano académico y profesional.

Continuó, expandió y profundizó la tradición de la psicología sanitaria en Argentina, que había tenido precisamente en Córdoba el estatuto como especialidad por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba en el año 1989, antecedente de la especialidad otorgada por el Colegio de Psicólogos de la provincia de Buenos Aires a partir del año 1995.

Fortaleció todo el bagaje teórico y empírico inicial que había forjado en el Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS) a partir del intercambio con otras instituciones del país y de la región, y en la cual se nutrió

personalmente por la colaboración con ese gran psiquiatra comunitario chileno que fue Juan Marconi.

Sus tempranas investigaciones en psicología social y la formulación de proyectos intracomunitarios en la ciudad de Córdoba se constituyeron en antecedentes históricos en esta especialidad.

Durante ese período destacó además por los trabajos realizados de forma colaborativa con el equipo que se desempeñaba en el Servicio de Psicopatología del Policlínico Aráoz Alfaro del Partido de Lanús, Provincia de Buenos Aires cuando por entonces conducía este espacio Mauricio Goldenberg, quien alcanzó gran notoriedad por los aportes efectuados a los procesos de reforma institucional en el ámbito de la Salud Mental.

Ya en su desempeño como vicedecano de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires durante el período 1986-1994 y Profesor Titular de la Cátedra I de Salud Pública y Mental desde el año 1985 hasta el año 2004, articuló y facilitó la apertura de instancias académicas ligadas a distintas especialidades de la psicología social aplicada, tales como la psicología comunitaria, política, rural, económica, ergonómica, organizacional y del tránsito.

En tal sentido, abrió sendas reveladoras para quienes formábamos parte de la cohorte de estudiantes que realizábamos nuestros estudios al comenzar la transición democrática en la Carrera de Psicología de la UBA.

Si bien en esas circunstancias de la historia de nuestro país pudimos experimentar una apertura institucional inédita y la carrera se jerarquizó en el año 1985 al constituirse la Facultad de Psicología, quedó rápidamente obturada por la hegemonía del modelo clínico de cuño psicoanalítico, cuyo sesgo se revelaba profundamente individualista y liberal.

Recuerdo con precisión el primer día que escuché una de sus clases teóricas, en la que me hallé deslumbrado no sólo porque percibí la denuncia de una nueva forma de oscurantismo teórico y de hegemonía totalizante, sino porque además trazaba un porvenir palpitante para la psicología en el mundo, a partir del cual proponía forjar nuevos horizontes de trabajo y especialización en Argentina.

Quienes nos congregamos más asiduamente en torno a su labor insti-

tucional, fuimos convocados a participar con cierto compromiso militante por la causa de la psicología comunitaria y/o sanitaria, cuyos antecedentes habían sido olvidados o sepultados durante la última dictadura militar.

Evoco mi incipiente experiencia como auxiliar docente en las asignaturas Salud Pública y Mental y Epidemiología, así como la participación en los grupos de investigación que se desarrollaron durante su gestión al frente del Vicedecanato de la Facultad, muy especialmente del Programa de Epidemiología Social y Comunitaria, el cual se realizó de forma colaborativa con el Municipio de Avellaneda.

En dicho Programa se desarrollaron un conjunto de proyectos que abarcaron temáticas de gran relevancia e impacto, tanto social como sanitario, y en la que pudieron desplegarse metodologías de intervención comunitaria de la que fuimos en gran parte testigos y protagonistas.

Fue a partir de su labor institucional, que ejerció sin desmayo como vicedecano y como coordinador del mencionado programa, lo que permitió habilitar y expandir nuevos modelos de trabajo profesional, constituyéndose también en una oportunidad para la formulación de ideas, iniciativas y redes de intercambio institucional que aún perduran en la memoria y en las prácticas de una gran cantidad de colegas.

Participó, como presidente, disertante y/o coordinador de mesas temáticas, en centenares de congresos científicos del país y del extranjero. Su presencia en estos eventos nunca resultaba desapercibida, porque aunaba la originalidad de sus planteos y la potencia de sus argumentaciones en favor de una práctica comprometida socialmente, situada en su contexto y fundamentada en el sustento empírico que aportaba la investigación.

Su labor incluyó también la participación en comités científicos y/o editoriales de revistas de la especialidad, muchas de las cuales recibieron su impulso y apoyo indeclinable.

Sabía trazar espacios de participación institucional. Sobresale, en particular, todo el empeño y dedicación volcada a la gestación de los Congresos Multidisciplinares de Salud Comunitaria, instancia académica que congregó a odontólogos/as, pedagogos/as, médicos/as, musicoterapeutas y psicólogos/as latinoamericanos; y que promovió la realización de en-

cuentros periódicos en Chile, Uruguay, Brasil y distintas regiones de Argentina.

No puedo olvidar el primer encuentro que llevamos a cabo en la ciudad de Porto Alegre para la fundación seminal de esta idea y para la organización de estos eventos, con la entusiasta y tenaz participación de psicólogos/as de Cuba, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay, entre los cuales recuerdo muy especialmente la cálida confraternidad iniciada y sostenida luego con Jorge Sarriera, Sheila Cámara y Susana Rudolf.

Instó siempre a las nuevas generaciones a ampliar la inserción social de la psicología y a fortalecer los fundamentos científicos de la profesión. Su colaboración, entre otras agrupaciones, con la Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica en Argentina (COBAND) y con numerosas entidades estudiantiles que lo convocaban a jornadas, charlas, seminarios y/o intervenciones académicas que tenían siempre como objetivo ampliar la mirada y las oportunidades para el ejercicio de la profesión.

Sus investigaciones tenían el sello del fundamento estadístico y la originalidad. Era partidario de promover investigaciones que sirvieran a la comunidad, y dieran respuesta a problemas actuales: investigaciones sobre el uso del botiquín familiar, las cuestiones relacionadas con la evaluación y promoción del desarrollo cognitivo en la primera infancia, calidad de vida y bienestar de niños/as y/o adolescentes, las problemáticas de salud mental desde la perspectiva de la comunidad y el rol del psicólogo/a en los servicios de salud se cuentan entre las más reconocidas.

La mayoría de estas investigaciones han abierto sendas, algunas más exploradas o transitadas que otras, pero siempre estimulantes para repensar los alcances de nuestra profesión.

Como compilador o autor directo, elaboró, inspiró y condujo colecciones de libros sobre Psicología y Salud Comunitaria. El listado de trabajos publicados resulta inconmensurable, y requeriría un trabajo de investigación especialmente dedicado a la finalidad de reconstruirlos y sistematizarlos con el mismo celo que él puso en su concepción y ejecución.

Su libro *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*, publicado en el año 1999, ha sido un hito fundamental para caracterizar los paradigmas de concepciones y prácticas en salud,

y una referencia obligada para todos aquellos que perseguíamos nuevos estímulos para forjar nuestra identidad profesional.

Durante el último período de su producción tuve el honor de acompañarlo en los inicios de la Colección Salud Comunitaria, cuya propuesta encontró una generosa recepción en Lido Iacomini, responsable de la editorial Nuevos Tiempos, y que en sólo diez años había completado un catálogo de casi veinte publicaciones de forma ininterrumpida.

Proyectaba compilar y editar en el marco de esta colección un próximo libro sobre los contextos en salud comunitaria, que su fallecimiento interrumpió.

El legado pedagógico

Ejerció su labor pedagógica como profesor de grado y de posgrado, en numerosas instancias de trabajo comunitario y en la tutoría de una gran cantidad de becarios/as de maestría y doctorales que elegían trabajar algunas de las temáticas en las que se fue constituyendo como referente insoslayable.

Aún, cuando albergaba cierta suspicacia por la pedagogía muy técnica y convertida en un corsé para el libre fluir de la comunicación empática e interesada -que es la mejor fuente del aprendizaje humano- fue un pedagogo nato y espontáneamente volcado a este ejercicio en casi todos los instantes de su vida profesional.

Combinaba el gesto socrático de inquirir a través del diálogo y la búsqueda del sentido con la obstinación por las ideas y convicciones más audaces.

Ponía, en cada curso, o programa ciclo formativo, todo el celo de un profesor entregado a su vocación, cuyo pensamiento se arborizaba y complejizaba a medida que los interrogantes del trabajo mismo lo incentivaban a seguir pensando y construyendo teoría.

Aprendíamos junto con él, no sólo compartiendo lecturas y debatiendo ideas, sino participando en el quehacer científico y profesional. Colaborar tempranamente y de forma directa en el diseño de una muestra, en la elaboración de un cuestionario o en la formulación de un proyecto

de investigación o de extensión comenzaron a ser prácticas habituales de nuestra incipiente actividad docente, tareas que sin duda requerían de una supervisión dedicada y confiada.

Como docente desarrolló un liderazgo natural, basado en la pasión de transmitir el saber, por su dilatada experiencia y por la capacidad de problematizar las ideas en el plano de lo singular, de los contextos situados.

Ofrecía su conocimiento con la misma intensidad hallándose ante un auditorio colmado o en una sala que apenas congregada a un puñado de estudiantes. Se pueden contar por decenas de miles los alumnos y alumnas que atravesaron estos espacios de formación y quienes pudieron forjar, compartir y trasvasar ideas y prácticas a variados ámbitos políticos e institucionales.

Durante el año 2017 decidimos celebrar los treinta y cinco años de la Cátedra Salud Pública y Salud Mental con todo el equipo docente actualmente en ejercicio para que podamos recobrar, junto a su querido Paquítín Morales Calatayud, hito importante en la memoria institucional.

Fue la ocasión para recordar las tempranas experiencias de formación en el ámbito de la Cátedra, las propuestas pedagógicas participativas, las salidas a terreno en los cuales se trabajaban temáticas tan diversas como la prevención del alcoholismo, el dengue, el VIH SIDA y el tabaquismo, los espacios de articulación institucional con organismos públicos rectores y con entidades de gestión territorial como las Secretarías de Salud de los Municipios de Avellaneda y San Isidro.

En síntesis, como pedagogo dejó una huella indeleble en varias generaciones de académicos, responsables de programas pedagógicos, científicos, líderes y lideresas del ámbito público o de organizaciones sociales y comunitarias.

El legado humano

Legó su tiempo personal con una generosidad sin límites. Era capaz de pasar dos, tres, cuatro horas o una tarde entera para escuchar un planteo, recibir una demanda o un pedido de orientación sobre el futuro profesional.

Lo importante era la presencia, la compañía. Como Borges refería sobre Macedonio Fernández poseía el don de la cultura oral, mezclando con picardía sus ideas con un anecdotario inabarcable, que enriquecía y entretenía a la vez.

En esas conversaciones, que marcaron nuestra identidad profesional, se trataban los inicios de la formación en Córdoba, de las nascentes experiencias de investigación y/o comunitarias, así como de las potencialidades inexploradas de la psicología, su disciplina de formación.

Quienes participamos de esas reuniones nos sentíamos reconfortados y modestamente dignificados, porque una persona con tal trayectoria le otorgaba valor a una demanda que parecía pueril y que procedía, sobre todo, de referentes que apenas nos iniciábamos en la formación.

Compartía espontáneamente sus ideas y la autoría de sus trabajos sin cálculo ni mezquindad lo cual deja, como fruto de esa enseñanza, la certeza de que la información y el conocimiento útil deben fluir sin límites ni restricciones.

Amaba y transmitía, con pasión, su amor por los libros.

Son centenares los títulos que fuimos a buscar inspirados por su consejo, que incluían a maestros de la ficción, el pensamiento filosófico, historiadores, cientistas sociales y, sobre todo, referentes de la psicología social y comunitaria en América Latina.

Esos libros daban cuenta de una cultura abierta, compleja y de una curiosidad insaciable.

Aún, cuando su reconocimiento trascendió las fronteras de nuestro país y le valió distinciones de múltiples centros académicos, le incomodaba que le llamáramos maestro y que lo veneráramos sin juicio crítico.

Sé que él hubiera intentado desistirnos de cualquier tipo de homenaje, no le gustaba ser objeto de culto y nunca propició que celebremos públicamente su trayectoria.

Tal vez porque lo más valioso de su legado es hacernos reconocer cuánto y a la vez qué poco pueden avanzar las capacidades humanas si no

se coopera con otros, si no se establecen lazos solidarios y se crea comunidad.

Cuando una persona muere decimos que partió, como si fuera un viaje hacia un lugar que desconocemos pero que sigue interpelando el trabajo de nuestra memoria, porque mientras la memoria siga viva será siempre posible su regreso.

Finalizo, entonces, con una cita de su admirado José Saramago, quien lúcidamente decía:

“Ningún viaje es definitivo. El final de un viaje es, apenas, el camino de otro”

Referencias Bibliográficas

- Sorel, A. (2007). Saramago, una mirada triste y lúcida. Algaba. Málaga.

Semblanza Profesor Doctor Enrique Saforcada ³

LUIS GIMÉNEZ

Si, Enrique a veces podía hacerte calentar.

Agosto 2022, estamos en Facultad de Psicología en la que será la última clase que compartiremos con Enrique. Pero entonces no lo sabíamos. Un grupo de docentes, practicantes y residentes de Psicología, esperan expectantes las palabras del Profesor. Conociendo su obra, prepararon preguntas para facilitar el intercambio.

Enrique está especialmente crítico esa noche. Larga sus dardos sin compasión, tanto sobre los enfoques predominantes en la Psicología rioplatense, como sobre el estilo usualmente más prudente que impera de este lado del Plata. Algunos se sienten ofendidos. Registro el rostro algo desencajado de una joven psicóloga que se retira de sala antes de finalizar. El clima de la reunión se tensa.

En medio de ello, despliego mi discurso habitual sobre el cambio de modelo de atención en salud. La necesaria superación del enfoque biomédico, la apuesta a una perspectiva integral de la salud y cómo ello también interpela a la Psicología. Mi comentario recibe un señalamiento que posiblemente nadie más haya percibido. Yo sí. Recuerdo claramente los ojos de Enrique mirándome fijamente para dirigirme su estocada. En ese microsegundo, el público desapareció de la escena, como desvaneciéndose en el aire. Y recibí el golpe. No era la primera vez. La puta madre, me dije. Aún lo estoy asimilando. Prefiero ahorrar detalles, pero Enrique tenía razón.

Primer semestre de 1993, el Área de Salud de Psicología, a la que empezaba a pertenecer, organiza un curso de formación para docentes con quien hasta entonces me era desconocido. Aún estábamos en el local de la esquina de Leguizamon y Bustamante, en el barrio de Buceo. Aquellos aportes de Enrique marcaron un antes y un después en mi trayectoria aca-

³ Presentación realizada el 13 de noviembre de 2024 en el marco del encuentro conmemorativo de Enrique Saforcada por la Asociación Odontológica Uruguaya.

démica y profesional. Su modo de aproximarse al campo de la salud, su concepción de la Psicología, la distinción de los modelos individual-restrictivo y social-expansivo, cerraba en mí, un conjunto de inquietudes, interrogantes e intenciones que hasta entonces, no parecían encontrar un cauce firme.

¿Cómo vincular la Psicología a los cambios sociales? ¿Qué tipo de prácticas en el campo de la salud eran las más pertinentes para responder integralmente a las necesidades de la población? ¿Qué sustentos éticos y técnicos debían contener para que resulten suficientemente consistentes? ¿En qué tradición del pensamiento y las prácticas salubristas nos estábamos insertando?

Todo eso estaba y sigue presente desde entonces. Pero, extrañas vicisitudes de la memoria, también me quedó de aquellos encuentros, una anécdota que parece absolutamente trivial y sin aparente justificación de recordación. Me acuerdo de su diatriba final contra quienes procuran manipular sentimientos de los asistentes, para un final de catarsis emocional compartida. Enrique no quería llantos ni expresiones de gratitud exageradas. Prefería mantenerse en el eje del análisis y la discusión racional, no exenta de sentimientos, pero sin permitir que estos dominen la escena.

Yo, que siempre he sido de emocionarme en las instancias como esta, de reconocimiento a quienes tanto nos han enseñado, convoco esa anécdota con la esperanza que me ayude a la lectura de esta semblanza.

Finales de 1993, estamos en Buenos Aires, donde fui a hacer mi primer postgrado. Enrique me invitó a comer las mejores medialunas de la ciudad. Así me presentó a la confitería Las Violetas, en el barrio de Almagro. Esa tarde le cuento los avatares de mi vida en la frontera de los dos países, de mi primera infancia en la localidad de San Andrés, en lo que ahora llaman Área Metropolitana, y en esa época, el Gran Buenos Aires, a la que, a pesar de tener numerosos recuerdos y añoranzas, nunca había vuelto.

“Vaya” me dijo, entre consejo y orden. Y a pesar de mis excusas (no tengo la dirección, no sé cómo llegar), insistió. El trato entre nosotros, aún no incluía el tuteo. “Vaya”, volvió a decir. Para quienes no saben o ya se olvidaron, en esos años no existía nada parecido a la internet, ni google map ni celulares. Por lo que no me era fácil pedir más datos a mis padres,

y mucho menos guiarme por algo que no fuera un mapa impreso. Que por otra parte, tampoco tenía, dado que el que usaba en Buenos Aires, no superaba la frontera de la General Paz.

De la confitería salí con esa “sugerencia” en la cabeza. Sugerencia es un decir, claro. Cuando pude, miré un mapa más amplio de la ciudad que estaba pegado en el vidrio de un kiosco. Ubiqué los pocos datos que recordaba (la estación de trenes, la calle, la iglesia) y así rumbeé. No era sencillo, tenía que ir primero hasta la estación Chacarita, allí tomarme un tren y desde ahí intentar orientarme. Fue lo que hice. Al bajar ubiqué la calle, particularmente larga y empecé a caminar. Unas cuantas cuadras después, sentí algo que me hizo levantar la cabeza y me detuve. Estaba exactamente parado en la puerta de la casa donde había vivido hasta mis 6 años.

Lo que vino a continuación, no viene tanto a cuento. Pero es que aún no entiendo cómo me pudo haber pasado lo que les acabo de contar. La memoria es ciertamente enigmática. Podría comprender perfectamente la incredulidad de quienes escuchan esta anécdota. Pero créanme que fue así como exactamente sucedió. Y lo que definitivamente no encuentra respuesta en mí es: ¿cómo Enrique podía estar tan seguro que algo de esto podría suceder? ¿Qué leyó en mi relato? ¿O en mi deseo? Tanto, como para incentivar con tanta vehemencia, que me animara a hacerlo.

Hablando de memorias, a diferencia de la analogía que Enrique solía reiterar e incluso publicó, sobre la fallida intervención de los guardavidas que intentan vanamente de salvar a los naufragos río abajo en lugar de buscar la causa, en el lugar en que la gente se caía, río arriba ... digo, a diferencia de esta, hay otra analogía que me quedó firmemente grabada, pero no podría precisar el año y lugar donde se la escuché. Sé que yo me la he apropiado y la he citado en innumerables circunstancias. Un día escuché a Enrique decir, que el psicólogo debía ser como un mojón en un camino.

Por cierto, la comparación no funcionó el día que se las relaté a unos estudiantes de maestría mexicanos. Al parecer allí, la palabra mojón tiene un significado coloquial bastante distinto al del de nuestras señales al costado de la ruta. Las caras de desconcierto de los colegas me indicaron rápidamente que enfrentaba un problema de comunicación. Cuando me

explicaron que ellos entendían que mojón aludía a un contundente excremento humano comprendí por qué había quedado tan definitivamente perdida la poesía de la imagen que quería transmitir.

Pero volviendo a la analogía original, Enrique decía que el psicólogo era como un mojón en el camino. El que en un momento determinado oficia de ayuda clave para orientarse, pero que al llegar al destino, nadie se acordaría de él. O sea, el lugar lateral de colaboración pero sin ocupar nunca el protagonismo, que siempre será del caminante, es decir, el de los sujetos individuales y colectivos con los que nos toque trabajar. Una postura de humildad ética, que supone poner la participación de las personas en el centro, y el lugar de los profesionales, como cooperantes en la consecución de su camino. Pero nunca el que los sustituya en las decisiones sobre qué hacer.

Como dije, siempre me gustó esa imagen del lugar a ocupar, y de nuestro rol como profesionales de la salud. Pero voy a aprovecharme brutalmente de la ventaja de estar aquí presente, para contrariar por última vez a Enrique, sin darle beneficio de respuesta. La segunda parte de la metáfora, no siempre se cumple, querido Profesor. Porque usted ha sido sin lugar a dudas una guía fundamental en nuestro andar, pero nos negaremos siempre a olvidarlo. Y este encuentro es una fuerte evidencia.

Cuando falleció otro de mis referentes, el queridísimo José Luis Rebellato, que muchos de aquí conocieron, en el sepelio en el Cementerio del Norte, otra figura señera de la salud colectiva uruguaya, como fue Pablo Carlevaro, afirmó que los universitarios reservamos la palabra maestro o maestra, para quienes despiertan la admiración y la valoración de estudiantes y colegas. Un título que, aunque no sea otorgado oficialmente, posiblemente sea la máxima distinción que un docente universitario pueda recibir. Rebellato lo era, también Carlevaro, y sin duda, nuestro Enrique Saforcada.

Maestro porque como lo fueron mostrando los torpes recuerdos que pude ir hilvanando, no temía señalar lo que en su consideración, debía

ser tomado en cuenta por sus estudiantes, aún a costa de molestar con la honestidad fundada de su opinión.

Maestro porque al mismo tiempo, era capaz de ver y de confiar por encima de lo que las propias personas podían confiar de sí mismo, y estimular para que tomen las riendas de lo que necesitaban hacer.

Maestro porque transmitía conceptos claros y estaba dispuesto a defenderlo con argumentos y sin falsas poses de manipulación emocional.

Maestro porque no pretendía que su maestría se impusiera sobre la centralidad de las personas, y el respeto radical por sus intereses, motivaciones y decisiones.

Maestro, en fin, porque aún luego de su fallecimiento, nos hace seguir encontrándonos, imaginando proyectos y reviviendo sueños. Construyendo y transitando caminos, con él, siempre, a nuestro lado.

¡Muchas gracias!

Memorias de Enrique Saforcada en la transformación epistemológico - política de los alcances de la Psicología Social Comunitaria en San Luis

GABRIELA LUCIANO

JUAN MIGUEL FLORES

MARCELO ALEJANDRO MUÑOZ

MARIELA AVILA

Primeras huellas. Genealogía del lazo entre lxs integrantes del espacio de psicología social comunitaria (FAPSI-UNSL) y Enrique Saforcada.

Es significativo afectivamente para quienes escribimos este documento comenzar a contar la génesis de esta historia, que no sólo trajo profundas implicancias formativas y profesionales en el campo de la Psicología Social sino que marcó la vida y el posicionamiento axiológico-político que fuimos asumiendo en distintos espacios de trabajo y de construcción colectiva, y que apropiamos como grupo humano desde diversas participaciones en activismos socio-comunitarios.

Este proceso tiene un momento fundante en el encuentro entre Enrique Saforcada, profesor de psicología jubilado y profesor emérito crítico de la disciplina en Argentina, egresado en 1960 de la segunda carrera de psicología creada en el país por la Universidad Nacional de Córdoba en 1956, con parte de quienes escribimos este artículo como estudiantes de psicología y jóvenes profesionales del mismo campo egresados de la Universidad Nacional de San Luis.

Como jóvenes en proceso de formación teórico-axiológica, estábamos en la búsqueda de transitar una formación crítica y sensible a las problemáticas sociopolíticas de ese tiempo desde una necesaria contextualización. Esta situación surgió de la problematización de lo que habíamos recibido como formación fundamentalmente centrada en la dimensión patológica, desde una perspectiva clínica restrictiva, hegemonizada por

una orientación psicoanalítica o cognitiva integrativa pero muy dogmatizada y circunscrita a las prácticas de consultorio privado.

La genealogía de este vínculo inicia en un encuentro de formación en Mendoza donde integrantes del grupo conocen a Enrique generándose en ese momento una relación que seguiría creciendo en los años venideros y que se sostuvo a pesar de la ausencia de Enrique. En ese tiempo se sucedieron encuentros de trabajo y formación en el marco de distintas actividades académicas que realizamos para nutrir de esta nueva mirada a nuestra casa de estudios. Algunos hitos en la construcción de este lazo fueron:

-En el año 2008, el Encuentro Nacional de Estudiantes de Psicología en la UNSL;

-En el año 2009 ocurren tres procesos significativos: la organización de las IV Jornadas Nacionales de Psicólogos sin Fronteras, I Foro Latinoamericano de Psicología y Comunidad “Psicología, comunidad, compromiso y formación crítica”, organizadas por Psicólogos Sin Fronteras San Luis; el “Simposio Internacional de Neurociencias, Salud y Bienestar Comunitario”, conjuntamente con la Universidad de Miami y la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, cuyas conferencias centrales editaron en 2010 el libro *Neurociencias, salud y bienestar comunitario* –Nueva Editorial y conjuntamente con la Universidad de Miami, la Universidad de Granada y la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA pusieron en marcha el “Programa intracomunitario de neurodesarrollo en niños y niñas entre los 6 meses y los 11 años de edad, residentes en comunidades pobres estructurales”;

-En el año 2010 se propuso la génesis de los cursos optativos “Psicología Social Comunitaria” y “Metodologías y prácticas en el campo psicosocial y comunitario” (que continúan hasta la fecha) y se organizó el *V Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur* cuyo slogan fue: “La salud comunitaria a 200 años de la Independencia”. Dicho congreso tuvo la presencia de importantes referentes del campo de la salud comunitaria de la región y cuya Red era potenciada por la figura de Enrique y con la participación de alrededor 1200 personas;

-En el año 2013 se organizan la Primeras Jornadas de Reflexión Sobre la Psicología Social Comunitaria en la Formación de los Psicólogos;

-En el año 2014 se conforma el Proyecto de Investigación “Promoción de la salud y el bienestar comunitario”, en la Facultad de Psicología de la UNSL, el que tendrá diferentes construcciones hasta la actualidad. También ese año se realizó el *VII Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur*. Si bien hubo menor participación que en el anterior, lo importante resultó ser que para la Universidad Nacional de San Luis implicó empezar a consolidar un equipo de trabajo en estas temáticas, hasta ese momento bastantes ausentes de la coyuntura universitaria local.

En este marco, desde las formulaciones teóricas y sus implicaciones prácticas, la noción de salud integral implica una profunda transformación epistemológica y política en la manera que fuimos comprendiendo la noción de salud y, especialmente, la salud mental. Lejos de reducirse a la ausencia de enfermedad o al plano biomédico, esta concepción nos propuso una lectura relacional, histórica y comunitaria, que interpela las estructuras sociales, las condiciones de vida y las matrices culturales que producen salud o sufrimiento y que lo construyen en relación a determinadas formas de entendimiento desde lógicas opresivas de ordenar la matriz socio cultural. En este sentido, su significatividad se fue extendiendo al campo académico a través de la revisión crítica de los programas curriculares, la organización de congresos, jornadas y cursos de posgrado, y la generación de espacios formativos que promovieron el diálogo interdisciplinario e intersectorial. Estas experiencias, inspiradas en el pensamiento de Enrique, buscaron -y lo seguirán haciendo- desnaturalizar los sentidos hegemónicos de la salud y habilitar prácticas pedagógicas y de investigación orientadas por la integralidad, la justicia social y el compromiso con los territorios.

El modelo social ampliado propuesto desde esta perspectiva constituye otro de los giros significativos en la construcción de una psicología y una salud pública críticas. Se trata de ampliar el horizonte explicativo de la salud para incluir las dimensiones económicas, culturales, políticas y ambientales que configuran los procesos vitales de las comunidades.

En uno de sus libros *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria* se aborda la “perspectiva ecológico-sistémica de la salud”

como marco conceptual que permite pensar estas relaciones complejas entre individuo, comunidad y territorio (Saforcada y Castellá Sarriera, 2008). Esta apuesta no sólo fue conceptual, sino que tuvo implicaciones metodológicas decisivas: para la realización de tesis y residencias. Por ejemplo, se vuelve imprescindible incorporar investigación-acción, evaluación participativa y trabajo interdisciplinario e intersectorial, así como valorar los saberes locales y comunitarios en la producción de conocimiento.

Este desplazamiento se expresa en nuestras sucesivas prácticas territoriales y en los modos de construir conocimiento, y en la producción colectiva de saberes en proyectos de investigación que asumen la salud como un fenómeno complejo, atravesado por relaciones de poder y por disputas epistémicas. La Editorial Nuevos Tiempos y los libros publicados desde este espacio, en tanto editorial cooperativa creada por él, se inscriben en este mismo horizonte: el de producir conocimiento crítico y emancipador, comprometido con la transformación social.

Desde la mirada y el posicionamiento de Enrique, debíamos salir de la hegemonía de la clínica restrictiva tanto psicoanalítica como cognitiva. Y en tal dirección, todo el legado ha apuntado a crear un perfil de las y los profesionales preocupados por los diferentes saberes del campo, para que en diálogo con otros saberes aportasen al desarrollo de un proyecto de país inclusivo económicamente y que integrara a la vez, las diversas dimensiones del factor humano. En este sentido, se visualizan aportes desde una epistemología y una axiología situada reconociendo como campos de construcción discursiva y de praxis la psicología ambiental, la psicología comunitaria, la psicología económica, la psicología ergonómica, la psicología del tránsito y la seguridad vial, la clínica del desarrollo humano normal o consultoría psicológica, la psicología organizacional, la psicología de desastres y situaciones socialmente traumáticas, la psicología de la salud, la psicología etnológica y de las minorías étnicas, la psicología de la comunicación y los medios de comunicación masiva, la psicología rural, la psicología social y la psicología de la fuerza pública y la seguridad nacional, entre otras. Estas articulaciones y miradas de los campos de la psicología pueden verse atravesados en su obra, así como en su proyecto de carrera de Psicología en la Universidad Nacional de Avellaneda, por el

que tanto trabajó y que fue ignorado por las respectivas autoridades universitarias, y en el que decía lo siguiente:

Siendo la psicología una ciencia central con relación al factor humano, sus aportes son fundamentales para un positivo y completo desarrollo nacional integral: económico, industrial, científico y humano, en todas las potencialidades de este factor: intelectuales, espirituales, creativas y ciudadanas. El puro desarrollo científico y técnico no alcanza para que un país llegue a instancias suficientes de desarrollo y bienestar.

Hay que tener en cuenta que sin un factor humano adecuado no hay posibilidad de alcanzar el desarrollo nacional desde la perspectiva de la integralidad. Desde el punto de vista del campo de las ciencias sociales, en especial la psicología, es necesario repetirla dado que el aporte impactante de la ciencia y la técnica frecuentemente hace olvidar o no visualizar la importancia decisiva que tiene el factor humano para lograr que a la par de que las ciencias y las tecnologías sean eficaces y eficientes generadoras y sostenedoras del progreso se impida que el mismo sea contraproducente para la calidad de vida de toda la sociedad (anónimo, p. 18).

Desde el punto de vista ético-político, Enrique subraya la importancia de reconocer a las comunidades como soberanas de sus saberes y prácticas en salud. En su libro *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas* (Saforcada et al., 2015) y en otros de sus textos, propone que los actores locales no sean meros objetos de intervención, sino sujetos con voz, legitimidad y autoridad para definir prácticas, prioridades e intervenciones. Asimismo, nos propone un mandato ético y político de transformación institucional, donde el Estado, las universidades y los profesionales públicos adopten un modelo que favorezca la soberanía popular en salud, lo que incluye reformas estructurales en la universidad. Aunque no siempre usa la expresión “tercera reforma universitaria”, varios de sus planteos sobre democratización académica, producción de saber crítico, inclusión y compromiso social implican la necesidad de reformar las instituciones universitarias para que no sean meramente transmisoras de conocimiento sino espacios de producción compartida de saberes.

Aportes para complejizar los alcances de la psicología social comunitaria desde la noción de salud comunitaria

Los espacios que fuimos compartiendo con Enrique Saforcada nos permitieron problematizar y construir una mirada crítica sobre los saberes que habíamos recibido del campo de la Psicología. Teníamos naturalizado, más de lo que creíamos, que nuestra labor como psicólogos y psicólogas se definía a partir de la patología y de las nociones hegemónicas de “salud mental”. Esa psicologización de la mirada nos llevaba a reproducir una perspectiva individualizante y reduccionista, que poco podía dar cuenta de las complejas tramas sociales, históricas y políticas que configuran los modos de vivir y sufrir en los territorios. Fue a partir de la praxis comunitaria que comenzamos a cuestionar esas formas de entender lo humano y a reconocer que las teorías con las que nos habíamos formado no nos sostenían en las lecturas de las realidades de las mayorías populares.

Desde dichos aportes fuimos asumiendo que la noción de salud comunitaria abre un horizonte epistemológico y político distinto, en el que la salud se concibe como un proceso colectivo, dinámico y relacional, inseparable de las condiciones materiales, simbólicas y afectivas que sostienen la vida. En sus planteos, la salud deja de ser un atributo individual para ser entendida como un bien común, producto de la interacción entre sujetos, comunidades e instituciones. Este desplazamiento implicó también una resignificación de las posiciones profesionales: las y los psicólogos dejamos de ser un agente que señala desde un lugar analítico, sostenido en la superioridad del saber, para convertirnos en un actor social que acompaña procesos de fortalecimiento comunitario, restitución y lucha por los derechos y construcción de autonomías subjetivas y comunitarias.

Pensar y reflexionar que nuestra tarea tenía un vínculo con el campo de la salud, con la salud pública y con los derechos, generó una apertura necesaria que fuimos asumiendo lentamente, pero en cada paso, con mayor seguridad y fuerza. Nos colocó en un movimiento de deconstrucción de gran parte de lo aprendido, y en la urgencia de ir armando artesanalmente un camino propio, situado, en diálogo con las comunidades y sus saberes. En ese tránsito, los aportes del “maestro amigo” Enrique nos ayudaron a sostener la incertidumbre y a recuperar una dimensión ético-política de la práctica, entendiendo que la psicología social comunitaria puede, pero no debe, escindirse de los procesos de transformación social ni del compromiso con la dignidad de los pueblos.

Los aportes de Enrique Saforcada, en diálogo con Paulo Freire y Orlando Fals Borda, permiten pensar una axiología de la humanización y la transformación, es decir, una ética del hacer que coloca la vida, la dignidad y la justicia en el centro de toda práctica. Una manera de entender la praxis diferente: donde los sujetos no son *meros objetos de intervención*, sino co-constructores y participantes de dichas acciones en esa comunidad. Saforcada (2012) sostiene que las prácticas comunitarias y de salud deben orientarse por valores que promuevan la autonomía, la solidaridad y el fortalecimiento del poder popular. En esa línea, propone desplazar la mirada del sujeto individual al sujeto colectivo, reconociendo que la salud y el bienestar se construyen en los vínculos y en la capacidad de las comunidades para organizarse y resistir.

Esta perspectiva se enlaza con la pedagogía freireana, que concibe la educación como un acto profundamente ético y político. Freire (1997) afirma que “la deshumanización, aunque sea un hecho histórico, no es destino dado, sino resultado de una ordenación injusta del mundo que los seres humanos pueden transformar”. En esa clave, la humanización implica una opción ética por la vida, por la esperanza, por la posibilidad de ser más, en comunidad. Freire nos recuerda que el proceso de concientización no es individual, sino colectivo: nace del diálogo, de la acción compartida, del reconocimiento del otro como sujeto de saber y de historia. Desde la investigación-acción-participativa, Fals Borda (1985) también situó la praxis colectiva como núcleo de la transformación social, al sostener que “conocer y actuar son momentos inseparables del mismo proceso liberador”. La praxis, en este sentido, no es sólo intervención o acción práctica, sino reflexión crítica sobre la acción, una forma de conocimiento encarnado que surge del encuentro entre teoría, experiencia y territorio.

En el camino que fuimos transitando desde este tiempo la praxis comunitaria se configuró como un espacio donde se conjugan lo ético, lo político y lo afectivo. Nos fuimos invitando a construir colectivamente sentidos sobre la salud, el bienestar, las dimensiones comunitarias, la vida y la dignidad, reconociendo las condiciones estructurales que los atraviesan. Ha sido una invitación a asumir una axiología de la humanización, ya que, como nos invitan a pensar las epistemologías y pedagogías feministas, no se declaran, sino que se practican, se hace cuerpo en los modos de acom-

pañar, de escuchar, de compartir saberes.

Derivas en los últimos años. Huellas que se hicieron camino desde las relaciones con el territorio

Algo que nos gustaría expresar con profundo agradecimiento y también con nostalgia, fue el respaldo y el involucramiento con proyectos locales por parte de Enrique. En sus formas de acompañamiento, atentas a poder entamar su saber, su escucha y la posibilidad inherente a eso, la de construir redes de apoyo y de sostenimiento de los proyectos. En este apartado nos gustaría mencionar dos de dichos procesos: acompañamiento a la organización *Psicólogos sin Fronteras - San Luis y el Proyecto Intracomunitario de Evaluación y Promoción del Neurodesarrollo*.

Haciendo referencia a la experiencia compartida de *Psicólogos sin Fronteras* (en adelante PSF) cabe señalar, que, como mencionamos en el apartado anterior, al momento de nuestro encuentro con Enrique como estudiantes y noveles docentes, veníamos desarrollando como grupo una experiencia de trabajo territorial que, en cierta medida, nos acercaba a una concepción diferente del rol hegemónico de las y los profesionales de la Psicología. Dicha organización surgió en el año 2000. En ese entonces, en el espacio del Proyecto de Investigación Psicología Política (UNSL), dirigido por el Dr. Ángel Rodríguez Kauth, recibimos la visita del Dr. José Guillermo Fouce Fernández, a la sazón presidente de la ONG Psicólogos Sin Fronteras Madrid (PSF Madrid). De dicho encuentro, surge la iniciativa de la creación de PSF en la ciudad de San Luis.

Es necesario aquí ahondar brevemente en las razones que llevaron a un grupo de docentes y estudiantes del ámbito de la psicología a embarcarse en este proyecto de fundar una ONG. En ese momento, la sociedad argentina estaba inmersa en una tremenda crisis económica y política como resultado de diez años de aplicación de políticas neoliberales que desarticulaban, entre otros espacios, el tejido social. Los índices de desocupación, pobreza e indigencia eran muy elevados en relación a los índices históricos del país. La ciudadanía de a pie y, particularmente, los sectores populares se vieron en la imperiosa necesidad de generar estra-

tegias para poder subsistir. Este cuadro de situación, estimuló a docentes y estudiantes cercanos a las cátedras de *Psicología Social y Psicología Política*, a acompañar los procesos de lucha y organización de la población más desfavorecida, viendo en la fundación de una ONG una herramienta para hacerlo.

Entre los primeros espacios de trabajo comunitario donde esta ONG se inició podemos mencionar comedores populares, experiencias de apoyo escolar y alfabetización popular en barrios de la ciudad, la colaboración con demandas de escuelas rurales, el acompañamiento a internos e internas del Servicio Penitenciario Provincial, la intervención psicológica en situaciones de emergencias y desastres. Todas estas tareas se llevaron adelante por fuera de las obligaciones laborales o del cursado de la currícula académica, enmarcándose en acciones de voluntariado.

El encuentro con Enrique se produjo justamente cuando esta experiencia de organización había atravesado una primera etapa de acción desde el voluntariado y necesitaba generar una pausa, construir un tiempo para reflexionar e incorporar marcos teóricos de referencia que ayudaron a significar lo trabajado a la par de darle sentido epistemológico y político.

Esto llevó, y como un paso más en nuestros cuestionamientos epistémicos, a que un grupo de estudiantes y graduados voluntarios, propusieran a la Prof. Leticia Marín, docente de Psicología Social, el dictado de un curso optativo relativo a la *Psicología Social Comunitaria*, que cubriera las expectativas de formación en el campo de la intervención psicosocial comunitaria. Así nacieron en el año 2010, las propuestas de los cursos optativos Psicología Social Comunitaria y Metodologías y prácticas en el campo psicosocial comunitario. En los contenidos de dichos cursos y en su modalidad de cursado, están presentes las enseñanzas de Enrique.

En ese sentido, los cursos optativos surgieron además como demanda del estudiantado a un plan de estudio que en su currícula obligatoria no ofrecía (ni aún ofrece en la malla curricular obligatoria, salvo por los cursos optativos) espacios concretos de formación en la dimensión psicosocial comunitaria. La posibilidad de organizar un curso optativo con tales temáticas, justamente por parte de estudiantes, significó dar lugar

al reclamo de una necesidad y llevar adelante por sí mismos las acciones necesarias para su satisfacción.

Hasta la actualidad, se han dictado de manera continua de 2010 a 2019 suspendiéndose luego por la pandemia de Covid 19 y retomándose luego entre 2022 y 2025. Entre sus características figura el hecho de que durante varios años fueron dictados en distintos espacios de la ciudad de San Luis: centros de salud, organizaciones vecinales, bibliotecas populares, lo cual llevaba a sus estudiantes a movilizarse por fuera del tradicional ámbito universitario y comenzar a hacer pie en el territorio donde realizarían luego las prácticas correspondientes.

Otra característica es que no solo lo han realizado estudiantes de psicología, también participan estudiantes interesados de otras carreras de la UNSL, de universidades extranjeras, profesionales de la salud y vecinas/os invitadas/os. Esto permite un interesante intercambio de miradas que provienen de diferentes espacios, trabajar sobre los propios estereotipos y prejuicios y el acercamiento gradual entre diversos grupos sociales.

En estas improntas de los cursos optativos no podemos dejar de reconocer la influencia de Enrique: en la propuesta que originó su inicio y en quienes lo propusieron, los temas elegidos, las modalidades de cursado, la apertura hacia diversas profesiones y saberes populares que se integraban a las clases y las prácticas.

Lo mismo aconteció con un nuevo paso, la conformación de un proyecto de investigación en la Facultad de Psicología (FaPsi). En el año 2014, y en línea con esta continuidad y crecimiento de la mano de Enrique, constituímos nuestro primer proyecto de investigación dentro de la FaPsi denominado *Promoción de la Salud y el Bienestar Comunitario*. Este proyecto ha sido renovado con diferentes nominaciones y continúa hasta el día de hoy. En el mismo hemos trabajado temas que podríamos englobar en las propuestas de salud integral y de modelo de salud ampliado ya citadas. La formación de recursos humanos por medio de pasantías de investigación, tesis de grado y posgrado, no ha estado exenta del legado que venimos señalando.

En nuestros trabajos en los territorios hemos buscado con cuidado, acercarnos a las realidades de las mayorías populares desde el respeto po-

niendo en tensión el lugar y el lenguaje académico, que si no se revisa, sigue vinculándonos desde una posición de poder, de jerarquía. Es así que en ese encuentro con las y los otros en territorio vamos aprendiendo a comunicarnos con un lenguaje que facilite el entendimiento sincero de ambas partes, que solidifique los lugares horizontales del escuchar y del decir. Y este es un tema sobre el que nuestro querido maestro siempre nos alertaba.

En concordancia con lo anterior, comenzamos a pensar como en los territorios, barrios, bibliotecas populares, centros de salud, entre otros espacios, puede y debe generarse la nueva universidad. Una universidad en la que puedan participar desde sus nuevos cimientos los saberes populares, sus cosmovisiones, sus estrategias diarias para leer las problemáticas y encontrarles salidas. Insumos de tales características son un aporte valiosísimo para ubicar a las instituciones universitarias y sus propuestas de formación en un lugar clave para la transformación real y con sentido popular, tal como declamamos.

Por otro lado, pero en la misma línea de articulación y trabajo colaborativo en nuestra Facultad, se inició un proyecto de gran relevancia que fue denominado por el propio Enrique como: *Proyecto Intracomunitario de Evaluación y Promoción del Neurodesarrollo*. En este punto particular es importante mencionar que integrantes de *Psicólogos sin Fronteras*, fueron parte de esta experiencia académico-territorial con una fuerte impronta comunitaria. En el marco de ese proyecto, en ese momento llevamos adelante dos eventos importantes en la Universidad Nacional de San Luis vinculado al campo de lo comunitario, ya mencionado anteriormente.

No obstante, es valioso mencionar también aquí que, a estos encuentros académicos masivos, participaron referentes tanto de nuestro país, como de América Latina, Estados Unidos y de España, especialmente de la Universidad de Granada. Entre los referentes participaron: Enrique Saforcada, Martín de Lellis, Juan Carlos Godoy, Francisco Morales Calatayud, Miguel Ángel Álvarez González, Julio Villegas, Jorge Sarriera, Susana Rudolf, Etiony Aldarondo, Francisco Cruz- Quintana, Miguel Pérez- García, entre otras personas

Además de los eventos, desde los años 2009- 2010, se empezó a trabajar en construir un proyecto socio-comunitario en salud en un barrio de características urbano- marginales en las periferias de la Capital puntana.

El proyecto estuvo vigente lamentablemente apenas dos años, ello fue debido, entre otros motivos -no los únicos, pero sí de los más importantes-, a las promesas incumplidas del entonces Rector de la Universidad Nacional de San Luis, José Luis Riccardo, en apoyar el trabajo, acompañar y financiar la puesta en marcha del mismo. Compromiso, que por cierto había asumido cuando se le presentó el proyecto. Por su envergadura y la coordinación multilateral necesitaba entre otras cuestiones, personal dedicado exclusivamente a esta actividad. Este punto no era posible ser resuelto sin financiamiento, dado que muchos de los integrantes de este proyecto, por esos años, éramos estudiantes o profesionales que recién habíamos obtenido el título, y en todos los casos teníamos trabajos distintos para financiarnos en nuestra vida cotidiana, y este proyecto necesitaba una dedicación exclusiva.

El proyecto, toda la planificación y puesta en marcha estaban articulados con diferentes Universidades tanto de Argentina (Universidad Nacional de San Luis y Universidad de Buenos Aires), de Cuba (Universidad de La Habana), de Estados Unidos (Universidad de Miami) y de España (Universidad de Granada). En todo este proceso se firmaron algunos convenios y cartas de intención de trabajos colaborativos entre las diferentes instituciones. Luego de un esfuerzo de dos años -de los integrantes locales y la colaboración incansable de Saforcada- de tratar de sostener el proyecto, lamentablemente, con el paso de los días, se fue desmantelando todo lo que se había realizado hasta ese momento.

En el caso del acuerdo entre la Universidad Nacional de San Luis, Argentina, con la Universidad de Granada, España fue sumamente valioso, ya que se propició la elaboración de algunos instrumentos de evaluación neuropsicológica (BENCI), que posteriormente serán aplicados en diferentes lugares de nuestro país, como asimismo en distintas regiones de América Latina e incluso de África, menos en nuestra provincia, por todo lo planteado anteriormente.

La BENCI (el instrumento construido en acuerdo entre la Universi-

dad de Granada y la Universidad Nacional de San Luis) se presentó en formato computarizado, permitiendo de esta forma la administración estandarizada y el registro de datos de una manera fácil y fiable (respuestas correctas, errores y tiempo de reacción) y también permitió configurar sus parámetros con el fin de ajustar las pruebas al conjunto de individuos que se fueron realizando en cada proyecto concreto. Incluyó 14 pruebas neuropsicológicas que requirieron entre 60 y 70 minutos para su cumplimentación, con un descanso de 10 minutos a mitad de sesión. Esta batería fue fácil de administrar, atractiva para los niños y las niñas, por la forma en que están programadas las distintas tareas, y permitió también realizar informes individualizados (Cruz- Quintana, et al, s/f).

Y además, esta batería neuropsicológica era uno de los aspectos más importantes que tenía el proyecto que se iba a llevar adelante en algunos barrios de San Luis, Capital. Al respecto el documento base se denominó: *Proyecto intracomunitario de evaluación y promoción del neurodesarrollo en niños y niñas entre los 0 a 11 años de edad, en el Barrio Primero de Mayo de la ciudad de San Luís (Experiencia piloto)* y los autores fueron el psicólogo neurocientífico cubano Miguel Ángel Álvarez González, y el psicólogo salubrista Enrique Saforcada.

Las condiciones que causan discapacidades del aprendizaje en comunidades de países en desarrollo son en gran medida prevenibles, aunque cada comunidad tiene sus propias características, por lo que debe existir un equilibrio entre las estrategias generales y las tácticas particulares. Esto depende, en primer lugar, de las prioridades delineadas a través de las políticas públicas (fundamentalmente en educación, salud, desarrollo social y desarrollo humano); en segundo lugar, de los recursos económicos disponibles, pero la experiencia en la conducción de proyectos de bajo costo y la disponibilidad de tecnología adecuada puede compensar presupuestos modestos logrando un alto nivel de rigor científico en la información que se elabore y una marcada eficacia en los resultados que se alcancen (González Álvarez y Saforcada, 2010; pp. 58).

El objetivo inmediato del proyecto era llevar a cabo un proyecto piloto de evaluación y promoción del neurodesarrollo en niños y niñas de 0 a 11 años de edad, con una modalidad de ejecución intracomunitaria que implica un alto grado de participación de la comunidad. La necesidad de indagar las percepciones y opiniones de los mencionados referentes se

basaba en una lógica de construcción colectiva de las demandas-acciones desde donde se fundamenta la gestión de este proyecto. Es por ello que partimos de los preceptos que plantea el paradigma de la *salud comunitaria*, donde la comunidad es el componente principal en la gestión de salud y los equipos profesionales actúan como colaboradores o participantes de los mismos (Ávila, et. al. 2010; Albino, et. al, 2011).

Como resultado, todo lo realizado en esos años, sin dudas tuvo un impacto valioso, por diferentes caminos, sea esto, el poder tomar contacto con diversas experiencias de lo que estaba ocurriendo en otros costados del mundo académico, en el campo de la psicología y la salud comunitaria. También el poder intercambiar experiencias con referentes a nivel local pero también internacional.

Y, por último, más allá de la experiencia que terminó abruptamente, por falta de apoyo, al interior de la Universidad Nacional de San Luis dejó entre otros aportes algunos artículos publicados en revistas científicas, presentaciones en eventos científicos y dos libros. Allí se plasmó mucho de lo que se pretendió del proyecto: *Neurociencias, Salud y Bienestar Comunitario y La Estrategia de Mínimo Operante en el Desarrollo Salubrista de Comunidades*. Ambos editados en la *Nueva Editorial Universitaria* de la Universidad Nacional de San Luis.

Tal como lo pensó Enrique, el anteproyecto de carrera, tenemos la certeza, lamentablemente, que fue quedando trunco en las garras de la burocracia. Ha sido y es algo exquisito desde lo académico y desde las prácticas en lo territorial, ya que representa un perfil completamente diferente a lo conocido, a lo instituido hace más de 60 años en las carreras de psicología del país. Ojalá que alguna vez pueda ser retomado y planteado como una oportunidad para la formación en psicología social comunitaria en Argentina.

A modo de cierre provisorio. Referencias múltiples desde la colectivización de las luchas.

Llegamos a este punto del recorrido y ello nos invita a reconocer que las memorias de Enrique Saforcada no sólo se inscriben en la historia de la Psicología Social Comunitaria en San Luis, sino también en una trama más amplia de transformaciones epistemológicas-políticas que siguen

aconteciendo en nuestros modos de pensar, enseñar y habitar la universidad pública. Este cierre no pretende clausurar, sino abrir nuevos pliegues de sentido desde los cuales seguir pensando la formación, la investigación y el compromiso ético-político de quienes habitamos este campo. Desde la colectivización de las luchas y las búsquedas compartidas, se hace posible recuperar las huellas de Enrique como parte de una memoria viva, tejida entre voces, territorios y afectos que siguen disputando otros modos de producir conocimiento y de construir comunidades.

Los aportes de Enrique Saforcada a la formación en psicología comunitaria han sido decisivos para consolidar un modo de pensar y hacer universidad profundamente comprometido con los territorios y con la producción de conocimiento situado. Su lugar de “maestro amigo” se caracterizó por acompañar procesos formativos en los que la transmisión no se reducía a la enseñanza de contenidos, sino que implicaba el cultivo de una ética del compromiso, del diálogo y de la responsabilidad social del saber. En ese sentido, sus prácticas docentes y de investigación constituyeron anclajes firmes dentro de la universidad pública, entendida como espacio de resistencia, creación y cuidado colectivo.

Desde nuestro posicionamiento, la formación en psicología comunitaria se concibe como un campo que interpela las perspectivas epistemológicas contemporáneas desde una mirada crítica, reconociendo el devenir histórico de las construcciones epistemológicas y su implicancia en la configuración de subjetividades, instituciones y territorios. En diálogo con las epistemologías de la periferia Enrique alentó la problematización de la mirada hegemónica occidental de la ciencia, visibilizando los epistemicidios producidos por la colonialidad del saber y sus efectos sobre las prácticas profesionales y comunitarias.

Este legado nos invita hoy a promover apropiaciones reflexivas en torno a nociones como el decrecimiento, el post-extractivismo y el buen vivir, las cuales cuestionan el paradigma del progreso ilimitado y proponen horizontes ético-políticos orientados a la sustentabilidad de la vida. Tales perspectivas se articulan con la bioética como campo de interrogación sobre las condiciones de posibilidad de la existencia y la responsabilidad frente al otro humano y no humano. De este modo, la psicología comunitaria se proyecta como un espacio de diálogo entre epistemologías plura-

les, la geopolítica del conocimiento en el marco de una crisis civilizatoria, que nos invita a repensar la relación entre ciencia, tecnología y naturaleza.

En síntesis, el pensamiento y la praxis de Enrique Saforcada siguen ofreciendo claves para la reinención crítica de la formación universitaria en psicología comunitaria. Su pensamiento nos convoca a construir saberes que no sólo comprendan la realidad social, sino que la transformen desde una ética del cuidado, la justicia epistémica y la defensa de la vida en todas sus formas.

Quizás, como él nos enseñó, hacer educación y hacer psicología, no es llenar de teorías sino abrir caminos; no imponer certezas sino encender preguntas. Seguir su huella es volver a escuchar las voces de la tierra, los silencios de los barrios, los murmullos de la historia. Es aprender que la universidad puede ser también territorio de esperanza, y que cada gesto pedagógico y humano, puede sembrar futuro, si se hace con el corazón puesto en lo común.

Referencias bibliográficas

- Albino, Y., Aldarondo, E., Álvarez, M.A., Corvalán, A., Cruz-Quintana, F., Ison, M., Klosterman, V., Lellis, M., Luciano, G., Mallea, F., Mañas, M., Muñoz, M., Pérez- García, M., Pérez-Marfil, M.N., Prillelstenky, I., Saforcada, E., y Sosa, M. (2011). *La Estrategia de Mínimo Operante en el Desarrollo Salubrista de Comunidades*. Ed. Nueva Editorial Universitaria. Universidad Nacional de San Luis. San Luis.
- Álvarez González, M. A. y Saforcada, E. (2010). Proyecto intracomunitario de evaluación y promoción del neurodesarrollo en niños y niñas entre los 0 a 11 años de edad, en el Barrio Primero de Mayo de la ciudad de San Luis (Experiencia piloto). En: En: E. Saforcada, M. Mañas y E. Aldarondo (Comps.) *Neurociencias, salud y bienestar comunitario*. (Pp. 57- 80). Nueva Editorial Universitaria.
- Anónimo (s/f). *Licenciatura en Psicología Social y Comunitaria*. Plan de Estudios. Asociación de Unidades Académicas de Psicología- AUAPsi (2004). *Documento sobre Estructura del Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología y sus contenidos curriculares básicos*. Mimeo.
- Ávila, M.; Luciano, G.; Mallea, F.; Saforcada, E.; Muñoz, M.; Pardo, A.; Sosa, M.; Mañas, M.; Perarnau, P.; Corvalán, D.; Doña, R. y Sosa, D. (2010). Consideraciones iniciales sobre una experiencia de intervención de modalidad intracomunitaria en un barrio carenciado de la Ciudad de San Luis- Argentina. En V. Barila, A. Lapalma y M. Molina (comps.). *Psicología y Sociedad*. (Pp. 247-250). Editorial APBA.

- Castellá Sarriera, J. (2012). *Psicología comunitaria para la transformación social*. Paidós.
- Cruz- Quintana, F., Saforcada, E., Fasfous, H., Muñoz-Vinuesa, A., Fernández-Alcántara, M., Pérez-García, M., y Pérez-Marfil, MN. (s/f) *Evaluación del neurodesarrollo en población infantil y adolescente a partir de programas internacionales de cooperación al desarrollo. Informe y recorrido por el proyecto BENCI (2009-2022)*. Mimeo.
- Escuela de Psicología- Facultad de Filosofía y Humanidades- Universidad Nacional de Córdoba, (1975). *Psicología Social II*
- Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular: lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia*. Siglo del Hombre.
- Ferullo, A, Fuks, S, Lapalma, A y Saforcada, E. (2011). Breve historia de la psicología comunitaria en Argentina. En E. Saforcada y J. Castella Sarriera (eds), *Esbozos históricos y aplicaciones de la psicología comunitaria en el Mercosur* (pp.47-68). Editorial Koyatun.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI.
- Saforcada, E. (2006). *Psicología sanitaria*: Paidós.
- Saforcada, E. y Castellá Sarriera, J. (Orgs.). (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria*. Paidós
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(13), 34–38.
- Saforcada, E., Castellá Sarriera, J., y Alfaro, J. (Comps.) (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Paidós.
- Saforcada, E. (2019). La salud en Indoafroiberoamérica: el paradigma necesario. *Salud & Sociedad*, 10(1), 30–48. <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludyso-ciedad/article/view/831>
- Saforcada, E. (2022). La delicuescencia sistemática de los tres principales hitos de la salud pública en el siglo XX. *Horizonte Sanitario*, 21(1), pp. 7-16. <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/es/article/view/4594>
- Saforcada, E. (2011). Elaboración de programas y proyectos en psicología comunitaria: algunos aspectos básicos. En E. Saforcada y J. Castellá Sarriera (comps.). *Esbozos históricos y aplicaciones de la psicología comunitaria en el Mercosur*. (pp. 69-85). Koyatun.
- Universidad del Chaco Austral (2021). *Resolución 299/2021- Consejo Superior. Licenciatura en Psicología*. Recuperado el 26 de setiembre de 2023, de: https://uncaus.edu.ar/images/Estudiantes/Carreras/planes/LIC_PSICO/Resolucion_N_299-21_CS_Plan_de_Estudios_Lic_en_Psico_-_2021.pdf
- Universidad Nacional de San Luis (1996) *Plan de Estudios. Licenciatura en Psicología*. Ord.04/96.

Contribuciones del pensamiento de Enrique Saforcada a la configuración de una psicopedagogía comunitaria en clave salubrista

MARÍA PAULA JUAREZ

Presentación

La invitación que representa participar en este libro en homenaje a Enrique Saforcada me halla en un momento de particular interés por echar luz y hacer más nítidas algunas cuestiones inherentes a una identidad profesional psicopedagógica y al devenir de una línea de indagación en la que trabajo desde hace aproximadamente 20 años, 17 de los cuales compartí con el querido Maestro y Amigo Enrique Saforcada.

Atendiendo a ello, la intención de este escrito es abordar algunas consideraciones en torno a los aportes del pensamiento y los desarrollos conceptuales y prácticos que Enrique Saforcada, como referente del pensamiento salubrista latinoamericano y sursituado, nos ha legado desde la psicología sanitaria, la salud comunitaria y la psicología comunitaria, al campo de la psicopedagogía argentina. Particularmente de una psicopedagogía que se va configurando con más visibilidad a lo largo de las últimas décadas, pero que se enmarca en una silenciosa práctica de compromiso enraizado comunitariamente desde hace muchos años más.

Como recién graduada de la Lic. en Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Río Cuarto inicié un camino de formación continua con Enrique Saforcada estableciendo diálogos permanentes con la psicología sanitaria y comunitaria, promoviendo enlaces con ellas y los planteos pe-

dagógicos de Paulo Freire, al que considero mi enfoque psico-pedagógico⁴ de referencia. Con Saforcada fuimos trazando un andar donde nuestros intereses se fueron amalgamando y donde nuestras identidades profesionales se fueron interpelando, pero, ante todo enriqueciendo desde un diálogo cotidiano compartido.

Hoy me interesa reflexionar sobre lo estimulante, potenciador y nutrido que resultaba entrar en discusiones temáticas con Enrique, allí y entonces, en el día a día, y aquí y ahora, a través de sus escritos, de sus registros, de apuntes, audiovisuales y personas que traen su pensamiento siempre renovado con un carácter problematizador, como fuente de consulta permanente que, más que nunca, abonan a la configuración de una psicopedagogía comunitaria en clave salubrista.

Desde el Movimiento en Salud Comunitaria Latinoamericana, situada en el Río de la Plata -como a él le gustaba decir- desde un nítido posicionamiento social-expansivo en las concepciones y prácticas profesionales, un enfoque en salud pública con sentido comunitario y un reconocimiento protagónico a los saberes legos de las poblaciones, Saforcada nos proponía a los profesionales del campo de la salud un miramiento a los procesos de la vida misma de las poblaciones, con profundo sentido social, colectivo y crítico. En su convite era abierto y generoso, pues nos convocaba sin recelos, ni tapujos a distintas disciplinas interesadas en la salud a asumir un enfoque comunitario comprometido con la transformación y la justicia social, promoviendo en esa tarea debates en relación al papel del Estado, la universidad pública y la salud comunitaria.

⁴ Si bien Paulo Freire no era psicopedagogo, recurro a esta referenciación para aludir a su planteo atendiendo a su carácter psico-pedagógico, separando con un guión ambos términos, intentando aludir con ello a dos componentes centrales del pensamiento freireano (entre muchos otros) que resultan interesantemente convergentes para pensar en un sentido psicopedagógico comunitario. Si bien lo pedagógico se halla en el meollo de la propuesta conceptual y metodológica de Freire, desde la posibilidad de pensar la educación y la práctica educativa situadas en la realidad y emergentes de ella en tanto condición que torna posible, mediante un trabajo educativo sociocrítico, que la misma pueda ser transformada por acción de las personas; el carácter psicosocial de su método se enlaza a ello de manera decisiva para su concreción. Si pensamos en términos de Martín Baró (1986, p. 219-220) el método de "la alfabetización conscientizadora", surge de la fecundación freireana entre educación y psicología, siendo el concepto de conscientización un articulador de "la dimensión psicológica de la conciencia personal con su dimensión social y política, y pone de manifiesto la dialéctica histórica entre el saber y el hacer, el crecimiento individual y la organización comunitaria, la liberación personal y la transformación social". Aspectos que, enlazados directamente a las concepciones de conocimiento y aprendizaje en Freire, en tanto procesos humanos permanentes que implican la comprensión, el conocimiento del mundo y su inserción en él como seres de toma de decisiones y autogestores de su realidad histórica (Freire 1997), me invitan a considerar la obra freireana en tanto aporte psico-pedagógico de abono constante a las reflexiones sobre una psicopedagogía comunitaria emergente.

En esas apuestas instaba a promover procesos de construcción de ciudadanía orientados a adquirir sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades sociales. Para lo cual exhortaba a la formación de profesionales y técnicos de las ciencias de la salud con una plena orientación social, mencionaba carreras como “medicina social y comunitaria, odontología social y comunitaria, psicología social y comunitaria, psicopedagogía social y comunitaria, fonoaudiología social y comunitaria, etc. (...) para (...) prácticas públicas (...) mucho más complejas que las privadas (...)” (Saforcada, 2021, p. 23).

Resalto aquí como llamaba a una “psicopedagogía social y comunitaria” al concierto de entramarse, de “ser parte de” un proceso mayor en perspectiva social, en diálogo con otros campos disciplinares y sus diversas especializaciones sociocomunitarias, en pos de un nuevo quehacer. Nótese en Saforcada (2021, p. 23) a uno de los primeros, sino el primero de los referentes del pensamiento latinoamericano en reconocer y convocar explícitamente en un artículo de su autoría a una “psicopedagogía social y comunitaria”, en un escenario donde la psicopedagogía conocida ha sido en general la escolar, así como aquella centrada en lógicas de la atención clínica de “transtornos” o “dificultades” del aprendizaje.

Saforcada ponderaba la existencia de una psicopedagogía emergente de la psicología, de la mano de Víctor Mercante. Hace unos días, cuando pensaba en relación a este escrito recordaba una conversación telefónica que mantuvimos unos meses antes de su partida. Me llamó entusiasmado con el “descubrimiento” que acababa de realizar, a partir de sus lecturas sobre la historia de la psicología argentina, de la cual era un apasionado. “Mercante fue uno de los iniciadores de la psicopedagogía en Argentina”, me decía. Con vaguedad recuerdo demás cuestiones que me fue relatando ese día y que fundamentaban la relevancia que para él tenía este hecho. Lo que permaneció nítido para mí fue el respeto y estima a la calidad científica y académica que él tenía a la figura de Víctor Mercante y su contribución a la psicología nacional. Lo cual, atendiendo a lo que me expresaba, confería de total legitimidad y relevancia a la constitución del campo psicopedagógico ese devenir de la mano de Mercante. Pistas en las que hoy he podido indagar de la mano del Dr. Hugo Klappenbach a quien he recurrido -mediando Enrique como puente-, y que generosamente me ofreció,

a través de su relato y material bibliográfico, un panorama de conocimiento exquisito en torno a la obra de Mercante en la psicología argentina y su vínculo con las ciencias de la educación y la psicopedagogía⁵.

El compromiso de Saforcada con las diversas disciplinas preocupadas por la vida y el bienestar humano, y su interés en transformar el paradigma de formación universitaria imperante de los profesionales de la salud, lo condujeron a difundir su pensamiento en múltiples y de lo más diversos espacios de intercambio. En este sentido, de ese centenar de cursos, charlas, conferencias y disertaciones a lo largo de su trayectoria, destaco aquí, aquellas en las que participó en la Universidad Nacional de Río Cuarto, destinadas a un público amplio entre los que se encontraban estudiantes, docentes y graduados profesionales de la Lic. en Psicopedagogía, así como aquellos espacios en los que fue invitado desde el colegio Profesional de Psicopedagogos (Provincia de Córdoba- Regional Río Cuarto). Hoy pienso que, posiblemente Enrique también haya compartido otros espacios convocados por psicopedagogos y psicopedagogas del país y la región a quienes su pensamiento también puede haber movilizado.

Mi transitar en investigación junto a Saforcada se origina por un interés inicial en construir aportes desde la psicopedagogía para intervenir en salud comunitaria. De esta intencionalidad se deriva un primer estudio y posteriormente una trayectoria guiada por temas y problemas a través de dos estudios consecutivos. En ellos, los recorridos y las búsquedas para hallar sentido a lo emergente, podría interpretarse, por momentos, a los márgenes de los cauces psicopedagógicos, al nadar en la psicología sanitaria y comunitaria. No obstante, la nitidez con que surgen algunos constructos y respuestas interpretativas y propositivas para pensar y hacer en

⁵ Klappenbach (2006) en sus estudios sobre el desarrollo de la psicología en Argentina, identifica en un primer período una psicología clínica, experimental y social (1895-1916) donde la figura de Mercante (1870-1934) es clave desde la Universidad Nacional de La Plata, donde en 1905 estableció un Laboratorio de Psicología Experimental en la que llevó a cabo investigaciones originales al margen del enfoque clínico característico de la psicología francesa dominante en la argentina de ese momento. Dussel (1993) considera que Mercante fue una de las voces más lúcidas en la educación argentina de las primeras décadas del siglo XX, representante de la corriente pedagógica normalizadora positivista argentina, buscó estructurar una pedagogía científica, asentada en bases psicológicas y biológicas, privilegiando la infancia y la adolescencia como sujetos pedagógicos. Para la autora entre sus herencias centrales está la idea de que el discurso científico tenía que tener una utilidad, la de cambiar la escuela y el sistema educativo. Con esos propósitos Mercante realiza "investigación psicopedagógica" (Draghi y Vassiliades, 2014) en la Universidad Nacional de La Plata, en la que en 1906 crea la Sección Pedagógica de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales (UNLP), en 1914 funda la Carrera de Ciencias de la Educación (UNLP) y en 1915 la Facultad de Ciencias de la Educación (UNLP) de la que fue primer decano y profesor de Psicopedagogía.

la realidad sociosanitaria, van visibilizando una matriz propiamente psicopedagógica salubrista.

Puntualmente con este escrito, me propongo pensar en las contribuciones que el pensamiento de Enrique Saforcada realiza a la configuración de un campo psicopedagógico comunitario y salubrista. Para reflexionar sobre ello atenderé a las preguntas: *¿Qué nociones y constructos centrales de su pensamiento abonan a una psicopedagogía comunitaria con sentido salubrista? ¿Es posible identificar intereses psicopedagógicos en la obra de Saforcada desde su pensamiento salubrista? ¿cuál/cuáles?* Cuestiones que intentaré desandar en lo que sigue.

¿Qué nociones y constructos centrales del pensamiento de Enrique Saforcada abonan a una psicopedagogía comunitaria con sentido salubrista⁶?

Para poder avanzar en el sentido propuesto por este interrogante me interesa profundizar la concepción de psicopedagogía comunitaria. La considero como una rama o especialidad dentro de la psicopedagogía entendida como disciplina, al constituir un campo de conocimiento, pero también profesión al implicar un campo de acción. Especialidad que se encuentra en construcción continua que toma como centro de sus reflexiones y quehaceres a las personas y grupos humanos transitando, en los distintos momentos del ciclo vital en que se encuentren, instancias de construcción de aprendizajes y conocimientos con sentido colectivo, con la finalidad de hallar respuestas, resolver o posibilitar el sostenimiento de la vida misma. En este sentido, se trata de una psicopedagogía que estudia “circunstancias de aprendizajes múltiples y diversas que trascienden el ámbito educativo formal y que remiten a aprendizajes de la vida, en la vida y para la vida de las personas” (Juárez, 2012, p. 202) atendiendo a su propia situacionalidad y su tiempo histórico para poder, a partir de ello, tomar injerencia y acción para posibilitar su transformación.

En este sentido, estoy convencida que la prolífica obra de Saforcada ha abonado, abona y seguirá abonando por muchos años a esta rama de la psicopedagogía en surgimiento, que requiere ser pensada desde otras

⁶ Digo salubrista y no sanitarista, porque Saforcada insistía en esta diferenciación. Mientras “el adjetivo sanitarista, por cuanto deriva de sanar [lo enfermo], (...) el de salubrista deriva del genérico salud” (Saforcada, 2001, p. 46).

aristas, diferentes a las que contribuyeron a estudiar desde determinados enfoques su habitual objeto.

Relacionado con ello, la taxonomía de los paradigmas en concepciones y prácticas profesionales que denuncian una lógica individual-restrictiva de un quehacer en salud, frente a otra de tipo social-expansiva, resulta un constructo potente para visibilizar prácticas de las cuales una psicopedagogía con sentido social requiere apartarse, y anunciar a aquellas a las que debe orientar su accionar.

Para ello, en uno de sus libros ya clásico *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*, Saforcada (2001) realiza una contextualización histórica de las concepciones y prácticas científicas en salud, para pasar luego a desentrañar los paradigmas mencionados considerando dimensiones y subdimensiones que, además de configurar el fenómeno en análisis, ofrecen una serie de indicadores que permiten visualizar con claridad la naturaleza intrínseca a una posición clínica y a una posición salubrista.

A los fines de caracterizar brevemente estos paradigmas, sin agotar el análisis del autor en términos de las dimensiones (soporte teórico, soporte axiológico, soporte actitudinal y soporte operativo) y las subdimensiones que de ellos se desprenden, considero básicas algunas cuestiones.

Saforcada (2001) caracterizaba al *modelo individual-restrictivo* como sustentado por un sistema conceptual mono o bi-disciplinario, siendo su objeto de saber la enfermedad. Entendía que en él se concibe al ser humano en tanto nicho de la enfermedad, actual o potencial. Su eje de significación-valoración está centrado en el profesional, en sus marcos teórico-científicos y sus técnicas, siendo autocrática la postura que asume este profesional. La verdad está en la teoría médica o psicológica y en la vinculación que el profesional establece entre los signos que percibe y dicha teoría, la que se convierte en un marco inapelable que determina su acción técnica. El efector prescinde del consultante y de su contexto psicosocio-cultural, y se orienta sólo hacia la rehabilitación de lo dañado, esperando del consultante el cumplimiento de sus prescripciones.

Por su parte, consideraba que el modelo social-expansivo (salubrista) se sustenta en un sistema conceptual multidisciplinario que aporta a la comprensión dinámica de la vida humana, entendiendo que ésta es de naturaleza esencialmente social. Su objeto de saber es el proceso de salud-enfermedad situado en un contexto psicosociocultural y económico-político determinado. El ser humano es considerado en tanto instancia relacional, como participante del proceso de salud-enfermedad y portante de los emergentes de este proceso. El eje de significación-valoración en este paradigma está centrado en la sociedad, sus problemas y la solución a ellos. La actitud del efector es relativista cultural. En este sentido, los marcos referenciales de salud del efector, así como los de quien/quienes erigen la demanda, poseen el mismo valor teórico-práctico para el efector, y se relacionan con el contexto psicosociocultural en el que actúa. La orientación del efector se dirige esencialmente hacia el resguardo y/o la habilitación de lo positivo potencialmente existente, generando actitudes de protección y promoción que sólo pueden ponerse en acto frente a lo sano. Este paradigma otorga un lugar central a la función participativa en las acciones de salud, siendo esto fundamental para el logro de los objetivos de salud que se propongan (Saforcada, 2001).

Estos dos paradigmas ofrecen elementos para pensar muchas de las profesiones de la salud, entre las cuales se sitúa también la psicopedagogía. En consonancia con ello, otro concepto trabajado por Saforcada, enlazado a lo anterior es el de barrera psicosociocultural, reconocido como un fenómeno resultante de lógicas y dinámicas clínicas-restrictivas amalgamados a elementos comportamentales que se activan en el marco de las relaciones interpersonales.

Saforcada se interesa por este constructo a partir de su vínculo con el médico psiquiatra sanitarista chileno Juan Marconi⁷, con quien trabajó en el marco de las estancias en el Centro de Investigación en Psicología Social de la Universidad Nacional de Córdoba en 1973 y 1974, siendo los aportes de este sanitarista claves en el surgimiento de la Psicología Sanitaria. Para Marconi las barreras culturales entre profesionales y poblaciones esteri-

⁷ Saforcada relataba que Juan Marconi a partir de 1960 había puesto en marcha un Programa Integral de Salud Mental en el Área Sur de Santiago de Chile desde la regional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Hospital Barros Luco Trudeau, considerado como uno de los más eficaces, participativo y eficiente en lo que ha salud comunitaria latinoamericana se refiere (Isla, Juárez y Muñoz Rodríguez, 2024, p. 83).

lizan los esfuerzos dirigidos a lograr soluciones así como acrecientan y multiplican los problemas de salud de la comunidad (Marconi 1969, 1973 citado en Saforcada, 2001, p. 126).

Profundizando en esta noción Saforcada (2001) entendía que con el término barrera psicosociocultural se hace referencia a un fenómeno que involucra la subjetividad y la intersubjetividad de las personas que pueden ser profesionales y administrativos de salud (componente formal y cuasi-formal) y consultantes (componente informal), en un espacio de interacciones en las que emergen reacciones afectivo-emocionales vinculadas a creencias, opiniones, actitudes, representaciones, prejuicios y construcciones axiológicas. Para el autor, la acumulación de efectos negativos provenientes de la dinámica de este espacio intersubjetivo virtual, dan origen y permanencia a esta barrera.

Habiendo trabajado conjuntamente este constructo cuando analizamos la dinámica de esta barrera en un estudio colectivo de casos con médicos pediatras en espacios de consulta con madres de sectores populares⁸, advertimos cómo esta barrera psicosociocultural se erigía en el campo de la práctica médica y la definimos como:

un fenómeno que resulta de la estructuración, en un espacio intersubjetivo virtual, de los efectos de las reacciones afectivo-emocionales negativas producto de los comportamientos interaccionales de las personas que integran el componente formal de los sistemas de servicios de salud (personal de hospitales, centros periféricos, etc.) y las personas que constituyen el componente informal de estos servicios (las poblaciones que acuden a estas instituciones en busca de respuestas a sus problemas de salud, percibidos como tales por ellas mismas). Este espacio intersubjetivo virtual se ubica, esquemáticamente, entre ambos componentes (formal e informal) y en él se establece la mencionada barrera, la cual no es tangible fácilmente —no está activa, ni es visible ni se interpone en forma continuada que solo se la puede percibir cuando las subjetividades de uno y otro componente entran en interacción y se observa atentamente el proceso implicado. Otra alternativa para detectarla es la investigación psicosocial específicamente dirigida a este fin (Juárez y Saforcada, 2013, p. 212).

⁸ Lo que se realizó en el período de 2007 a 2014 de nuestra línea de investigación. Etapa que abarcó la formación en el marco del Doctorado en Psicología (Universidad Nacional de San Luis) y posteriormente una Beca Interna Posdoctoral del CONICET (Res. D N° 3789/11; Res. D N° 3789/11), ambas instancias dirigidas por Saforcada.

La barrera es negativa porque implica diversas formas de descalificación del otro, de desvalorización, de irrespeto de los derechos humanos de la otra persona, con lo cual se vulneran e insatisfacen muchas necesidades de autorrealización, reconocimiento, afiliación y seguridad. Generalmente, en poblaciones que se encuentran en situación de pobreza la barrera psicosociocultural dinamiza un conjunto de reacciones afectivo-emocionales y componentes axiológicos, representacionales, actitudinales y comportamentales que contribuyen a reforzar una baja autoestima, manifestaciones de indefensión aprendida, autodiscriminación y abandono, miedo social, defraudación, desaliento y desesperanza, entre otros.

Advertíamos que esta barrera entorpece y es obstaculizadora de una interacción que, desde lo racional y el respeto por los derechos humanos, debería llevar a los objetivos de toda interacción en salud, como es el lograr el mayor bienestar de las personas (mantener sanas a las personas sanas, prevenir el daño, curarlo y/o restablecer las capacidades perdidas).

Sin embargo, como es muy estable termina influyendo decisivamente en la merma de la eficacia y eficiencia de las acciones profesionales de salud al modificar y consolidar comportamientos negativos de las personas consultantes como la no adhesión a las indicaciones facultativas, la incomprensión de las mismas que llevan a errores en el cumplimiento de las prescripciones, la desmotivación para las consultas en los sistemas de servicios de salud, el incremento de la agresividad del componente informal hacia el formal, entre otras consecuencias (Saforcada y Juárez, 2015).

Para comprender estas lógicas relacionales en el estudio mencionado, asumimos la perspectiva pedagógico-crítica de Paulo Freire, como planteo fértil que abonó a un diálogo con los desarrollos de la psicología sanitaria y movimiento de salud comunitaria latinoamericana. Tomamos la denominación freireana de “extensión” (Freire, 1973) para señalar un tipo de comportamientos profesionales que generan en el otro u otra (en general consultantes en situación de pobreza) reacciones afectivo-emocionales negativas que, estructuran y refuerzan la barrera y se integran en la subjetividad de las y los consultantes desde estructuras de significación de desvaloración que regulan sus comportamientos y autopercepción.

Reconocimos cómo en esos encuentros se propiciaban situaciones de extensión donde los comportamientos de los/las profesionales hacia los/las consultantes manifestaban: imposición de significados (dando cuenta de incomprensión y falta de empatía); cosificación (acompañado de valoraciones descalificantes, atribuciones desfavorables e imágenes negativas hacia su persona); interrogatorio extensionista (denotando el poder de prescindir de la palabra del otro a través de actitudes de rechazo y desconfianza). Se trataba de interacciones en las que quien oficiaba de profesional imponía a través de su figura, sus saberes y concepciones a la persona consultante desde un ejercicio de poder. Identificamos cómo se acompañaban de actitudes de desdén y negación a los saberes populares que expresaban las madres. Reconocimos que los profesionales desde esta lógica relacional llevaban adelante una práctica de atención restringida a lo asistencial y acotada a un contenido biomédico y patológico por el motivo de consulta, prescindiendo de los saberes de los consultantes, así como de realizar todo tipo de salidas/visitas/recorridos a la comunidad o de generar contactos con referentes populares de la salud del territorio (Juárez y Saforcada, 2013; Juárez, 2014; Saforcada y Juárez, 2015; Juárez 2015).

En los últimos años, resignificando los aportes de este constructo, encuentro su potencialidad para invitar a un miramiento de ejercicios y quehaceres profesionales psicopedagógicos que han activado comportamientos, reacciones, creencias, opiniones, actitudes, representaciones y prejuicios que tienden a propiciar dicha barrera, contribuyendo a partir de este dispositivo conceptual y analítico con una herramienta para que la psicopedagogía pueda autoperibirse críticamente en aquellos escenarios en lo que ha propiciado desencuentros con las poblaciones (Juárez, 2020). En estos contextos, donde el enfoque individual restrictivo ha sido subyacente a prácticas psicopedagógicas, ha sido posible reconocer posicionamientos profesionales preocupados por explicar desde criterios de verdad, desde el empleo de lógicas clasificatorias o desde un pensamiento lineal y causal, ligado a un papel profesional de ejecutores o técnicos asistentes de comunidades y consultantes desde perspectivas más bien tecnocráticas e instrumentales.

Estos posicionamientos, situados desde la externalidad, han prescindido, negado o minimizado los saberes populares de los y las pobladoras,

considerándolos muchas veces como creencias subjetivas que deben ser sustituidas por saberes psicopedagógicos profesionales entendidos como verdades objetivas. Prácticas que terminaron configurando “barreras psicosocioculturales” entre la psicopedagogía y las poblaciones (Juárez, 2020, p.43).

Hoy es tiempo de visibilizar esos escenarios a manera de situaciones límite freireanas que nos interpelan y, por tanto, requieren ser transformadas, convirtiéndose en inéditos viables, que tornan esperanzado y posible pensar en orientaciones para su transformación.

En este sentido, Saforcada era auspicioso al advertir que todos los factores que coadyuvan en la estructuración de la barrera pueden ser transformados a través de procesos de cambio planificado, organizados a mediano y largo plazo, a partir del reconocimiento por parte de distintos actores (grupos, instituciones sociales involucradas, médicos, profesionales de la salud, consultantes, ministerios de salud en todas sus jurisdicciones, universidades, entre otros), en pos de generar efectos positivos propiciadores de puentes psicosocioculturales como aquellos que facilitan un encuentro reconfortante, una comunicación plena, constructora de conocimiento por ambos interlocutores, así como otros frutos interpersonales que inciden benéficamente en la salud de las personas y las comunidades, siendo esta incidencia también benéfica para los profesionales, sus ámbitos institucionales de trabajo y la efectividad de sus prácticas.

Conjuntamente definíamos como “puente facilitador de la interacción”, a aquel “producto de vivencias positivas implicadas en las reacciones afectivo-emocionales surgidas de la interacción entre profesionales efectores y pobladores consultantes. Se llega a esta alternativa cuando el espacio interactivo tiene como soporte la consideración permanente de que quienes interactúan – integrantes del componente formal e integrantes de la población– son sujetos de derechos integrales inalienables y esos derechos son respetados cotidianamente por ambas partes” (Juárez y Saforcada, 2013, p. 213).

Para comprender estos puentes, identificados como emergentes en los encuentros entre pediatras y madres consultantes del estudio mencionado, también generamos diálogos entre el pensamiento salubrista y

la pedagogía freireana. Partiendo de entender que la intersubjetividad es la característica primordial del mundo cultural e histórico, donde la comunicación es una acción que surge del encuentro y del reencuentro de las personas en el mismo universo común, entendimos la comunicación como aquella que implica sujetos co-intencionados al objeto de su pensar, que comunican su contenido en torno al significado significativo (Freire, 1973).

En consonancia con ello pudimos reconocer encuentros que expresaban estos puentes facilitadores de la interacción, sustentados en la comunicación entendida como:

todo intercambio o explicación del médico/médica a la madre realizado desde una intencionalidad dialógica que toma como contenido central al cuadro/situación por la que se consulta (sea indagación, diagnóstico o tratamiento, indicaciones, prescripciones) y se caracteriza por ser comprensible, claro, organizado, en lenguaje sencillo y que se acompaña por características del médico/médica que hacen a la dialoguicidad, así como de sus comportamientos orientados a cerciorarse que la madre ha comprendido (Juárez, 2014, p.24).

Promoviendo diálogos entre la pedagogía freireana, la psicología sanitaria y los estudios sobre la Comunicación Prosocial de Robert Roche, en el marco de una beca en la comunidad europea bajo la dirección del mismo Roche junto con Enrique Saforcada, avanzamos en articular esos planteos para pensar las relaciones entre profesionales de la salud y consultantes⁹ (Juárez, 2009a, 2009b; 2010; Roche, 2010; Escotorin, Juárez, Cirera y Roche, 2011). Trabajamos por más de un año en una estancia en el Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada, de la Universidad Autónoma de Barcelona, identificando cómo distintos factores del modelo de Comunicación de Calidad Prosocial propuestos por Roche convergían como elementos axiológicos propios de una comunicación freireana, en pos de promover comunicaciones y encuentros de calidad en ámbitos de salud. En este sentido, analizamos cómo factores como la empatía, la es-

⁹ En el período octubre de 2007 a octubre de 2009 se desarrolló una estancia en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB-España), en el marco del Doctorado en Psicología de la Comunicación Interacción Social y Desarrollo Humano, subsidiada por la Beca ALBAN (América Latina Becas de Alto Nivel, Grupo Santander), para llevar a cabo un Programa Sandwich que articuló una trayectoria de formación en dicho doctorado, con el desarrollo del plan de formación que se venía realizando en el marco del Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional de San Luis. Plan de actividades que fue orientado conjuntamente por los Dres. Robert Roche (UAB) y Enrique Saforcada (UBA).

cucha profunda, la emisión de calidad y la confirmación del consultante, entre otros, se constituyen en indicadores favorecedores de puentes genuinos y horizontalidad en estos vínculos.

Saforcada exhortaba a atender, respetar y considerar las miradas de los miembros de las comunidades, las comprensiones y conceptualizaciones que las comunidades construyen de sus problemas y procesos de salud-enfermedad, buscando formas de llegar a comprenderlos cabalmente por parte de los cuerpos técnico-profesionales. Esto a los fines de hallar modos posibles de encarar eficazmente las problemáticas, necesidades y daños que ellos expresan en dichos procesos, respetando desde el punto de vista ético las perspectivas comunitarias como punto de partida clave en cualquier proceso de planificación/ejecución de acciones de salud.

En este escenario, pensar en un posicionamiento psicopedagógico desde un paradigma social expansivo y salubrista supone una mirada arraigada en la internalidad, que busca comprender lo que acontece y por lo que se demanda, partiendo de una lectura constante de la propia situacionalidad de los sujetos moviéndose en la realidad, en pos de construir puentes de encuentro y reciprocidad con las poblaciones con las que se trabaja. Puentes que se levantan desde un paradigma social expansivo como sustento de una psicopedagogía comunitaria con sentido salubrista.

Habiendo realizado una lectura profunda de las relaciones entre profesionales de la salud y las poblaciones consultantes¹⁰, el estudio concluyó con el desarrollo de una propuesta metodológica eminentemente psicopedagógica salubrista, en tanto toma como objetivo central la construcción de conocimientos en pedagogía dialógica freireana para profesionales de la salud, como herramienta para la interpelación y la formación en una concepción humanizadora del vínculo (Juárez, 2015, p. 269).

Esta metodología basada en los círculos de cultura freireanos aborda distintos ejes que la constituyen, tales como: a) la dimensión pedagógica del encuentro profesionales de la salud-consultantes; b) la relación profesional de la salud-consultante como un proceso con implicancias cognoscentes (proceso de co-construcción de conocimientos); c) la co-

¹⁰ Entre otras categorías de análisis de interés a una psicopedagogía salubrista identificamos en este estudio: la dimensión intersubjetiva de la relación médico-consultante; la dimensión salud comunitaria y relación médico-consultante; la dimensión extensión Vs. comunicación desde la pedagogía freireana; dimensión formación universitaria recibida en la carrera de medicina.

municación dialógica en la relación profesional de la salud-consultante (Horizontalidad dialógica, ejercicio de poder y lenguaje en el encuentro); d) profesional de la salud como educador popular en salud comunitaria/el/la profesional de la salud como pedagogo/educador-educadora en la consulta clínica¹¹.

Se advierte así cómo este estudio contribuyó a aportar a una psicopedagogía comunitaria con sentido salubrista, en tanto su intencionalidad es ser andamiaje, sostener y propiciar acompañamiento psicopedagógico a las comunidades en pos de un quehacer que, a partir de los estudios anteriores, debería marchar en un doble sentido:

a) Por un lado, enfocado a un trabajo de formación y generación de aprendizajes con profesionales y técnicos de la salud como los responsables de propiciar un vínculo humanizador. Vínculo que, ante todo debe orientarse a salvaguardar los derechos humanos, que en relación a la atención de la salud supone lograr el mayor bienestar de las personas. Para lo cual se requiere garantizar una accesibilidad simbólica y cultural que exprese calidad humana en los servicios de salud que ofrece la atención pública.

b) Por el otro, con mujeres madres, protagonistas de sus comunidades, al reconocer su lugar salutogénico en pos del bienestar de las familias y comunidades. Ellas se constituyen, sin dejar de considerar su lugar como resultado de las lógicas patriarcales históricas, en las figuras responsables de los cuidados familiares. Desde allí van desarrollando un quehacer que las encuentra como aprendientes y enseñantes, como conocedoras, sabedoras en torno a procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención.

¹¹ Sustentados en esta propuesta hemos participado y generado espacios de formación para profesionales de la salud, entre los cuales destaco la participación por 6 años consecutivos (2020, 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025) del Curso de Comunicación en Ciencias de la Salud, a cargo de la IV Cátedra de Medicina del Hospital de Clínicas "José de San Martín" (Facultad de Medicina. UBA); una charla en marco de un curso de actualización del "Laboratorio de Urgencias" del Hospital Piñeiro, CABA (junio de 2024), una charla en el marco de la Especialización en Medicina General, Residencia Hospital Juan Gregorio Vivas (San Luis); un taller sobre investigación- salud y problemáticas de comunidades desde la Universidad Autónoma de Coahuila-México, 2021; un taller en la 6ta Edición de la Escuela de Verano de Salud Comunitaria de los países del Mercosur (Paysandú Uruguay CENUR-UDELAR) en 2022; entre otros.

En consonancia con ello, el último período de nuestra línea de investigación (2016-2026)¹², trabajada con Enrique Saforcada hasta su partida en agosto de 2023, se configuró en torno a la temática de los conocimientos, las concepciones, las creencias y las prácticas de salud de mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto. Período que se inició colocando el foco en mujeres de familias en situación de pobreza de cuatro comunidades del Gran Río Cuarto y que, a partir de la pandemia por la enfermedad de Covid-19 se amplió a la consideración de los aportes de mujeres en situación de clase media del Gran Río Cuarto. Abordaje que se realizó desde la perspectiva de estudio de casos colectivo y comparativo con enfoque biográfico-narrativo.

Esta investigación resulta crucial en cuanto a la posibilidad de seguir dilucidando un perfil psicopedagógico comunitario en clave salubrista, en tanto emergen de ella elementos de análisis potentes como: a) dimensión conocimientos de salud, enfermedad, cuidados y atención (SECA) de las mujeres de ambos grupos sociales, conformada por las categorías: a.1) andamiaje en la construcción y circulación de conocimientos populares sobre SECA. a.2) modalidades de aprendizaje. a.3) Tipología de conocimientos según su procedencia y características.

En instancias de sus conclusiones se trabaja en mayores niveles de abstracción conceptual en cuestiones que articulan la psicología sanitaria y la pedagogía freireana, en torno a verdaderos objetos de reflexión y acción psicopedagógicos comunitarios con sentido salubrista. Se realiza un análisis epistemológico sobre lo que se genera en los procesos de construcción de conocimientos sobre SECA por parte de las mujeres. Se reflexiona sobre el carácter colectivo del conocimiento, sobre la realidad de la vida de las mujeres como objeto cognoscible, concebiéndolas como verdaderas enseñantes y aprendientes capaces de promover interacciones pedagógicas, que favorecen praxis de reflexión-acción sobre sus circunstancias de salud, enfermedad, cuidados y atención.

Fuimos reconociendo a partir de ello, dos desafíos que se configuran en el escenario de la salud contemporánea, que resultan de interés clave

12 Etapa que se configura a partir del ingreso y desarrollo, de quien escribe este trabajo, a la Carrera de Investigador del CONICET. Etapa que se va sucediendo año tras año con la presentación de los correspondientes informes y planes de trabajo anuales en torno a la temática de estudio (Res. N° 4163/16; DI-2019-2325; DI-2020-1292; IF-2021-87938392; DI-2022-2069).

para una psicopedagogía comunitaria salubrista: la *promoción de escenarios de co-construcción de conocimientos sobre SECA en ámbitos del Sistema Formal de Salud* (diálogos conocimientos legos de las mujeres y conocimientos de los profesionales), así como la *promoción de espacios de dinamización y co-construcción de saberes sobre SECA con las comunidades*.

Esta última etapa se amalgama con la primera e inicial, punto de partida de nuestra línea de investigación (período 2003 a 2010)¹³ la que metodológicamente se abordó desde un estudio basado en la Investigación-Acción Participativa (IAP) con mujeres de una comunidad urbano-marginal de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba). El conocimiento de sus necesidades, demandas, problemáticas, concepciones y prácticas en salud -familiar, institucional y comunitaria- (momento del quehacer que denominamos “modalidad investigativa de intervención psicopedagógica”) permitió desarrollar un ciclo de talleres (momento del quehacer que denominamos “modalidad educativa de intervención psicopedagógica”) sustentados en la educación popular en salud desde la perspectiva freireana. Proceso que, en instancias de su culminación permitieron identificar desde los relatos de las vecinas la problemática en las relaciones con profesionales del Sub-sistema Público de Salud (Juárez, 2012; 2020).

Algunas temáticas, categorías conceptuales y metodológicas que surgieron de ese primer estudio vinculados a una psicopedagogía comunitaria en clave salubrista se vincularon a: la concepción crítica del conocimiento y los niveles de conciencia en Freire como constructos centrales que se constituyeron en el foco del propósito de la intervención; la construcción de primeros estados del arte en investigación sobre una psicopedagogía comunitaria; la identificación de algunos componentes o elementos que permitieron definir una psicopedagogía comunitaria; el planteo inicial de disquisiciones y tensiones en torno a las ideas de enfoque, modelo, ám-

¹³ Etapa que se inicia como estudiante de la carrera de grado de la Lic. en Psicopedagogía, en el marco de una Beca de la Secretaría de Ciencia y Técnica (SeCyT) de la UNRC de 2002 a 2004, que en su 2da etapa se centró en la construcción de un: “Marco teórico para la intervención psicopedagógica en salud en proyectos comunitarios educativos. Aportes desde la perspectiva freireana” (Resol. CS. N° 161/2003). Seguidamente ya graduada en 2005, continué con una Beca Interna de Posgrado Tipo I del CONICET desde el Plan de Trabajo: “Modelo comunitario de intervención psicopedagógica desde la perspectiva freireana para la intervención en salud”. Se articuló así la 1ra parte de esta etapa (Beca SeCyT- Trabajo Final de Lic. en Psicopedagogía), con una 2da parte que implicó la puesta en acción de la propuesta de intervención psicopedagógica comunitaria en el campo empírico (Beca CONICET- Tesis de Maestría en Cs. Sociales. UNRC).

bito, rama o especialidad para pensar el perfil de esta psicopedagogía comunitaria emergente; la investigación-acción como metodología para la intervención psicopedagógica comunitaria (la modalidad investigativa y la modalidad educativa freireanas como formas de intervención psicopedagógica y el desarrollo analítico de cada una de sus fases).

Se advierte cómo desde los inicios de esta línea de investigación se va constituyendo una estructura conceptual y empírica que configura esta psicopedagogía comunitaria con sentido salubrista, y que posicionándose en un paradigma social-expansivo se va sustentando en un hacer a partir de sus componentes centrales.

En este sentido, el concepto de salud propuesto por Saforcada resulta otro pilar central de una psicopedagogía en clave salubrista:

la salud es un proceso ecosistémico extremadamente complejo del cual depende el desempeño de las personas (entidades bio-psico-espíritu-socio-ambientales) en el vivir cotidiano con un relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada), debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes (entidades psicosocioculturales, bio-físico-químicas y económico-políticas) comprendiendo que todos esos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida” (Saforcada et al., 2019, p. 233- 234)¹⁴.

Adviértase el potencial que entrama esta noción para pensar en un trabajo psicopedagógico con personas, cualquier sea el momento del ciclo vital en que se encuentren, concibiéndolas de manera integral en los planos de sus vidas físico-corpóreos, psico-espirituales y socio-ambientales. Todo lo que se posibilita, pero también se constriñe, al considerarlo situado en determinadas circunstancias socio-políticas, económicas y culturales, enlazadas al lugar que a las personas les toca ocupar en la estructura social. Escenarios que, pensados en aquellos contextos y personas más vulnerabilizadas invitan a confirmar que las apuestas psicopedagógicas deben marchar en un sentido comunitario y salubrista que emerja de la

¹⁴ Saforcada aclaraba que esta definición, que él recuperaba en distintas publicaciones y eventos a los que asistía, fue elaborada en el marco de su trabajo junto al equipo docente de la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, de la cual fue Profesor Responsable, y luego Profesor Consulto, desempeñándose en ese espacio académico por más de 30 años (de 1986 a 2016).

articulación de espacios estatales de salud, en cualquiera de sus diferentes jurisdicciones, en un pleno compromiso con las realidades complejas y sus posibilidades de construir respuestas para resolverlas. Aquello en que las personas se impliquen en pos de mejorar su calidad de vida familiar y comunitaria, resultan iniciativas eminentemente salubristas, por lo cual la psicopedagogía debe marchar junto con ellas a esas metas centradas en el aprendizaje y los conocimientos para lograrlas, como herramientas esenciales activar, desarrollar, promover, andamiar.

Enlazado al concepto de salud, comprendido como el proceso de la vida misma, Saforcada propone la concepción de Desarrollo Humano Integral (DHI) como meollo de su definición. Nos trae la importancia de un trabajo con infancias, con mujeres y con poblaciones legas para la protección y promoción de ese desarrollo situado en las comunidades.

Para pensar el DHI Saforcada (2019) concibe que el proceso de la vida humana es en sí misma social. Considera que DHI implica el proceso de desenvolvimiento de la vida de las personas, sus familias y los tejidos sociales de los que forman parte, caracterizado por el hecho de que en estos procesos cada uno de ellos mantienen constante la puesta en acto de las potencialidades positivas del proceso de salud desde su concepción hasta la muerte. Lo que implica un progresivo desarrollo psicosociocultural y económico-político, armónico y sustentable, de los diferentes entornos humanos o ecosistemas en que las personas están implicadas.

Atender psicopedagógicamente a los procesos de DHI desde una perspectiva salubrista nos convoca a pensarnos entramadamente con las iniciativas y apuestas en que las personas, familias y grupos sociales se encaminan para el sostenimiento de sus vidas, atendiendo a que en esos quehaceres. En ellos así como emerge el cúmulo de sus potencialidades positivas del proceso de salud y de la vida, surgen también, por las mismas condiciones de existencia, realidades de malestar, injusticia y enfermedad. Un quehacer psicopedagógico comunitario visibilizará esas realidades y acompañará esos procesos en término de promover accesibilidades y propiciar luchas organizadas en pos de la restitución de los derechos vulnerados y violentados. Pero asimismo, en su posicionamiento salubrista doblegará su miramiento en pos de un ejercicio -para el que poco nos han formado y nos han enseñado- que implicará visibilizar todo

el cúmulo de salud, de bienestar, de bien hacer, de bien saber, de bien conocer y de buen vivir que poseen y han construido y trabajado las poblaciones. En este hacer como profesionales de la psicopedagogía deberemos convertirnos en aprendientes, restituyendo a las poblaciones en su lugar de enseñantes, promoviendo desde nuestro quehacer que esos saberes se multipliquen y visibilicen en otras personas y referentes de esas mismas comunidades.

Saforcada insistía en que la promoción del DHI de personas, familias y comunidades exige que los sistemas de servicios de salud se ocupen del polo positivo del proceso de salud y desarrollen estrategias para su protección y promoción, enfocándose en la Gestión de Salud Positiva, otorgándole más peso que a la Gestión de Enfermedad, que es de lo que hoy, predomina en las instituciones de salud en occidente.

Para Saforcada el constructo de “salud positiva” (Saforcada et al., 2010) refiere a un enfoque que exige apartarse de una perspectiva centrada en la enfermedad y su tratamiento, para posicionarse estratégicamente en una perspectiva social-expansiva sustentada en los derechos humanos. Supone centrarse en la salud en tanto aquella que se orienta a aportar a los procesos que logran que las personas que están sanas sigan manteniéndose en tal condición. Su intencionalidad es mantener y mejorar las condiciones de buena salud de las poblaciones, incidiendo en el bienestar y desarrollo salubrista de ellas. Para ello Saforcada proponía partir del fortalecimiento y puesta en acción de los recursos de la comunidad en armonía con un uso eficaz de los dispositivos de salud que dispone el Estado, atendiendo puntualmente al plano de las políticas públicas.

A partir de este constructo emerge la pregunta *¿cómo puede la psicopedagogía promover la gestión de salud positiva de las poblaciones?* Para pensar en ello Saforcada et al. (2010, p. 101) planteaba que “la ciencia muestra que gran parte de la salud humana depende de la subjetividad y del comportamiento –(sistemas valorativo-actitudinales, hábitos, representaciones sociales, estilos de vida, autoestima, autodeterminación, etc)”.

En este sentido, decía que para comprender el proceso de salud y actuar con respecto a él, se hace fundamental atender a procesos tales como

los estilos de vida, los hábitos, las creencias, las representaciones sociales, el comportamiento, la subjetividad, los sistemas valorativo- actitudinales, la autoestima, el desarrollo de destrezas para la vida, lo afectivo-emocional, el estrés cotidiano, etcétera. A su vez, se trata de componentes que según Saforcada se abren en una infinidad de subcomponentes, como por ejemplo, en relación a los hábitos como el uso del tiempo (trabajo, ocio, descanso), lo alimentario, la actividad corporal, los modos de interactuar con los demás, el uso de sustancias tóxicas, entre otros.

Para Saforcada estos componentes son inherentes y soporte de la génesis y mantenimiento de la salud positiva, son de naturaleza psicológica y antropológico-cultural y hacen a los fundamentos de la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos. Es por ello que, en clave psicopedagógica considero que estos componentes habilitan el ser pensados en diálogo con el lugar que la problematización, la construcción de nuevos conocimientos, de aprendizajes y la concientización asumen como lugar central para potenciar esos recursos así como para adquirir otros nuevos de acuerdo a las necesidades que se planteen.

Me interesa traer al campo psicopedagógico algunas premisas básicas que Saforcada proponía para el desenvolvimiento de iniciativas de gestión de salud positiva orientadas a proteger, promover y mejorar las condiciones de salud de las poblaciones cuestiones nucleares son: 1) Colaborar en el fortalecimiento de los recursos que la comunidad ya utiliza; 2) Ayudar a poner en acción recursos que la comunidad aún no ha usado; 3) Colaborar con el Estado para lograr una mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos destinados a la salud; 4) Ayudar a que la población use más eficaz y eficientemente, en beneficio propio, los recursos que el Estado pone a su disposición.

Me parece central considerar estas cuestiones operativas para pensar en una psicopedagogía en acción salubrista, tomando como central el potencial de salud que se presenta en las personas y conglomerados sociales, cualquiera que sea su situación, Saforcada expresaba que, activando muchas veces ese potencial que ya se posee en las comunidades se puede contribuir a resolver los problemas actuales o colocarse en caminos eficaces en pos de evitarlos.

Una de las cuestiones que Saforcada mencionaba se relacionaba a colaborar con el Estado para lograr una mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos destinados a la salud. Los estudios ya mencionados muestran el compromiso de una psicopedagogía salubrista en ese sentido, no sólo preocupada e interviniendo en pos del mejoramiento de las relaciones entre el componente formal (el personal de las instituciones de salud) y el informal (los usuarios consultantes) del primer nivel de atención del sistema público de servicios de salud, sino también pensándose a sí misma muchas veces en esos encuentros como generando en ese espacio intersubjetivo una barrera. Aquí volvemos a insistir en ese aporte que la psicopedagogía salubrista puede realizar a la gestión de salud positiva, trabajando -en el mejor de los casos- con la anuencia de la jurisdicción gubernamental correspondiente (local, provincial o municipal) en pos de generar puentes psicosocioculturales entre ambos componentes garantizando la accesibilidad integral a los servicios de atención de la salud de las poblaciones.

¿Es posible identificar intereses psicopedagógicos en la obra de Saforcada desde su pensamiento salubrista? ¿cuál/cuáles?

Era subyacente a las apuestas y proyectos que Saforcada propiciaba, un interés eminentemente psicopedagógico que puede rastrearse desde sus inicios y que se identifica con más nitidez a partir de su taxonomía de paradigmas en concepciones y prácticas profesionales en salud. Allí su foco en el paradigma salubrista, sustentado en una comprensión global y sistémica del proceso de salud-enfermedad desde una epidemiología integral, confiere de centralidad a los saberes y perspectivas de las poblaciones. Desde esta perspectiva, Saforcada consideraba que el efector atiende, por su posición relativista cultural, a los saberes y marcos referenciales de las personas consultantes, asignándoles un valor teórico-práctico relacionado al contexto psicosociocultural en el que se sitúan, siendo a partir de ello la función de la componente informal fundamentalmente participativa.

A través de sus diferentes desarrollos y de la construcción de diferentes categorías analíticas fue realizando aportes que abonan a la comprensión del papel de los conocimientos populares, o los saberes legos en el escena-

rio de las concepciones y prácticas de salud y enfermedad de las comunidades. Hasta sus últimos días se encontró centrado en esta incumbencia que pensaba y repensaba, planteando en sus desarrollos más actuales, una propuesta analítica que denominaba “los contextos fundamentales de la salud pública”, donde reflexionaba, entre otros sobre el “contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad” (Saforcada, 2020).

Para llegar al análisis de esa construcción, me interesa antes hacer el racconto de esta temática, en su ya mencionada obra *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de la salud* (Saforcada, 2001).

En dicho trabajo, Saforcada permite pensar en los saberes y conocimientos legos que se dinamizan en contextos de salud partiendo de su definición de “Sistema Total de Salud” (STS). Ésta refiere a todo lo que la sociedad genera y pone en práctica en relación con los emergentes (positivos o negativos) del proceso de salud-enfermedad. Dentro del mismo identificaba el “Sistema Oficial de Salud” (SOS) y el “Sistema Popular de Salud” (SPS) (Saforcada, 2001, p. 24).

Para el autor el SPS activa (a través de la demanda de la población, vinculada a sus propias visualizaciones, concepciones, prácticas, creencias y saberes legos que ella tiene de sus enfermedades) al SOS (integrado por instituciones de salud, profesionales y técnicos) (Saforcada 2001, p. 54).

Identificaba en este encuentro al componente formal (profesionales y técnicos) y el componente informal de la salud (poblaciones consultantes). Me detendré aquí, rastreando el interés por los saberes legos que tenía Saforcada, en el componente informal, intentando comprender los elementos que identificaba expresados en el “subcomponente de los saberes en salud”, el “subcomponente de los efectores populares” y el “subcomponente de los referentes válidos en salud”.

Respecto al “subcomponente de los saberes en salud” Saforcada reconocía tres vertientes:

La del saber de la población, la que posee un saber lego en salud que pone en práctica cotidianamente, evidenciando que las personas manejan una semiología y clínica legas que modelan las percepciones acerca de sus estados de salud y regulan sus comportamientos y desarrollos frente a estos estados.

La del saber de aquellas personas –sanadores o curanderos- que ofrecen prestaciones en salud a los miembros de la población,

La de los saberes sistematizados en salud, tales como las medicinas tradicionales o componentes de algunas de ellas como acupuntura, herboristería, etc.

En cuanto al “subcomponente de los efectores populares” Saforcada incluía a los sanadores, curanderos y protectores populares. Aquellas personas que de modo sistemático y reconocido por la población desarrollan -a partir de sus saberes- acciones de salud, de tipo protectivas, preventivas y/o curativas. Consideraba que este subcomponente es muy amplio y sus límites difusos, pudiendo identificarse líneas de acción como: a) la espiritualista, constituida por representantes de religiones como sacerdotes carismáticos del catolicismo, pastores del protestantismo, referentes de religiones afrobrasileñas y sectas religiosas, b) la filosófica, que incluye corrientes esotéricas, en general de origen oriental. El autor entendía que ambas líneas se centran en las problemáticas de la salud, ya sea en relación con la recuperación de la salud perdida (línea espiritualista) o con no perder la condición de salud positiva en que se encuentra la persona o incrementarla (línea filosófica).

En relación al “subcomponente de los referentes válidos en salud” (Saforcada, 2001, p. 54) consideraba que estaba constituido por todas las personas a quienes los miembros de las comunidades les solicitan información o de quienes las reciben sin pedirla, que incide en sus comportamientos relacionados con la salud. Incluye a los efectores legalizados (profesionales, técnicos) como a los no legalizados pero reconocidos por la población.

Cómo mencionaba inicialmente, en los últimos años Saforcada desarrolló todo un entramado conceptual denominado “los contextos fundamentales de la salud pública” -que anhelaba publicar, pues estaba trabajando en esa producción y en la compilación de distintos trabajos que daban sustento a su propuesta analítica-.

Consideraba que son los contextos –entornos físicos o de situación– de carácter económico político, socio histórico, psicosociocultural, científico técnico y/o profesional, los que logran poner a la vista del analista

crítico la razón de ser de los fenómenos y sus consecuencias. Resaltaba la naturaleza sistémica y sinérgica del concepto de contexto, reconociendo como una de sus propiedades la interdependencia de sus componentes (Saforcada, 2020).

Proponía la perspectiva del “análisis contextual crítico” en tanto procedimiento de indagación que permite diferenciar claramente los componentes del entorno físico, económico político, histórico, psicosociocultural, de salud, educacional y territorial en que se ha generado una situación de salud, para lograr visualizar y comprender los factores, procesos, dinámicas y sinergias intervinientes en su causación. En este sentido, Saforcada mencionaba que siempre que se desarrolle un análisis crítico de una situación de salud de un grupo humano es pertinente la perspectiva histórica, dado que lo que emerge en un momento específico es siempre producto de un proceso más largo, cuyo análisis permitirá comprender cómo han ido tomando forma las cosas para llegar a presentarse tal como se las percibe en el presente.

Atendiendo a ello, Saforcada identificaba nueve contextos decisivos en el escenario de la salud pública: 1) Contexto del poder; 2) Contexto de las concepciones y prácticas de salud profesionales legalmente habilitadas; 3) Contexto de la enfermedad pública; 4) Contexto de las vertientes operativas de la salud; 5) Contexto de las profesiones de las ciencias de la salud; 6) Contexto de las perspectivas; 7) Contexto del conocimiento científico y empírico (producción y circulación); 8) Contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad; 9) Contexto de la Salud Territorial.

En este escenario, es en el “contexto de las concepciones y prácticas de salud legas de la sociedad” en la que, en los últimos años, desde un estudio cualitativo crítico, hemos trabajado conjuntamente a partir de relatos de mujeres de distintos grupos sociales que nos han permitido visibilizar cómo el mencionado contexto se dinamiza y cobra vida en distintas comunidades a partir del lugar que las mujeres madres, en este caso, asumen allí.

Atendiendo a lo planteado, considero que a Saforcada no sólo le interesaba trabajar en identificar y analizar los conocimientos y concepciones que sustentaban las semiologías legas de las poblaciones y cómo eso se

contactaba con el componente formal, sino también le interesaba cómo, a través de procesos participativos sustentados, por ejemplo en la educación popular freireana -en la que confiaba absolutamente para este tipo de abordajes- se podían promover verdaderos procesos salubristas con las poblaciones.

Considerar este contexto de los saberes legos para trabajar en una psicopedagogía comunitaria salubrista es clave en tanto las comunidades se constituyen en espacios que funcionan como promotores de la construcción y de la dinamización de saberes en salud, enfermedad, cuidados y atención. En otras palabras, verdaderos reservorios y acumulados de conocimientos capaces de promover subculturas salubristas en las poblaciones.

Por eso me gusta pensar en los grupos humanos como verdaderas “comunidades de aprendizaje”(Juárez, 2020, p.52), donde los sujetos se nutren y retroalimentan de los aportes de los otros, donde dinamizan experiencias, historias de vida, reactualizan vivencias, recuerdos, se generan situaciones de escucha, contención, cooperación, colaboración, pero principalmente donde sus integrantes construyen un conocimiento reflexivo en situaciones de horizontalidad dialógica, donde el conocimiento válido es múltiple .

Es mucho lo que la psicopedagogía tiene por indagar, revelar, relevar y propender en este campo, en donde halla una dimensión central, casi de privilegio en tanto nuestro objeto de estudio es el sujeto en situación de aprendizaje, que, en esta perspectiva comunitaria se traduce en aprendizaje social y colectivo.

Últimas reflexiones

Este trabajo ha intentado ofrecer un transitar, lo más claro posible, en torno a reconocer cómo el pensamiento de Saforcada se constituye en una contribución invaluable al campo psicopedagógico comunitario y salubrista que comienza a visibilizarse en los tiempos que corren. He comenzado con ese propósito, movilizando los hilos de la sensibilidad en el discurrir de los recuerdos con Enrique, que vuelven a traerme la hermosa trama construida y lo que ha significado en mi vida, intentando no perder

el carril de la tarea encomendada y generar enlaces entre el pensamiento salubrista y la psicopedagogía.

He listado algunas cuestiones, muchas de las cuales se sustentan desde nuestra línea de investigación desarrollada conjuntamente. Pero resulta tan prolífica su obra y pensamiento, que mucho queda pendiente de conocer y construir, de ahondar y enriquecer. Este trabajo ha sido un puntapié, que anima a continuar la tarea. Invito aquí a lectores o lectoras interesadas en su profundización, a continuar en la lectura, revisitación y recreación de la obra del querido Enrique Saforcada, quien generó una psicología sanitaria con verdadera identidad Latinoamericana.

Solo a manera de punteo registro la necesidad de seguir indagando en: la exhortación que Saforcada hacía a los vínculos entre educación y salud en sus diferentes planos (teórico, político, práctico); el compromiso en torno a la formación de los profesionales de la salud, las relaciones universidad-sociedad, sus reflexiones sobre el buen vivir de los pueblos originarios y el aporte a salud comunitaria, el constructo de enfermedad pública, de pobreza estructural, la soberanía nacional y los derechos humanos, sus desarrollos en psicología comunitaria desde nociones como autogestión, empoderamiento, autogobierno comunitario; la perspectiva ecológico-sistémica en la salud, entre muchos otros temas que él estudio, así como otros en los no profundizó pero que nos motivó y nos llegaron de su mano, como aspectos que siguen interpelando y convocando para pensar desde una psicopedagogía comunitaria con sentido salubrista.

Junto con ello, este trabajo ha drenado nuevas preguntas que nos llevan a reflexionar sobre esta psicopedagogía comunitaria con sentido salubrista como: *¿Cuál sería el quehacer de esta psicopedagogía? ¿Por qué cuesta tanto pensar en términos comunitarios y salubristas desde la psicopedagogía? ¿Qué pasó en nuestra formación que no habilitó la visibilización de lo potente/positivo que poseen las comunidades en relación a aprender y conocer sobre sus procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención? ¿Cómo construir en pos de una psicopedagogía comunitaria salubrista? ¿Cómo fundamentar nuestro quehacer en esa perspectiva? ¿Cómo promover procesos de formación en ese sentido? ¿Cómo andar procesos concretos con las poblaciones en el sentido de gestión de salud positiva? ¿Qué espacios propiciar desde esta psicopedagogía?*

¿cómo? ¿en base a qué cuestiones/temas/problemas? ¿Cómo conocer las formas en que las poblaciones preservan su salud? ¿Qué quehaceres promover desde una psicopedagogía comunitaria salubrista? ¿Con quiénes trabajar?, ¿Qué tomar de lo ya instalado en las comunidades para potenciarlo? ¿Cómo?

Muchas de estas preguntas, que han guiado los propósitos de este escrito, pueden haber sido más o menos respondidas, pero ante todo espero haber generado indicios para seguir indagando por donde seguir estudios sobre el aporte del pensamiento de Saforcada a la psicopedagogía comunitaria y salubrista.

En este sentido, desde su perspectiva pienso a la psicopedagogía comunitaria con sentido salubrista como un campo de conocimiento y de acción que parte de una necesaria indagación/reconocimiento/decodificación de la realidad sanitaria a partir de las personas de las comunidades con las que se desempeña la tarea, centrándose en torno a *qué y cómo aprenden, qué y cómo conocen, qué y cómo enseñan para sostener los procesos de la vida*, las poblaciones en general, y en particular las mujeres e identidades feminizadas, pero también pensar el lugar que los varones han asumido o asumen, el lugar que van construyendo las infancias y juventudes, así como las vejezes, en materia de salud, enfermedad, cuidados y atención en tiempos particularmente complejos como los que corren.

Considero que, los aportes que esta psicopedagogía pueda realizar como campo de estudio y acción inherente a los procesos de construcción de conocimientos y aprendizajes colectivos situados en una realidad sociosanitaria, colocan a este profesional ante diversos desafíos, pudiendo reconocer entre ellos: espacios de trabajo comunitario con mujeres sosteniendo ese quehacer cotidiano desde una perspectiva salubrista (preparación grupal de alimentos, cuidado a las infancias, acompañamiento a madres en tareas de crianza); en relación al encuentro con profesionales de la salud, con educadores, contribuir a partir de sus quehaceres psicopedagógicos comunitarios a la promoción, organización y canalización de reclamos en pos de garantizar derechos humanos y sociales básicos, aportar desde ellos al ciclo de generación de políticas públicas (en distintas jurisdicciones) en materia de salud pública comunitaria, a los fines que el

conocimiento emergente de las comunidades, así como construido emergente de la labor comunitaria de la psicopedagogía, trascienda y sea sustento de proyectos, políticas y programas de salud que tengan incidencia en transformaciones sociales deseadas, entre otros quehaceres posibles.

Hoy agradezco la apertura y reconocimiento de Enrique Saforcada para pensar el papel y el lugar del aprendizaje y la construcción de los conocimientos en los procesos de salud, la importancia que daba a la educación popular para promover procesos en salud comunitaria y colectiva. Hoy agradezco sus interpelaciones y constantes problematizaciones en torno a distintas ideas, temas y reflexiones que surgían de nuestros diálogos. Hoy celebro cómo Saforcada me animó a intensificar los diálogos con los planteos freireanos enlazados a la salud comunitaria porque me fue mostrando las huellas de un camino que hoy me toca recorrer, con su acompañamiento incondicional latente.

Desde sus aportes sigo apostando a la configuración de una identidad profesional que siempre estuvo ahí... *en la experiencia de educación popular con las mujeres “del hipódromo”, en el trabajo con pediatras del primer nivel de atención de mi ciudad, y en los testimonios de distintas mujeres que nos compartieron que piensan, conocen, sienten y hacen por su salud y la de los suyos en la región cordobesa del Gran Río Cuarto. Es en estos espacios donde se fue -y se está- haciendo esta psicopedagogía comunitaria y salubrista al estilo Saforcada.*

Referencias bibliográficas

- de Lellis, M., Álvarez, M.A., Rosseto, J y Saforcada, E. (2006), *Psicología y políticas públicas en salud*. Paidós.
- Draghi, J.M., y Vassiliades, A. (2014). Presentación a la reedición del artículo: “La Facultad de Ciencias de la Educación” de Víctor Mercante. Publicado en la Revista *Archivos de Ciencias de la Educación*, época II, Tomo I, 1914. Archivos de Ciencias de la Educación 8, UNLP. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Ciencias de la Educación. https://www.archivosdeciencias.fahce.unlp.edu.ar/article/view/Archivos08a09/html_36
- Dussel, I. (1993). Víctor Mercante (1870-1934). *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada* 23 (3-4), 808-821.
- Dussel, I. (2014). Víctor Mercante y la producción de un discurso científico sobre la educación. *Archivos de Ciencias de la Educación*, 8 (8). <http://www.archivosdeciencias.fahce.unlp.edu.ar/>

- Escotorin, P., Juárez, M.P., Cirera, M. y Roche, R. (2011). La prosocialidad: una vía segura para construir relaciones de confianza con los pacientes. En P. Escotorin y Roche, R. (Comp.), *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas* (pp. 22-36). Fundación Martí L'Humà.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Isla, C; Juárez, MP. y Muñoz Rodríguez, M. (2024). Salud comunitaria latinoamericana: una lectura a partir del pensamiento de Enrique Saforcada. En B. Aguer, *40 años de democracia ininterrumpida: genealogías y debates en el pensamiento argentino y latinoamericano* (pp. 81-98). Edit. Bárbara Aguer. IES N°1 "Alicia Moreau de Justo".
- Juárez, M.P (2009a). Comunicación de Calidad Prosocial desde la perspectiva del paciente en la comunidad barrial Hipódromo, Argentina. (Tesina de Suficiencia Investigadora inédita en el marco del Doctorado Psicología de la Comunicación: Interacción Social y Desarrollo Humano). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Juárez, M.P (2009b). Psicopedagogía y salud: una experiencia comunitaria en Río Cuarto. (Tesis de Maestría en Ciencias Sociales inédita). Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Juárez, M.P (2015). *Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención de la Salud. Análisis y propuesta desde la pedagogía de Paulo Freire*. Nuevos Tiempos.
- Juárez, M.P. (2010). La relación médico paciente y su dimensión pedagógica: Hacia un dialogo prosocial. En R. Roche (Ed.) *Prosocialidad: Nuevos desafíos. Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno* (pp. 183-186). Ciudad Nueva.
- Juárez, M.P. (2012). Aproximaciones a Una Psicopedagogía Comunitaria: Reflexiones, Perspectivas, Desafíos y Prospectivas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 7(2), 200-211.
- Juárez, M.P. (2014). Extensión Vs. Comunicación en la atención de la salud comunitaria. Reflexiones y aportes. *Revista Diálogos*, 14 (2), 13-34.
- Juárez, M.P. (2020). Psicopedagogía comunitaria. una experiencia en salud desde la pedagogía freireana. *Revista it. Salud comunitaria y sociedad*. 7 (7). 38-58.
- Juárez, M.P. y Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Revista Salud & Sociedad*. 4 (3), 1-29.
- Klappenbach, H. (2006). Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (1), 109-164.

- Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*, 22, 219-231. UCA Editores.
- Roche, R. (Ed.) (2010). *Prosocialidad: Nuevos desafíos. Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno*. Ciudad Nueva.
- Saforcada, E., de Lellis, M., y Mozobanczyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.
- Saforcada, E., de Lellis, M., Morales Calatayud, F., y Alves, M. (2019). *El Factor Humano en la Salud Pública*. Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E. (2019). Aproximaciones a la definición de Desarrollo Humano Integral (DHI). Inédito.
- Saforcada, E. (2020) Investigación en salud. Módulo del Doctorado de Psicología y maestrías de Psicología Clínica y de Psicología y Educación. Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) – Uruguay, noviembre y diciembre de 2020. (Inédito-Material de uso interno del curso).
- Saforcada, E. (2021). Estado, universidad pública y salud comunitaria. *Revista it*, 8 (8), 20-40. <https://apex.edu.uy/wp-content/uploads/2021/12/revista-IT-web.pdf>
- Saforcada, E. y Juárez, M.P. (2015). Condicionantes de la medicina occidental que propician la barrera psicosociocultural entre efectores y consultantes de las poblaciones. *Salud & Sociedad*. 6 (3), 266 – 288. <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/233>

El desarrollo de la musicoterapia orientada en salud comunitaria. Apoyo y aporte de Enrique Saforcada a la musicoterapia en Argentina.

CECILIA INÉS ISLA

La primera vez que leí a Enrique Saforcada fue en el último año de cursada en la Carrera de Musicoterapia de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, en un Seminario sobre Gestión y Organización del Equipo Interdisciplinario de Salud, allá por el 2000. - Escribiendo el nombre del Seminario me doy cuenta que actualmente mucho de mi trabajo se desarrolla en esa área-.

No recuerdo haber leído a Saforcada en otras materias, en ninguna de las asignaturas generales de Salud Pública, como sí a otrxs autorxs¹⁵ que después me permitirían entrar en diálogo con los desarrollos de la salud comunitaria, y encontrar un marco desde donde pensar la articulación entre música y salud desde una perspectiva integral, multidimensional y fundamentalmente enfocada a la promoción de la salud. En esos momentos finales de la carrera, luego de haber pasado por diversos espacios de prácticas pre profesionales con distintos enfoques y diferentes poblaciones, se reforzaba en mí cierta inclinación a pensar en ámbitos no-clínicos, en espacios otros y desde otras posibles miradas que entendía deberían existir pero no podía darles forma. Sin dudas no me imaginaba trabajando con una persona en un consultorio, pero sí me resultaba interesante pensarme en ámbitos grupales, en espacios sociales, en barrios... No sabía cómo sucedía eso en la Musicoterapia: estas experiencias no llegaban a la universidad, centrada en la formación clínica y con una fuerte inclinación a la perspectiva psicoanalítica. En ese momento se expresaba en mí un interés por “trabajar con gente sana”, así podía describirlo. Y así fue como se lo comenté a la Coordinadora General de la carrera (y docente de ese Seminario), en relación al proyecto de investigación para la tesis de grado. Ella me contactó con Enrique Saforcada. Yo no tenía dimensión de quién era, ni de sus desarrollos, ni de lo determinante que sería ese encuentro

¹⁵ La autora de este capítulo elige el uso de la x, promoviendo una escritura sin marcas de género, invitando a quien lee a completar la lectura poniendo en tensión las desigualdades de género manifestadas en el lenguaje.

en mi vida personal, académica, profesional y también en el devenir de la musicoterapia en Argentina.

Me moviliza profundamente escribir este texto. Llevo dándole vueltas y esquivando el asunto, porque implica relatar y compartir un pedacito de vida en tanto es imposible deslindar lo afectivo del desarrollo disciplinar del que quiero dar cuenta. Me detengo, pienso, respiro y agradezco una vez más esa forma de entender la vida que Enrique nos ha contagiado a quienes tuvimos el privilegio de caminar junto a él. Agradezco a la red amorosa que ha sabido tejer y que sostiene este andar que algunas de ellas son las mismas que permiten enhebrar en palabras estas memorias que ponemos a disposición para seguir construyendo sentidos desde las experiencias. Memorias que son necesariamente construcción colectiva. En este texto se enlazan escrituras otras producto de la sistematización de experiencias de trabajo y de espacios de reflexión conjunta. La polifonía a la que se apela intenta por un lado dar cuenta de un recorrido, trayendo extractos de textos previos, por otro lado, evidenciar un modo de hacer que es siempre con otros.

Un primer llamado telefónico para conversar respecto de la tesis fue el inicio de este camino compartido durante más de 20 años. Encuentros, cafecitos, jornadas, proyectos laborales, espacios formativos, viajes, fueron consolidando una entrañable amistad que acompañó mi crecimiento como persona, como profesional de la salud y como docente.

No hablaré de sus aportes como legado, sino como algo vivo. La perspectiva en salud comunitaria es pensamiento vivo. Pensamiento- acción- en territorio, que se sigue construyendo, que se interpela, que se pone en movimiento, que se sitúa, que se fortalece con las voces de otros, particularmente con las de las personas con las que trabajamos, en tanto este movimiento cobra sentido sí y sólo si la participación comunitaria sucede.

Se podrían señalar un conjunto numeroso de otras características del paradigma de salud comunitaria, pero basta con dos esenciales:- Dentro de él, el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante, entendiendo la participación, en este caso, como la acción de tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia porque es “su” salud. - En él se gestiona salud positiva no se gestiona enfermedad, si bien, lógicamente,

se la atiende con total empeño. De esto se desprende que su eje teórico-práctico es la epidemiología positiva, o sea, epidemiología de la salud no de la enfermedad. (Saforcada et al., 2010, p.56)

Me interesa contar a Enrique Saforcada en tanto su relación con la musicoterapia en Argentina a partir de tres aristas que son parte de un todo: su dimensión humana, su dimensión académica-profesional, su dimensión política.

Su dimensión humana

*Esa musiquita del pueblo, esa musiquita.
Tan arrastradita que suena, tan arrastradita
Cómo te acompaña y te mece, cómo te acaricia
Cómo te devuelve a la vida esa musiquita.
(Teresa Parodi)*

La red afectiva que Enrique supo construir fue para mí -y para mis compañerxs de camino- determinante en el modo de desarrollar una perspectiva en musicoterapia comunitaria. Es imposible escindir el factor humano en todo su accionar como referente teórico de proyección internacional.

Reunidxs en una mesa, compartiendo un café con jóvenes estudiantes y musicoterapeutas recientes, Enrique nos propuso un camino que acompañó siempre, con la amorosidad, rigurosidad, convicciones, ética y responsabilidad que lo caracterizó. Esto fue parte de la conformación del Colectivo85 de Musicoterapeutas Comunitarixs:

El Colectivo 85 es un grupo de musicoterapeutas que desarrolla acciones desde 2003, posicionado desde paradigmas cuestionadores del modelo médico hegemónico. Trabaja con organizaciones territoriales de base, asambleas populares o a través de programas del Estado, en la resolución de problemáticas de salud de los sectores populares de Buenos Aires con el objetivo de fortalecer a las comunidades, identificar conjuntamente las necesidades y desplegar procesos participativos y organizativos para la transformación material y simbólica de la realidad (Colectivo85, 2018, p.71).

En los primeros encuentros para pensar juntxs nos invitó primero a mirarnos hacia adentro y en relación con la trama de la vida. Lecturas como las de Frijtof Capra fueron parte de este proceso. Pensar en la dimensión del poder y cómo eso se ponía en juego en el rol profesional, en la salud, en la música, fue una de las primeras tareas que implicó profundos movimientos personales en los que siempre sentimos su sostén. A esto se fueron sumando lecturas de los prolíficos desarrollos respecto de la salud, el mercado de la enfermedad, la intervención comunitaria, la educación popular, sobre todo de nuestro territorio indoafroiberoamericano. También el nexo y la red con referentxs del campo, maestrxs que son parte de este camino, que son hoy amigxs queridxs por ese carácter transitivo del afecto que Enrique supo cultivar. Un modo de hacer y de formar en salud: una disposición constante a encontrarse, de responder y dar lugar a las inquietudes de estudiantes, profesionales, pobladorxs de todas las edades.

Comparto seguramente con muchxs de quienes conocieron a Enrique un recuerdo entrañable de cada encuentro que entiendo lo retrata en su dimensión humana. Siempre se tomaba un tiempo para conversar sobre cómo estabas, preguntando con una asombrosa memoria sobre la familia, el trabajo, los proyectos personales, la vida cotidiana... poniendo en primer plano el cuidado. Vendría luego en la conversación aquello que implicaba pensarnos habitantes de esta actualidad, en toda nuestra integralidad en los diversos roles que ocupamos (familiares, profesionales, laborales, ciudadanos). Lectura de diarios nacionales e internacionales, publicaciones, declaraciones políticas, documentales, siempre era muy esclarecedor pensar con él el contexto y en contexto, conversar sobre los “cómo seguir”, los “por dónde”. Algo que se siente en falta en este tiempo de extrema violencia, en donde muy a menudo parece que hemos perdido la brújula.

A su vez, siempre el arte, libros y películas, músicas, obras de teatro, muestras, eran modos de enlazar potenciales “por dónde”. Enrique Saforcada entendía que unx profesional de la salud debía formarse necesariamente en el mundo de la cultura, no podía ser ajénx a ese saber de la humanidad. Cultura en tanto “pautas de pensamiento y ciclos de conducta que forman los cimientos de nuestras vidas.” (Grinberg, 1999, en Saforcada et al., 2010, p.29). Y desde allí también su gran apuesta por fortalecer la vinculación entre arte, salud y desarrollo humano integral.

Escribíamos al respecto, afirmando que:

el derecho humano a la cultura como principio universal nos permite comprender su vinculación con el derecho humano a la salud. Comprender el arte como derecho implica no sólo una cuestión de democratización del acceso sino -y sobre todo- un posicionamiento que postula el arte como parte necesaria en la vida de todas las personas y de las comunidades por sus implicancias evolutivas y sociales.

Una vez más nos parece importante destacar que el arte (y la salud) es parte del proceso de la vida y sus expresiones acontecen en los territorios en los que transcurre la vida cotidiana. Las personas y comunidades desarrollan saberes, destrezas, experiencias en torno al arte y también en torno a la ligazón entre arte y salud, o arte y bienestar. Existen prácticas y conocimientos ancestrales respecto de este campo que anteceden a los desarrollos científico-técnicos. Es a partir de reconocer ese lugar como punto de partida que se construyen, en diálogo con las personas y comunidades, las acciones en salud. (Isla y Saforcada, 2023, par. 7-8).

Su dimensión académica-profesional

El paradigma de salud comunitaria no está surgiendo de superestructuras sino del pueblo y, dentro de este, de los sectores más desposeídos y marginados. Estas poblaciones tienen una concepción de salud unitaria; su paradigma no separa la mente del cuerpo. Aceptan la separación que les imponen los profesionales y sus servicios de asistencia, pero sus saberes populares son integrativos, holísticos. Por esta razón, entre otras muchas, es necesario que formemos a nuestros universitarios de pregrado y de posgrado en la comunidad, acompañados por los pobladores. (Saforcada et al., 2010, p.55)

Enrique Saforcada ha sido un gran impulsor del desarrollo académico, de la producción teórica y de la difusión e inserción de la musicoterapia en Argentina, con fuerte impacto en la región indoafroiberoamericana.

Fue una pieza clave para la creación de la carrera de musicoterapia en la universidad pública allá por 1993, en su rol de vicedecano de la Facultad de Psicología de la UBA. La carrera tenía en su plan curricular una fuerte orientación hacia la promoción de la salud. Aunque fue hasta mucho después, e incluso luego del cambio de plan de estudios, que la perspectiva

comunitaria ingresó de modo efectivo a la formación de grado. Movimiento que se dió en paralelo al crecimiento de la disciplina en general y de la legitimación y legitimidad del campo comunitario en la musicoterapia. En la actualidad, Enrique Saforcada es reconocido en todas las universidades en donde se dicta la carrera, sus desarrollos son parte de la currícula de grado y de posgrado, así como los de la “musicoterapia orientada en salud comunitaria”, una orientación disciplinar gestada en este paradigma en salud.

Siempre presente en cada lugar que se lo convocara, sean 2 o 100 personas las participantes, fue referente de espacios nodales en la construcción de la perspectiva comunitaria y social en musicoterapia. Aliado, sagaz, crítico, a la vez que comprometido, cercano, accesible, siempre invitando a la conversación, a ese encuentro en tiempo presente que permite crecer y nos transforma.

Maestro con todas las letras, Enrique Saforcada inspiraba confianza y contagiaba la posibilidad de “pensar en grande”, como solía decir, y esto permitió que este grupo de jóvenes musicoterapeutas del Colectivo85, nos animáramos a la producción de un modo de hacer, pensar y sistematizar la musicoterapia. La construcción de la musicoterapia orientada en salud comunitaria, fruto del trabajo colectivo sostenido en el tiempo.

La musicoterapia orientada en salud comunitaria implicó una reconfiguración al interior de nuestra disciplina, recuperando los aportes de musicoterapeutas que ampliaban la mirada clínica y desarmaban las barreras de los modelos hegemónicos, sumando las perspectivas antropológicas y culturales. Asimismo, los desarrollos de esta perspectiva impactaron en la construcción de un modelo multidisciplinar y regional de salud en un escenario sociopolítico propicio para la construcción colectiva, interdisciplinar e intersectorial, en el que confluyeron los conocimientos y experiencias acumuladas por los pueblos originarios, las construcciones sobre la salud y las políticas establecidas regionalmente por la salud pública, la salud colectiva y la salud comunitaria (Isla, 2018, p.67)

Su dimensión política

La Carrera de Musicoterapia en la universidad pública ha tenido siempre una impronta de construcción asamblearia que permitió el sos-

tenimiento de luchas colectivas tanto al interior de la carrera como en la disciplina en general, con participación de todos los claustros. Enrique Saforcada siempre bregó por el desarrollo autónomo de la carrera, por la inclusión de musicoterapeutas en el claustro docente en espacios de gestión y toma de decisiones, se pronunció en ámbitos públicos a favor de las luchas, nos acompañó para pensar estrategias, generando alianzas, sosteniendo las banderas de la educación pública y la excelencia académica. A la vez siempre impulsó el entramado entre estudiantes y graduados de diversas disciplinas, la circulación de saberes, la verdadera construcción colectiva y sinérgica que pone en jaque los modos de construcción del saber-poder, lejos de los egoísmos académicos.

Insistía en la necesidad de ampliar los horizontes académicos y laborales de la musicoterapia. Algunos ejemplos de ello son su participación como tutor de tesis de grado y de posgrado de musicoterapeutas; la promoción de la inserción de musicoterapeutas en espacios laborales tanto en la intervención territorial, como en la gestión en salud; así como en espacios académicos y de formación para profesionales. Proyectos como la capacitación en servicio de profesionales de la salud del primer nivel de atención de la provincia de San Luis; la promoción de la participación en la Escuela de Verano de Salud Comunitaria de los países del área del MERCOSUR en el Polo de Salud Comunitaria de la Universidad de la República de Uruguay; acciones en conjunto con la Universidad Nacional de Río Cuarto; la inclusión de la musicoterapia en el Consejo Editorial y Comisión Asesora de la Colección de Salud Comunitaria de la Cooperativa Editorial Salud Comunitaria; la inclusión de musicoterapeutas en el cuerpo docente de la Diplomatura de posgrado en Salud Comunitaria de la Universidad Favaloro y el apoyo para proponer espacios formativos de posgrado específicos en la perspectiva comunitaria en musicoterapia; son algunas de las experiencias concretadas que en estos 23 años permitieron consolidarnos en nuestro hacer como musicoterapeutas, que abrieron puertas al crecimiento, que desafiaron al sistema sanitario y educativo, validando la importancia de la vinculación entre el arte y la salud; apuestas políticas transformadoras.

La producción de conocimiento en musicoterapia orientada en salud comunitaria y sus aportes al paradigma de Salud Comunitaria y Gestión de Salud Positiva.

Desde hace unos años desde el Colectivo⁸⁵, venimos haciendo un ejercicio reflexivo en los espacios de formación, que elijo como modo de contar esta doble articulación. Solemos formular una pregunta guía para la lectura de textos y la recuperación de la propia experiencia de lxs participantes: *¿Qué tiene para aportar el paradigma de Salud Comunitaria y Gestión de Salud Positiva a la musicoterapia? y viceversa: ¿qué aporta la musicoterapia al Paradigma de Salud Comunitaria y Gestión de Salud Positiva?* Me propongo entonces compartir parte de las respuestas construidas en estos años, que también han sido tejidas desde voces de otras disciplinas porque claro, la multiplicidad de miradas y voces es condición de esta perspectiva.

Musico ¿terapia?

El impacto de Enrique Saforcada en la musicoterapia fue tal que no hay evento científico-disciplinar en donde sus desarrollos no se referencien, en donde su definición de salud no se nombre. Sin embargo, esto no siempre refleja un verdadero cambio de paradigma en el accionar musicoterapéutico, más bien soslaya la evidente tensión que implica la condición contradictoria de nombrarnos musicoterapeutas a quienes trabajamos para la promoción del desarrollo humano integral, cualquiera sea el nivel de intervención (promoción de la salud, prevención primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria).

En la investigación para mi tesis de grado Enrique insistía en trabajar sobre la denominación de la disciplina. Una frase (en los momentos iniciales) me dejó paralizada: “tendrían que pensar en cambiar el nombre porque es muy restrictiva esa denominación”. Yo no podía pensar algo así, escapaba a mis posibilidades en ese momento: había elegido esa carrera, esperaba graduarme, quería que me llamen musicoterapeuta, ¿cómo podría alguien siquiera esbozar que eso estuviera mal? Recuerdo mi perplejidad, mi enojo, y luego mi tozudez para demostrarle a Enrique que eso no era posible. El trabajo de investigación para la tesis fue una segunda carrera en sí misma: me llevó tiempo de lectura, de desarmar y desandar

la formación para rearmarla. De encontrar en ese viaje muchas otras voces que se complementaban con estas ideas, desde la educación popular, desde la musicología y el arte en general, desde la musicoterapia también, sobre todo desde la musicoterapia nórdica o culturocentrada. Anclajes que fui encontrando en este rompecabezas y que además contrastaba en el trabajo de campo concluyendo que las herramientas teóricas con las que contaba en mi formación de base no daban cuenta de la complejidad de lo que sucedía en contexto. Recuerdo que nombrarme musicoterapeuta armaba un escenario al menos “difuso” con las personas que participaban de la experiencia de campo para la tesis (asistentes a un centro de jubilados en un barrio de clase obrera del conurbano bonaerense). La palabra terapia efectivamente presuponía una serie de cosas que debía poner en pregunta y problematizar. Por otro lado, el desarrollo teórico de la investigación necesitaba que construyera alguna respuesta a ese problema, y entonces la perplejidad y enojo del inicio se volvieron incomodidad y desaffo por encontrar un modo de encuadrar ese hacer en música y salud. Esto dio como resultado una tesis que desarrolló una propuesta teórica y de denominación disciplinar enmarcada en la salud comunitaria, de las que comparto aquí algunos extractos:

La musicoterapia no da respuesta teórica a los abordajes desde la perspectiva de la salud positiva, dado que el sufijo terapia indica que se está ante la enfermedad con relación a la cual se debe realizar una acción terapéutica que intente volver las cosas a la normalidad, o sea, el estado de salud (..) En el desarrollo científico de la musicoterapia se pueden distinguir dos movimientos, por un lado una creciente especialización hacia determinados abordajes de patologías y, por otro, un movimiento paralelo de musicoterapeutas que se integran a programas comunitarios de salud, que desarrollan abordajes para la población sana, que intentan desde la práctica ampliar el campo de posibilidades y difundir los beneficios de la aplicación de la música en el campo de la salud (...) Es por eso que, para este trabajo, no resulta pertinente el nombre usado hasta ahora, por lo cual –al no encontrar una denominación que contenga la postura teórica en que se apoya este trabajo– postulamos la práctica a realizar como Musicopromoción de la salud, pensando en el hacer musical como protector y promotor de la salud de la persona o grupo. Tomando como base el carácter universal del fenómeno musical que involucra a toda la especie humana, aún cuando adquiere características específicas en cada cultura y subcultura.

Desde este nuevo enfoque, fundamentado y sostenido por la concepción salubrista, podemos plantear la musicopromoción de la salud como disciplina que protege y promueve la salud. El cambio de paradigma no desacredita las acciones en prevención, por el contrario, las contiene; pero desde una concepción holista del individuo y del proceso de salud. Es absolutamente válida la aplicación clínica y sus resultados están altamente probados, pero la población sana (que es la mayoría) exige otro abordaje. (...) La comunidad musicoterapéutica debe tomar conciencia del obstáculo epistemológico que plantea la denominación de la disciplina, así como del reduccionismo inherente a la teoría que sustenta la práctica musicoterapéutica. Es necesario impulsar la cultura de la salud, creando entornos favorables para la misma, los cuales generarán o reforzarán los comportamientos salutógenos de las familias, los vecindarios y las comunidades. La música es un instrumento privilegiado para trabajar desde la salud positiva puesto que en ella se condensan tres componentes claves para la protección y promoción de la salud: la acción sobre el sistema psiconeuroendocrino, la característica de ser construcción y transmisión cultural y portadora de identidad, y la posibilidad de dinamizar lo comunitario y la participación.

La musicopromoción de la salud puede considerarse una posible respuesta a esta necesidad de reorientar los servicios y las prácticas en salud hacia un paradigma centrado en la salud positiva y no en la enfermedad. El salubrismo sostiene este desarrollo teórico técnico que configura una mirada hacia la relación música-salud. (Isla, 2003)

A lo largo de los años escuché a Enrique muchas veces decir esa misma frase frente a una audiencia de musicoterapeutas. En congresos, jornadas, clases magistrales, en espacios de formación de grado y de posgrado, y también en mesas de café. Me ví en las reacciones de las personas que lo escucharon: en sus cuerpos, en sus miradas, en sus respiraciones, también en sus esbozos de respuestas. Luego, muchas veces yo hice ese mismo planteo con la misma intención de invitar al ejercicio de desarmar certezas, de comprender la necesidad de un pensamiento filosófico, político, ético de la disciplina que genera un tipo de práctica.

Seguramente los lectorxs de este libro que conocieron a Enrique Saforcada se verán reflejados en esta anécdota y sabrán que a esta situación le siguieron muchas otras en las que la conversación, las lecturas, los escritos iban y venían en diálogos de una pasión extraordinaria por desarrollar

pensamiento desde la experiencia. Búsqueda y construcción constante que siempre invitaba a ser parte. Apoyaba las construcciones y las compartía abiertamente, haciendo valer doblemente la construcción lograda.

A este inicio como hilo del que tirar, siguieron otros desarrollos al respecto de cómo enmarcar la musicoterapia en la perspectiva comunitaria y cómo sistematizar los modos de intervención y las tecnologías puestas en juego. Desde el Colectivo85 seguimos profundizando, encontrándonos con que también musicoterapeutas de otras latitudes se preguntaban por los modos de nombrar su hacer en tanto no respondía a los modelos consensuados. Resonamos con textos publicados en momentos similares pero a los que pudimos acceder mucho después (Ansdell, 2002; Ansdell y Pavlicevic, 2004; Stige, 2003, Ruud, 1998). Se fue consolidando así un posicionamiento en musicoterapia comunitaria que se erigiría como referencia en nuestra región.

Posicionarnos desde la salud comunitaria nos obliga a problematizar la contradicción terminológica que nuestra disciplina lleva en su nombre, desnaturalizando lo dado por hecho. (...) La paradoja a la que nos sometemos al nombrarnos como músico-terapeutas orientados en salud comunitaria no ha sido saldada. El constructo musico-terapia-comunitaria es un choque de teorías que son excluyentes y aún así es una elección trabajar desde esa tensión y contradicción terminológica problematizando nuestro hacer en el ámbito comunitario (...) En la experiencia territorial nombrarnos como musicoterapeutas ha sido un escollo por las representaciones sociales que despliega en la comunidad. Lo que hacemos define lo que somos y no sólo hacemos terapia. El paradigma social expansivo prioriza los niveles de protección y promoción de la salud, pero no excluye las acciones en prevención y atención del daño instalado, al contrario, las contiene desde una perspectiva holista, integral y contextualizada. Para derribar las barreras de los modelos consensuados y ampliar la mirada sobre la musicoterapia, es importante poder diferenciar entre nivel de intervención y paradigma de salud. (...) En este tiempo los musicoterapeutas de Argentina hemos logrado una Ley de Ejercicio Profesional (Ley Nacional 27.135, 2015) que regula nuestra disciplina en el territorio nacional. Fruto de una construcción asamblearia, esta ley enmarca nuestro hacer e incluye la multiplicidad de prácticas de quienes levantamos la bandera de la musicoterapia en nuestro país. Ha sido un punto de inflexión importantísimo y un fundamento para responder a la paradoja de la Musico¿terapia? como disciplina de la salud. *Elegimos nombrar nues-*

tra práctica como Musicoterapia orientada en salud comunitaria y a nosotros mismos como musicoterapeutas comunitarios, aportando a la construcción paradigmática que esto implica, entendiendo que es este un cambio en la concepción de la musicoterapia como disciplina, profesión y práctica. (Isla, 2018, p 68)

No pretendemos hablar *de lo que es* 'la musicoterapia comunitaria' y *debería ser* la formación de las/es/os musicoterapeutas latinoamericanas/es/os, sino de lo que nos pasa cuando nos enfrentamos a la complejidad de los contextos de intervención y qué herramientas nos brinda la academia en nuestra formación, articulando esas preguntas desde nuestro recorrido hacia el desafío de generar instancias formativas para musicoterapeutas (...) Nos interesa poner un punto de alerta en estas ideas que venimos compartiendo. Entendemos importante distinguir que muchas veces en las prácticas y teorizaciones de la disciplina ligados al campo de lo social o lo comunitario se reproducen desarrollos teórico-técnicos y estratégicos que responden a un modelo consensuado, hegemónico, tradicional, colonial en musicoterapia. Los sesgos de un modelo centrado en la clínica individual/grupal de consultorio, en la mirada psicoanalítica, en la toma de decisiones, establecimiento de objetivos y evaluación de resultados por parte de quien asume el rol de musicoterapeuta; en la consideración de la participación asociada sólo al estar haciendo música-o alguna actividad-, en la construcción de la demanda como modo de intervención; en la extrapolación acrítica al campo comunitario de metodología y tecnología musicoterapéutica desarrollada desde otras perspectivas, son algunos de los elementos que a priori identificamos como obstaculizantes de un verdadero cambio de paradigma en salud. Entendemos central y necesaria la revisión crítica que supone nuestra práctica. Evidenciamos en la academia una vacancia en la mirada desde abordajes sociales, que se traduce en cierto vacío de sentido respecto de conceptualizaciones claves como comunidad, salud, integralidad, bienestar, transformación, participación, hacer musical, dando cuenta de una formación más cercana a lo tecnocrático que a lo crítico.

La musicoterapia comunitaria, sostenida en la perspectiva de Salud Comunitaria y Gestión de Salud Positiva (Saforcada, 2012), no es sólo un área de práctica, es también una propuesta epistemológica particular que propone una metodología y tecnologías específicas de intervención. (Isla y Demkura, 2023: p. 162).

La musicoterapia orientada en salud comunitaria establece nuevas relaciones entre la salud, la música, la comunidad y la intervención del musicoterapeuta, rescata las funciones originales de la música en la cultura transformándola en un valor comunitario y recurso salubrista, poniendo énfasis en la protección y promoción de la salud.

El hacer musical reflexivo como recorte particular y específico de esta perspectiva permite la sistematización de estas relaciones. Entendida la salud en su realidad procesual y la música en su potencialidad, la participación comunitaria permite resignificar la noción de experiencia expresiva o hacer musical no sólo en términos de musicar, sino focalizando en la acción y reflexión que se hacen presentes en la experiencia misma, permitiendo la concientización racional y emocional de la experiencia, la problematización crítica de la realidad y la planificación participativa con el objetivo de la transformación de la realidad comunitaria (Isla, 2019: p.2).

Aportes desde la musicoterapia.

Esta producción de conocimientos desde la musicoterapia comunitaria tensionó, amplió y profundizó la construcción paradigmática de la Salud Comunitaria y Gestión de Salud Positiva, poniendo de relevancia algunos constructos que nutren el paradigma:

- la importancia de la música (y el arte) en el desarrollo humano,
- la dimensión espiritual de la salud,
- el modo de comprender la intervención en salud y las implicancias de la afectividad;
- algunas consideraciones respecto de la construcción de saberes (Isla, 2025)

La importancia de la música (y el arte) en el desarrollo humano:

Reconocemos dos funciones del arte: una función constitutiva en el desarrollo humano, potencialmente favorecedora en intervenciones en la primera infancia –pero también en todo el ciclo vital–, y una función social como generadora de cambio que promueve la participación comunitaria. Ambas funciones conforman una unidad y nos permiten focalizar en una u otra dimensión de acuerdo con el contexto de la acción.

La función constitutiva del arte refiere a la centralidad de la experiencia expresiva en las interacciones entre niños, niñas y cuidadoras o cuidadores desde la temprana infancia (...) regulando la vida afectiva y fortaleciendo las capacidades y modalidades expresivas, comunicativas y relacionales desde el nacimiento, o sea, de las funciones principales del proceso de socialización. Estas interacciones tempranas que nos constituyen inter e intra subjetivamente, se moldean de acuerdo con el contexto cultural.

La función social del arte se asienta en estas consideraciones acerca del desarrollo humano que fundamentan que todas las personas podemos participar de un hecho artístico y responder al mismo, por nuestra mera condición humana. En términos sociales, el arte es relevante en la construcción de formas colectivas de subjetividad, favorece y potencia los procesos comunitarios, generando fortalecimiento identitario, dinamizando lo interpersonal y la participación, de allí su potencialidad transformadora de las condiciones materiales y simbólicas de las personas y las comunidades (Isla y Saforcada, 2023: par. 10-12).

Espiritualidad y salud:

Estos desarrollos nos permiten pensar la relación entre el arte y la espiritualidad en salud, que se integra a la definición del concepto de salud como una de sus dimensiones. Entendemos que el trabajo desde la emocionalidad y la expresividad que promueve el arte, trascendiendo lo individual y enfocado en lo colectivo, permite que las personas construyan un proceso de filiación colectiva (sentirse parte) a la vez que un sentido a la vida (o una construcción colectiva de significados) a partir de un particular modo de hacer con otros y otras. El trabajo desde estos aspectos nos acercaría a la dimensión espiritual de la salud entendida como expresión colectiva, espacio de fortalecimiento, de reconstrucción y renegociación de los vínculos afectivo-emocionales comunitarios (Isla y Saforcada, 2023: par. 15).

Este eje recupera las construcciones de los feminismos sursituados, desarrollos que tensionan la perspectiva y aportan a “la urgente y necesaria posibilidad de repensar allí cultura desde el género y el género desde la cultura” (Isla y Demkura, 2023: p.166). Entendemos que nuestro pensamiento, nuestras acciones, nuestros cuerpos, nuestras sexualidades, nuestros sentidos del mundo están atravesados por saberes que remiten

a una organización social que subordina a unas y unos sobre otros (Curiel Piccardo, 2014). Poner en pregunta estos condicionantes permiten develar y visibilizar procesos de inclusión/exclusión/opresión que determinan la espiritualidad en tanto construcción colectiva de sentidos del mundo.

Afectividad y salud: Se entiende la afectividad como modos de entablar las relaciones vinculares y modos de hacer con otrxs en salud. En ella se inscriben los vínculos amorosos, respetuosos y afectivos que recuperan la empatía, la solidaridad, el compartir y la ayuda mutua que transcurre en la vida cotidiana de los territorios. Isla, Muñoz Rodríguez y Quijano (2022) desde los estudios de género, ponen de relevancia la afectación mutua entre pobladorxs y técnicxs, pensando las relaciones y el poder en la potencia del “entre”, inscripto en la propia trama. Entendemos que la salud sucede en la trama relacional recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, y es en el entramado como forma de organización en donde la alternativa de construir posibles. La trama, el “entre”, remite a este espacio intersubjetivo común que se da entre las personas en contexto y que permite lógicas de encuentro genuino reconociéndonos en nuestras diferencias y privilegios, y también en nuestras potencias.

La intervención corporeizada: Urge entender la corporalidad en las intervenciones comunitarias y territoriales en términos de intervención encarnada. Tal como sostiene Najmanovich (2001) el cuerpo no es “un lugar” o algo que “se posee”; es lo que somos, es nuestro ser. Existimos en relación corporal con otrxs, nos desarrollamos y nos constituimos en el intercambio afectivo con nuestrxs congéneres y con nuestras redes de socialización posteriores, en experiencias que significan de acuerdo a nuestra historia sociocultural. La intervención en salud comunitaria es necesariamente una intervención corporeizada, en la que la emocionalidad es un componente central (Virasoro e Isla, 2021).

Construcción de saberes en salud: la experiencia como herramienta epistémica. Las categorías epistémicas de la musicoterapia orientada en salud comunitaria se construyeron desde el hacer ampliando la noción de experiencia como modo de construcción de saberes.

La música es acción por definición. El hacer musical considerado experiencia desde esta perspectiva, pone de manifiesto la necesaria cons-

trucción de conocimiento sensible, emocional y racional que esta acción implica. El Colectivo85 ha desarrollado la noción de Hacer Musical Reflexivo (HMR) como constructo específico que da cuenta de este eje (Colectivo85, 2016). La experiencia pone énfasis en la emocionalidad como fuente de conocimiento y en la afectación mutua en el hacer con otrxs, que propicia que aquello que pasa nos pase, reconociendo la acción de modo sentipensante.

Los estudios de género aportan la definición de experiencia la condición de ser como herramienta epistémica y política en tanto:

matriz de inteligibilidad que permite leer nuestras realidades de forma situada, dando cuenta de procesos singulares de las subalternidades, a la vez que delinea un organizador estructural que visibiliza el sistema de opresiones que se ponen en juego. Se construye conocimiento desde la experiencia, desde la experiencia de las personas y comunidades, visualizando así estados de cosas que la academia generalmente no considera a la vez que abraza simultáneamente compromisos éticos (Isla, 2022, p.31).

Esto implica a la vez poner en pregunta nuestra propia capacidad de enunciación en tanto técnicxs que trabajamos con la comunidad.

Enrique Saforcada siempre instó a profesionales, estudiantes, pero también a quienes delineaban políticas públicas en cargos de gestión sanitaria y gestión o planeamiento educativo en la formación de profesionales de la salud, a generar procesos en los que lxs pobladores asumieran el poder de decisión sobre su propia salud.

Devolver el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y es también aportar significativamente a la finalización de toda clase de dependencia política que sojuzgue e impida el proceso de liberación de nuestros países” (Saforcada et al., 2010: p 57).

El arte en todas sus manifestaciones y la música en particular puede ser facilitador de procesos de diálogo e intercambios de saberes locales y sentidos del mundo que permitan ligazón y pertenencia hacia un mayor bienestar de y en la comunidad. La potencia de los desarrollos de la musicoterapia entramada en la construcción de saberes en salud comunitaria invita a ampliar el campo de experiencias. En constante movimiento,

estas construcciones teóricas son a la vez puntos de anclaje y puntos de partida. Requieren profundizaciones principalmente en el desarrollo de tecnologías sanitarias específicas y situadas que promuevan procesos salubristas con las comunidades.

*Ya lo estoy queriendo
Ya me estoy volviendo canción
Barro, tal vez.
Luis Alberto Spinetta.*

Este recorrido ha tenido la intención de describir la inextricable relación entre el pensamiento de Enrique Saforcada y el desarrollo de la musicoterapia en Argentina y en la región indoafroiberoamericana, y en particular de la perspectiva comunitaria en musicoterapia.

Volver a recorrer las palabras aquí compartidas me llena de agradecimiento a la vida y a Enrique. Felicidad y orgullo por lo compartido, lo construido y lo que sigue rodando. Me permite dar cuenta - y darme cuenta- de la sólida base que su apoyo y sus aportes dejaron en mí (en nosotros) como musicoterapeuta y en la musicoterapia como disciplina.

Enrique Saforcada sentó los pilares del *Movimiento* de Salud Comunitaria y Gestión de Salud Positiva- tal como él reconocía que Francisco Morales Calatayud (otro gran maestro) certeramente había definido a aquello que se fue construyendo como tal-. Hoy seguimos generando, ampliando, profundizando, siempre en movimiento, entramados en una red afectiva que sostiene esta tarea, que se extiende por toda la región y que nos permite sentirnos parte de procesos que tienen la intención de transformar -y transformarnos.

Referencias bibliográficas

- Ansdell, G. (2002) *Community Music Therapy and the wind of changes. Voices: a world forum of Music Therapy*.
- Ansdell, G y Pavlicevic, M.(2004) *Community Music Therapy*. Londres, Jessica Kingsley Publishers, 2004.

- Colectivo85 - Abramovici, G; Alfonso, A; Demkura, M e Isla, C. (2016) El Hacer Musical Reflexivo, una perspectiva en musicoterapia comunitaria y popular. En *Anais do VI Congresso Latino-Americano de Musicoterapia*. Brasil.
- Colectivo85. Abramovici, G; Alfonso, A; Demkura, M e Isla, C. (2018) El hacer musical reflexivo. Un aporte desde la Musicoterapia orientada en salud comunitaria. En P Pellizzari y R. Rodríguez. *Salud, escucha y creatividad: musicoterapia preventiva psicosocial*. Ediciones Universidad del Salvador
- Curiel Piccardo, O. (2014). Hacia la construcción de un feminismo descolonizado. En Y. Espinosa Miñoso, D. Gómez Correal, K. Ochoa Muñoz. *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Popayán. Editorial Universidad del Cauca.
- Isla, C. (2003) El hacer musical como acción promocional de la salud en la tercera edad. Una experiencia en musicopromoción de la salud con adultos mayores. Tesis de grado inédita, Carrera de Musicoterapia, Facultad de Psicología, UBA. 2003. <http://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=12285>
- Isla, C. (2018) La musicoterapia orientada en salud comunitaria. En P. Pellizzari y R. Rodríguez. *Salud, escucha y creatividad: musicoterapia preventiva psicosocial*. Ediciones Universidad del Salvador
- Isla, C. (2019) *Musicoterapia orientada en salud comunitaria, una perspectiva*. VII Congreso Latinoamericano de Musicoterapia, Colombia.
- Isla, C (2022) Arte y salud comunitaria. En C. Isla, y L. Muñoz Rodríguez. *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias*. Ediciones Nuevos Tiempos.
- Isla, C.; Muñoz Rodríguez, M.; Quijano. M. (2022) Diálogos entre feminismos del sur y salud comunitaria. En C. Isla, y L. Muñoz Rodríguez. *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias*. Ediciones Nuevos Tiempos.
- Isla, C. y Demkura, M (2023) Desarrollos, desafíos e implicancias de la Musicoterapia orientada en salud comunitaria en la formación de profesionales en Argentina. En V. Cannarozzo; V. Diaz Abrahan. *Desarrollos disciplinares de la Musicoterapia: Construyendo redes desde y hacia el Sur*. Universidad Nacional de La Plata.
- Isla, C. y Saforcada, E. (2023) Aportes para pensar las acciones en salud desde la vinculación entre el arte y el desarrollo humano. *Revista Entramadxs. Salud, Educación, Comunidades*, 6. <https://www.hum.unrc.edu.ar/salud-educacion-y-comunidades-entramadx-n6/>
- Isla, C (2025) La construcción de saberes en Salud Comunitaria: los aportes desde la Musicoterapia. *Revista IT, Salud Comunitaria y Sociedad*, 12(12), 101-112.
- Ley Nacional de Ejercicio profesional de la Musicoterapia N°2713, República

- Argentina (2015) <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27153-248823>
- Najmanovich, D. (2001). Del “cuerpo máquina” al “cuerpo entramado”. *Campo grupal*, 4(30), 2-3.
- Ruud, E. (1998) *Music Therapy: Improvisation, Communication & Culture*. Barcelona Publishers
- Saforcada, E.; de Lellis, M. y Mozobancyck, S. (2010) *Psicología y Salud Pública nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.
- Stige, B. (2002) *Cultured Center Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Virasoro, S. e Isla, C. (2021). Cuerpos en pandemia. La intervención social desde el abordaje de la corporalidad. *TS Territorios-revista de trabajo social*, (5), 73-86. <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ts/article/view/1037>

Salud Comunitaria e interdisciplina. Aporte a la Odontología Comunitaria

MARÍA TERESA ALMARAZ

Si se da por sentado que ya está resguardado el derecho a la vida: ¿Cuál es el derecho humano primordial? En términos racionales no cabe duda de que este derecho es a estar sano.

Como sabemos, el primer paso en el camino que tiene por finalidad la salud es entenderla y priorizarla en su conceptualización más amplia, ética y científica.

Lo primero y principal para los profesionales de la salud, es la salud, es decir priorizar y proteger lo sano cuidándolo, para que no enferme, es decir Proteger y Promover, que son 2 verbos que hablan de salud.

Esto sucede de la misma forma en la salud buco-dental, donde debemos focalizar en la protección de la salud mediante un trabajo compartido, intercambiado saberes científicos y populares, integrándose, para poder así contribuir al desarrollo de la salud, a la salud en desarrollo, que es lo que queremos, entre todas y todos.

Un poco de nuestra historia: el trabajo en el Policlínico Odontológico del Cerro, Montevideo - Uruguay, y en el Programa APEX - Universidad de la República.

El Programa APEX es un programa integral que coordina las funciones de investigación, enseñanza y extensión, nucleando a estudiantes y docentes de distintas disciplinas, conjuntamente con la comunidad, desde 1993.

En este marco se creó el Policlínico Odontológico Comunitario de la Villa del Cerro con la participación de vecinos organizados, la Intendencia de Montevideo, el Programa APEX y la Facultad de Odontología ambos de la Universidad de la República. La finalidad del Policlínico es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de la zona a través de su salud buco-dental, utilizando técnicas simplificadas con fuerte componente de

promoción y educativo-preventivo, contribuyendo a fomentar la investigación en las ciencias de la salud y las ciencias sociales en una realidad propia del territorio.

La iniciativa de los vecinos respondió a su preocupación por los indicadores de la salud bucal de la zona, con claros objetivos de protección, prevención y desarrollo comunitario. Su prioridad en ese momento era la salud, por lo tanto, primero se buscó la protección y prevención en la atención, sin desatender las patologías existentes a las personas más sanas. Esto chocaba con el modelo predominante, por lo que muchas veces no era comprendido tanto por la comunidad como por los profesionales.

La Odontología en el ámbito del Policlínico, viendo la necesidad de trabajar con la comunidad y debido a la falta de herramientas, tanto desde el conocimiento como desde las tecnologías de abordaje, decide buscar en otras disciplinas el apoyo necesario para lograr un marco comunitario-comportamental que no estaba pudiendo llevar a cabo. Entendimos así que el proceso de enseñanza - aprendizaje que estábamos llevado a cabo y transitando, presentaba insuficiencias en las dimensiones didáctica y metodológica que afectaban el desarrollo del enfoque interdisciplinario comunitario.

Desde esta perspectiva, planteamos ahora algunas reflexiones sobre el acercamiento entre disciplinas y su evolución a partir de la integralidad de las funciones universitarias de extensión, investigación y docencia, pero fundamentalmente desde la integración de diferentes saberes, técnico académico y popular.

Nos acercamos así a la Psicología Comunitaria y la Psicología de la Salud que nos brindaron el marco necesario para poder comenzar a trabajar conjuntamente en el campo de las conductas humanas relacionadas con la salud. Para esto contamos con el apoyo del Profesor Enrique Saforcada y Susana Rudolf.

Esta trayectoria de la Psicología y de la Odontología presentan coincidencias ya que ambas han comenzado sus prácticas con el énfasis en los aspectos individuales del enfoque de la salud y la enfermedad, aplicando sus esfuerzos más a la enfermedad que a la salud. Por lo tanto, entender la salud desde una perspectiva comunitaria implica un campo de interven-

ción en construcción y que necesita del intercambio entre disciplinas para su desarrollo. Y es en el campo de lo sano - de la salud, donde se pueden hacer los mejores aportes desde ambas disciplinas.

Este trayecto arribó finalmente a una conceptualización sobre la Odontología Comunitaria con la humildad del camino recorrido con todas y todos, entre la práctica y la teoría, apoyándonos en esa praxis, y en los importantes aportes que nos brindaron múltiples actores que compartieron la idea: el equipo técnico - administrativo, las comisiones del Policlínico Odontológico comunitario, docentes y estudiantes de la Facultad de Odontología – Programa APEX - UdelaR, Intendencia de Montevideo, la comunidad, los vecinos y el acompañamiento del Prof. Lic. Enrique Saforcada.

La definición acerca de la Odontología Comunitaria del equipo, se expresa como sigue:

...es la disciplina que se ocupa de proteger y promover la salud bucodental, de prevenir y controlar las enfermedades orales, incluyendo la rehabilitación de las secuelas, trabajando con la comunidad, en equipo interdisciplinario, priorizando la salud (Almaraz et al., 2009, p. 3).

La salud buco-dental es un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población. Debe ser abordada desde sus dimensiones social, biológica, psicológica, política, económica y cultural, priorizando y protegiendo la salud, trabajando en forma interdisciplinar, conjuntamente con los vecinos, promotoras/es, para lograr metas en salud.

En su conferencia honoris causa el Prof. Pablo Carlevaro (2014) decía textual:

Permítaseme expresar –ante todo– mi convicción personal plena en el sentido de que las acciones transformadoras más eficaces para luchar contra la inequidad y la marginación deberían hacerse actuando en plena intimidad social.

Con la expresión intimidad social nos referimos al entorno social en el cual la proximidad permite establecer relaciones personales de interacción directa y en paridad respetuosa, con reciprocidad (Pp. 105-106).

Asimismo, funcionan en la intimidad las organizaciones barriales que resultan de la conjunción de vecinos que tienen problemas, preocupaciones y aspiraciones compartidas, tanto por la salud como por la educación y el bienestar común. Un precioso ejemplo de ello es la gestación del Policlínico Odontológico del Cerro “Para que el Cerro sonría”, cuya iniciativa tuvo lugar en el Plenario de Organizaciones Barriales del Cerro. La Intendencia de Montevideo, la Facultad de Odontología y el Programa APEX le dieron apoyos diversos. La academia tuvo su premio: surgió la Odontología Comunitaria.

Salud Comunitaria – Odontología Comunitaria

La comunidad es protagonista lo cual implica que su poder de decisión con respecto a la salud es co-gestionando. El proceso de gestionar salud involucra a todos los actores, de todos los sectores, tanto sean institucionales, comunidad y técnicos, y su finalidad es la búsqueda y la contribución del mejoramiento de la calidad de vida, de la justicia y de la equidad.

Otro tema fundamental es la interdisciplina. La interdisciplinariedad implica la existencia de un conjunto de disciplinas que desarrollan sus actividades en forma conjunta. Es una apuesta por la pluralidad,

A partir de nuestra experiencia decimos que podría hablarse de una integración interdisciplinaria, cuando metodologías, destrezas y conocimientos que se adquieren entre las disciplinas, trabajando en conjunto, son utilizados en la solución de determinadas situaciones o problemas. Creemos que se produce cuando los trabajadores se apropian del conocimiento de otra disciplina, lo hacen suyo y lo desarrollan en el equipo de trabajo por lo tanto se produce sinergia. Empoderamiento y sinergia.

En Uruguay hay pocas experiencias de trabajo interdisciplinar en Odontología. Una de ellas es el Policlínico Odontológico Comunitario del Cerro. La metodología de trabajo que se llevó a cabo allí representó una co – gestión, o sea, una administración conjunta de diferentes sectores de los servicios de salud. Según Luis Weinstein (1995) “es la participación ciudadana proyectada hacia el campo de lo institucional” (p. 35).

Esta forma de trabajo no se quedó en la mera ejecución de políticas institucionales o gubernamentales que se aplican a la comunidad, sino que siempre tuvo la proyección de la planificación participativa in situ, lo cual implica la construcción de políticas desde la propia realidad. No se reduce a una actividad productiva: tantas altas, tantos pacientes, tantos controles periódicos, sino que es una actividad democrática donde el pensar, aprender-enseñar, enseñar aprender, planificar, decidir, ejecutar y evaluar son parte de un proceso de aprendizaje continuo y saludable entre y para todos, de gran impacto social. Es interdisciplinar.

Historiando

Desde 1994 hemos realizado talleres de capacitación para promotoras/es comunitarios de salud y salud bucodental. El equipo de trabajo que se ha ocupado de esta tarea en sus primeros años estuvo compuesto por: odontólogos/as, higienistas, estudiantes, promotora/es, comisiones de vecinos, licenciados/as en trabajo social y licenciados/as en comunicación.

Luego, con los años de trabajo, se han incorporado psicólogos/as, recreadores/as, nutricionistas, vecinos/as, educadores/as populares, estudiantes de diferentes disciplinas de la salud, médicos/as, promotores/as de salud, profesores/as, docentes, enfermeras, nurses, conformando así un equipo interdisciplinario.

En el 2001, comenzamos con las primeras Jornadas de Odontología Comunitaria, realizadas en el Programa APEX – UdelaR, Montevideo-Uruguay, las que replicamos a través de los años en diferentes departamentos del país: Paysandú, Rivera, Salto y Montevideo, y en las cuales, nuestro Prof. Enrique Saforcada nos acompañó con cursos y conferencias.

En el año 2009 – 21/ 10 / 2009 - el Consejo Directivo de la AOU aprobó la creación de la seccional de Odontología Comunitaria, y así comenzamos a trabajar en nuestra institución.

En el año 2011, siguiendo el mismo camino, decidimos realizar nuestro 1er. Congreso de Odontología Comunitaria el cual se realizó en la Regional Norte - Sede Salto – UdelaR, y al que concurrieron 203 personas de Brasil, Chile, Argentina y Uruguay. En el mismo trabajamos temas tales

como: salud comunitaria, gestión positiva de salud, determinantes sociales y muchos más. Contamos también con el acompañamiento del Prof. Enrique Saforcada, docente comprometido de gran generosidad y humildad. Un gran tejedor de redes que nos relacionaba, nos unía y nos impulsaba a crecer y seguir adelante, era incansable. nuestro agradecimiento infinito.

En el año 2011, fundamos en la Asociación Odontológica Uruguaya, que es la asociación científica y gremial que nuclea a los odontólogos en Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria - SUOC -, con su logo, el cual fue creado a tal fin y se realizó el registro de Marcas y Patentes que depende del Ministerio de Industria, Energía y Minería y se renueva periódicamente.

Uno de nuestros logros más importantes como equipo de trabajo fue: conocer al Prof. Enrique Saforcada, aprender junto a él, desarrollar una amistad y continuar caminos compartidos, recordando siempre lo que decía: “los logros son siempre colectivos”.

En estos años de trabajo en Odontología Comunitaria, hemos percibido y constatado que la realización de eventos de articulación e integración de saberes era una necesidad sentida dentro y fuera de la profesión en nuestro país y nuestra región; para conocer experiencias y gente que comprenden como nosotros que nuestras profesiones deben trabajar en conjunto con la comunidad y con las demás disciplinas de la salud.

El querido Prof. Enrique Saforcada valoraba la perspectiva comunitaria de los trabajos de odontología comunitaria desarrollados en el Programa APEX de la Universidad de la República o la Sociedad Científica de Odontología Comunitaria de la Asociación Odontológica Uruguaya (AOU). Él sostenía que cualquier abordaje fructífero de los problemas comunitarios de salud debe no solo valorar, sino incorporar, diferentes saberes, racionalidades, prácticas y tecnologías para alcanzar su máxima potencia transformadora, desde lo interdisciplinar (2010).

Agradezco a la Magister Susana Rudolf, por su acompañamiento, aportes y dedicación. _

Referencias bibliográficas

- Acosta, B., y Almaraz, M. (2001). Voluntariado y salud comunitaria. *Revista Trabajo Social*, 23. Falta pagina
- Almaraz, M. (1999). Salud comunitaria y descentralización. *Revista Trabajo Social*, 16. Falta pagina
- Almaraz, M., Di Landro, G., Ferreira, B., Techera, E y Torrado, C. (2009). *5tas Jornadas de Odontología Comunitaria: Documento de trabajo*.
- Almaraz, M. T., Di Landro, G., Ferreira, B., Techera, E y Torrado, C. (2013). *Guía amigable para promotores/as comunitarios/as de salud buco-dental*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guia-amigable-para-promotorases-comunitariasos-salud-buco-dental>
- Barrán, J. P., et al. (1993). *La medicalización de la sociedad*. Nordan. Faltan autores
- Cabezas, A. (2012). *La formación de grado de los doctores en odontología de la Universidad de la República y el Sistema Nacional Integrado de Salud: Un estudio de caso* (Tesis de maestría inédita). Udelar.
- Carlevaro, P. (2014). Discurso 2014 en la Universidad de la República. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1(1), 99–109.
- De Lellis, M. (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Nuevos Tiempos.
- Ferreira, B., Torrado, C., y Almaraz, M. (2018). La educación como estrategia para fortalecer la participación comunitaria. *Revista IT*, 6, 15-32. [Revisita-IT-6-2018.pdf](#)
- Morales Calatayud, F.(2023). Al profesor Dr. Enrique Saforcada. *Revista IT*, 10, 15-18. <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/revista-it/issue/view/148/66>
- Prilleltensky, I. (2003). Prólogo. En M. Montero, *Introducción a la psicología comunitaria*. Paidós.
- Saforcada, E. (2010). *Acerca del concepto de salud comunitaria*. *Revista IT*, 1 (1): 7-19. <https://web.aou.org.uy/wp-content/uploads/2023/06/Saforcada.pdf>
- Saforcada, E. (2012). *Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad*. Universidade Luterana do Brasil.
- Saforcada, E. (comp). (2001). *El factor humano en la salud pública*. Proa XXI.
- Saforcada, E., Castilla, J., y Alfaro, J. (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad*. Nuevos tiempos
- Weinstein, L. (1989). *Salud y autogestión*. Nordan-Comunidad.
- Weinstein, L. (1995). *El desarrollo de la salud y la salud del desarrollo*. Nordan Comunidad

DESARROLLOS TEÓRICOS DESDE LOS
APORTES DE ENRIQUE SAFORCADA

“La historia lo registrará” La importancia de esclarecer y explicitar la posición política e ideológica de quienes practican la psicología comunitaria.

MARINA TOLLI

A Enrique Saforcada lo conocimos apenas iniciábamos nuestro camino profesional a principios de los 2000. Quienes nos interesábamos por la Psicología Social Comunitaria en Mendoza andábamos en búsqueda de referentes que nos ayudaran a construir un perfil profesional comprometido con la transformación social. Recién terminábamos nuestra formación de grado en un contexto de crisis, tanto local como global. Sentíamos que las teorías que habíamos estudiado no nos permitían hacer una lectura crítica del contexto socio-político y que la psicología clínica no alcanzaba a dar respuestas a las necesidades de las personas.

“El Enrique”, como le decíamos, nos sedujo con su mirada crítica hacia la formación en psicología, su generosidad para transmitir conocimiento, su valentía para comunicar sus ideas y su esfuerzo por construir una psicología comprometida con las comunidades. Él confió en nosotras/os cuando todavía no “hacíamos pie” en la profesión. Participó generosamente en todas las propuestas de formación, jornadas y eventos que organizábamos, muchas veces en circuitos autogestivos, paralelos a los académicos tradicionales. Y, además, compartía charlas, mates y asados con la alegría de quien disfruta genuinamente del encuentro con otras/os.

En esos días se lo escuchaba decir en sus ponencias “yo apoyo los gobiernos populares de Indoafroiberoamérica”. Esto siempre llamaba la atención. La psicología estaba, y está todavía, impregnada por la creencia de que se trata de un campo científico neutro y objetivo y, probablemente también, teñida con la tradición clínica de no revelar demasiada información sobre la vida personal de las/los psicólogas/os a fin de no influir indebidamente en el proceso terapéutico. En este contexto, expresar públicamente una ideología política resultaba disruptivo. En palabras de Saforcada (2015):

A nosotros, profesionales e investigadores de la psicología, mayoritariamente pertenecientes a la clase media, no nos gusta que las cosas se pongan en blanco y negro, somos adictos a los grises, y si están envueltos en neblina, mejor. Pero el momento que está viviendo el mundo nos exige abandonar estas cómodas posiciones (p. 62).

Al plantear abiertamente una ideología política, Enrique Saforcada no tenía como objetivo provocar impacto, aunque sin duda también lo disfrutaba, sino que respondía a la concepción que tenía del ejercicio de la psicología comunitaria. Consideraba que “esta rama de la psicología es pura política aplicada, más allá de lo que expliciten o callen quienes la estudian, la desarrollan y la practican” (Saforcada, 2016, p. 6).

Esta noción de la psicología comunitaria como política aplicada no iba en detrimento de la rigurosidad científica, todo lo contrario. Saforcada defendía el desarrollo de una psicología científica y la utilización de prácticas basadas en la evidencia para su ejercicio.

No obstante, reconocía que esta disciplina no es solo una herramienta técnica para la intervención psicosocial, sino que está profundamente ligada a la distribución del poder, la justicia social y la transformación de la realidad. Consideraba que el trabajo para y con las comunidades es muy diferente a emprender una aventura, implica el respeto de los derechos humanos, las necesidades sociales y el desarrollo del país. Por lo tanto, debe incluir una orientación clara y fundamentada en principios éticos y científicos (Saforcada, 2015).

Por esto, subrayaba la necesidad de que quienes trabajan en psicología comunitaria conozcan el contexto social, económico y político en el que tienen lugar las prácticas profesionales, entiendan los procesos históricos que los desencadenaron y asuman una posición ética y política al respecto (Saforcada, 2011). Con este objetivo, gran parte de la producción teórica de Enrique Saforcada incluye un análisis crítico y exhaustivo de procesos tales como el surgimiento del capitalismo y el liberalismo (Saforcada, 2011), dictadura militar, situación política y políticas públicas en Argentina y la región (Saforcada, 2016), la dominación económica mundial (Saforcada, de Lellis, y Mozobancyk, 2010), entre otros.

En sus análisis de la realidad Latinoamericana señalaba que los procesos históricos han mostrado una línea divisoria entre aquellos que buscan el bien común y los que buscan el bien individual y corporativo. Según Saforcada (2016), esta línea es única y persistente. Como ejemplo mencionaba la continuidad de las elites económicas y políticas en la región que han logrado perpetuar su poder desde la colonización concentrando las riquezas y los recursos naturales, ocupando cargos, promoviendo golpes de estado, pactando con los imperialismos, recurriendo a la represión y criminalización para mantener su poder. En su texto “La psicología comunitaria en Indoafroiberoamérica: ¿promesa, realidad o sinrazón?” Enrique Saforcada (2016) advertía:

A quienes practican la psicología social y la comunitaria les toca ubicarse de un lado u otro; si se niegan o insisten en quedarse parados y paradas en la línea divisoria, la realidad de sus acciones y la historia los posicionarán donde corresponda, en un lado o en el otro, más allá de su voluntad de no mostrarse (p. 6).

De esta manera, subrayaba una vez más que en el campo de la psicología comunitaria no se puede actuar sin posicionarse de algún modo frente a la realidad social, su acción siempre tendrá un efecto que lo ubicará de un lado u otro del conflicto social.

En este mismo escrito planteaba la necesidad de que la psicología comunitaria discuta cinco puntos fundamentales: sus fundamentos conceptuales y epistemológicos; los ejes ideológicos y éticos de sus prácticas; su definición de democracia, libertad e igualdad ante la ley; y la cuestión de la coherencia profesional.

Si bien para este trabajo los tres últimos puntos nos pueden dar indicios claros de cuál era su pensamiento acerca de la temática que intento profundizar, considero que, en este primer punto referido a los fundamentos conceptuales y epistemológicos, realiza un importante señalamiento. Rescata a la psicología comunitaria como un capítulo de la psicología social. No obstante, considera que la psicología social no está suficientemente presente ni en las prácticas ni en las teorizaciones de la psicología comunitaria y por lo tanto esta última corre el riesgo de ser demasiado influenciable y potencialmente peligrosa en términos ideológicos. Sostenía

que algunas de las teorías más relevantes de la psicología social pueden aportar mayor transparencia acerca de los supuestos ideológicos y las intenciones políticas que atraviesa la praxis comunitaria. Específicamente, hacía referencia a teorías de alcance medio de la psicología social, como la de la indefensión aprendida, de la atribución de roles o de la defraudación de expectativas.

En cuanto a las siguientes tres enumeraciones, Enrique Saforcada (2016) afirmaba que quienes practican la psicología comunitaria tienen la tarea ineludible de reflexionar y manifestarse públicamente acerca de estos puntos porque sus intervenciones, al operar en contextos comunitarios, afectan directa o indirectamente a los grupos sociales con los que trabajan y a la sociedad general donde se proyectan sus efectos. En sus intervenciones se ponen en juego aspectos tales como los derechos humanos, la construcción de ciudadanía, la igualdad ante la justicia, la autoestima. Recalcaba que “de esto emana la necesidad de poner a la luz del sol los por qué, para qué y para quién se trabaja en y con la psicología comunitaria”. (Saforcada, 2016, p. 6)

Enrique Saforcada (2016) defendía con solidez la idea de que:

Los y las practicantes de la psicología comunitaria, tanto por su responsabilidad ciudadana como por su condición de profesionales de esta disciplina, están obligados a buscar claridad dentro de sí mismos y sí mismas, a ser lúcidos y lúcidas con respecto a cuál es su posición económico política, sociocultural y con respecto a los derechos humanos; también qué piensan realmente sobre la humanidad, los derechos de los seres vivos sobre el planeta y los elementos esenciales para la vida (el aire, el agua, la tierra fértil, etc.); pensar y esclarecerse con sinceridad sobre los alcances del concepto de propiedad privada, de democracia, de igualdad ante la ley. Hecho esto, lo deben hacer público.

Esta lúcida comprensión de sí mismo o misma, mucho más que los títulos universitarios, es lo que otorga legitimidad para el trabajo con comunidades. Por supuesto que, en la vertiente del mal, también se puede decidir trabajar para las distintas formas de sometimiento, desapropiación de los demás e impedimento del ejercicio pleno de las ciudadanías de ciertos sectores de la sociedad. La historia lo registrará (p. 6).

Como se mencionó en párrafos anteriores, Saforcada consideraba importante discutir también la coherencia profesional, especialmente en quienes tenemos por objetivo la promoción del bienestar y la calidad de vida de las comunidades.

En primer lugar, señalaba la importancia de la responsabilidad profesional de evitar el daño en nuestras acciones profesionales, ya sea físico, emocional o social. El famoso principio ético de “*primum non nocere*”, es decir, primero no hacer daño, que rige las disciplinas relacionadas con la salud. No obstante, señala que para cumplir con esta finalidad es indispensable que sus acciones se basen en verdades claras y evidentes, sin contradicciones con lo que se espera de ellas y sin traicionar la confianza que las comunidades depositan en quienes ejercen la psicología comunitaria. En sus palabras:

Se supone, el sentido común así lo establece, que un o una profesional actúa buscando el bien de la gente. Lograr esta finalidad siempre exige la verdad manifiesta, no supuesta, menos aún encubierta o en contradicción con lo que la buena fe de la gente lega otorga a los graduados universitarios en cuanto a la intención de sus comportamientos facultativos para con las personas objeto de ellos (Saforcada, 2016, p. 7).

En segundo lugar, apunta a una coherencia entre el objetivo de la praxis comunitaria, es decir, entre la búsqueda de la transformación social para la mejora de la calidad de vida de las comunidades y los grupos sociales, y los aspectos ligados al trasfondo ideológico-político de las/los profesionales de la psicología comunitaria.

Construir una psicología científica que aporte al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pueblos en la perspectiva de Martín Baró. Martín-Baró ondea en muchas “banderas” tal como el rostro del Che Guevara y los “mástiles” de esas banderas los llevan con demasiada frecuencia manos de psicólogas y psicólogos que desde sus prácticas profesionales y desde la docencia universitaria le dan la espalda a este propósito y al actual proceso de cohesión y liberación regional (Saforcada, 2008, p. 471).

Es importante señalar que una buena parte de los escritos de Enrique Saforcada se gestaron en un escenario sociopolítico que él consideraba propicio para repensar la historia regional y le resultaba esperanzador en

cuanto a las posibilidades de mejorar el bienestar de los pueblos y desafiar el orden mundial establecido. Es importante tenerlo en cuenta para contextualizar algunas de sus ideas. Por ejemplo, cuando Enrique Saforcada (2015) habla de que el conflicto social debe resolverse en función de las concepciones ciudadanas de las mayorías, respetando a las minorías, pero prevaleciendo la voluntad mayoritaria porque de eso se trata la democracia. Desde mi punto de vista, invisibiliza la importancia del debate continuo, la participación y la construcción de consensos, más allá de los números. Sin embargo, entiendo que en el contexto que lo escribió las mayorías habían elegido un gobierno que, desde su perspectiva, priorizaba la inclusión social y el respeto de los derechos humanos, y, por lo tanto, se suponía que no excluiría a sectores de la sociedad. Lamentablemente sabemos que esto no fue así, porque paralelamente a las políticas de inclusión, durante los gobiernos kirchneristas se consolidó el modelo extractivista ligado al avance del agronegocio y la megaminería que implicó el conflicto y desplazamiento de comunidades campesinas e indígenas, entre otras vulneraciones propias del modelo económico implementado. Sin duda, esta discusión debemos dársela las/los psicólogas/os comunitarias/os, y más aún, quienes trabajamos con estas comunidades.

En otro de sus artículos Saforcada (2016) sostiene que las personas en situación de pobreza con las que trabajan psicólogas/os comunitarias/os con el objetivo de fortalecerlas y reforzar sus derechos ciudadanos pueden experimentar malestar psicológico a partir de la contradicción que les puede generar que las/los profesionales manifiesten una opinión contraria al gobierno que ellos han apoyado en las elecciones. Esto tiene sentido si se plantea una incoherencia entre el objetivo de la intervención comunitaria y la ideología política, caso contrario creo que la diversidad de opiniones puede aportar al proceso psicosocial de problematización y a la construcción colectiva, siempre que se priorice el diálogo, el respeto y la búsqueda de alternativas.

Por supuesto, con “el diario del lunes” podemos hacer estas y otras observaciones acordando o disintiendo con los argumentos que plantea. Estos son los riesgos de expresarse abiertamente sobre temáticas complejas como son la política o la realidad social, donde convergen una variedad de intereses, valores y experiencias diversas, atravesadas por tensiones,

contradicciones y relaciones de poder. Los contextos sociohistóricos a su vez nos permiten comprensiones diferentes a los desarrollos teóricos, aspecto propio de la contextualización necesaria en psicología social comunitaria y en las ciencias sociales. No obstante, Enrique Saforcada (2011) nos advertía:

En el campo de las ciencias básicas como así también en el de las ciencias y las artes aplicadas (la psicología comunitaria tiene más de arte que de ciencia) se debe ser riguroso y cada uno debe decir lo que piensa y siente que es veraz. Es el modo en que procedemos cuando hacemos investigación: si los resultados hallados refutan nuestras hipótesis o presupuestos iniciales hacemos a un lado la frustración y desilusión consignando las conclusiones que se desprenden de lo encontrado. Adentrarse en uno para desentrañar nuestras verdaderas valoraciones y prejuicios es un proceso de investigación mediante el cual podremos o no encontrar los resultados deseados y si resulta negativo pues terminará en un verdadero desengaño que debemos hacer público en el quehacer profesional (pp. 132-133).

Y agregaba:

Es una tarea primordial en este momento del mundo y de las regiones que integramos, podemos ayudar a otros seres humanos, pero fundamentalmente, a través de esta búsqueda franca en nosotros seremos ayudados por ellos en el necesario esfuerzo de reflexionar sobre nuestras convicciones, prejuicios y comprensiones de la realidad en perspectiva ética e histórica (p. 133).

De esta forma, Saforcada recalca una vez más la necesidad de realizar un trabajo introspectivo profundo y sincero acerca de nuestras creencias y prejuicios, comunicar el resultado de esta búsqueda y, finalmente, dar lugar a la posibilidad de contradicción o error, que nos llevará a emprender las acciones necesarias para corregirlo, ya sea modificando nuestras concepciones o nuestro ámbito de ejercicio profesional.

Sin duda, hoy, en un contexto de avance del neoliberalismo, el neofascismo y los discursos de odio nos hace falta la voz de Enrique Saforcada para aportar su lectura docta y crítica. Muchos de sus aportes echan luz acerca de los problemas estructurales actuales. Pienso, por ejemplo, en la idea del “huevo de la serpiente” (Saforcada, 2008) que solía mencionar haciendo referencia a la película de Ingmar Bergman. Con este concepto

llamaba la atención sobre los sectores de poder que “están dispuestos a incubar los huevos de la serpiente” (2008, p. 470), esperando las condiciones socioculturales propicias para perpetuar avances sobre los derechos humanos.

También podemos retomar sus aportes desde la gestión de salud positiva para pensar el sistema sanitario público en Argentina, en medio de ataques y vaciamientos que atentan contra la posibilidad de protección y promoción de la salud de las comunidades.

(...) la sociedad debe exigirles a los poderes del Estado que den la mayor jerarquía a legislar en beneficio de todo el pueblo, a gestionar la sociedad teniendo en cuenta la ley y el bienestar de sus integrantes y a hacer cumplir las leyes de modo que lo más fácil sea que la gente desarrolle hábitos y estilos de vida saludógenos y tenga asegurado el respeto a su derecho a no enfermar y a no empobrecerse cada vez más.

Que no esté permitido que por afanes de lucro haya empresas que intoxiquen a la gente, que promuevan comportamientos auto o heteroagresivos, que lleven a la gente a un uso perjudicial del tiempo de ocio o al consumismo y que tampoco las haya que empujen a conglomerados humanos, progresiva o rápidamente, a la pobreza y la exclusión (...) (Saforcada, 2012, p. 19).

A modo de cierre, quisiera destacar en Enrique Saforcada las cualidades, tanto personales, como así profesionales que tanto defendía: coherencia, claridad, transparencia, valentía. Seguramente también, como con cualquier otro ser humano, podemos no estar de acuerdo con algunas de sus concepciones o acciones. Pero, no me quedan dudas acerca de su esfuerzo por conectar a la psicología con los dolores, los deseos, las necesidades y las potencialidades de las personas y las comunidades.

La historia lo registrará.

Referencias bibliográficas

- Saforcada, E. (2008). La Psicología en Argentina: Desarrollo Disciplinar y Realidad Nacional. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(3), 462-471. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n3/v42n3a05.pdf>
- Saforcada, E. (2011). Psicología Comunitaria y política: en busca de lucidez. (A. p. Psicológica, Ed.) *Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 3(2), 120-134. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127105001.pdf>
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes. *Aletheia*, 37, 7-22. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf>
- Saforcada, E. (2015). Psicología, ciencia y profesión en las sociedades nacionales de nuestro escenario regional actual. *Psiencia*, 7(1), 62-66.
- Saforcada, E. (2016). La psicología comunitaria en Indoafroiberoamérica: ¿promesa, realidad o sinrazón? *Psicologia em Pesquisa*, 10(1), 3-8. doi:10.5327/Z1982-1247201600010002
- Saforcada, E., de Lellis, M., y Mozobancyk, S. (2010). Construcción de ciudadanía y salud: las racionalidades concurrentes al trabajar para y con las comunidades. En E. Saforcada, M. de Lellis y S. Mozobancyk, *Psicología y Salud Pública* (pp. 129-147). Paidós.

Niñeces, salud y complejidad: revisiones críticas a las teorías clásicas del desarrollo desde la perspectiva de salud comunitaria

MARIELA MUÑOZ RODRÍGUEZ
MARÍA EUGENIA BASCO
JULIA SABEZ

*Quiero tiempo, pero tiempo no apurado
Tiempo de jugar que es el mejor
Por favor, me lo da suelto y no enjaulado
Adentro de un despertador.
(Marcha de Osías, María Elena Walsh)*

Introducción

El vínculo con “el Enrique” sembró en nosotras un sin fin de cuestionamientos, rupturas y quiebres que nos ayudaron, y nos ayudan, a comprender la Psicología como campo disciplinar complejo, atravesado fuertemente por el componente sociocultural y político. Este lazo impulsó procesos de formación que tensionan los conceptos hegemónicos de la formación de grado, invitándonos a transitar perspectivas sociocomunitarias ancladas en la salud positiva. Al mismo tiempo nos nutrió, y nos nutre aún, al revalorizar la integralidad humana y la multidimensionalidad de la vida, a la hora de pensar a las personas en sus contextos.

El haber transitado el vínculo con él desde su coherencia epistemológica y humana nos permite revisar sus aportes, que exceden lo conceptual o teórico, ya que pusieron en valor la dimensión de la afectividad y el factor humano inmerso en esa complejidad. Tomamos para este escrito la mirada de Enrique de un ser humano comprendido desde una concepción integral y multidimensional, siendo parte de un contexto socio-político-cultural-ambiental complejo y amplio.

Por otra parte, recuperamos la importancia que él le daba a “los primeros mil días del desarrollo del cachorro humano” para pensarlo desde la integralidad en el proceso de crecimiento y desarrollo desde el emba-

razo hasta la crianza. En nuestra trayectoria por la materia Psicología y Desarrollo Nacional de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Filosofía y Letras, UNCuyo (de la que hemos sido estudiantes en los años 2008, 2011, 2015, y docentes en el 2023) sus aportes fueron claves para pensar la importancia de una política pública integral enfocada en el factor humano comprendiendo en dicho acompañamiento a las familias. Enrique también compartió generosamente numerosas formaciones, acompañado por referentes nacionales e internacionales que ayudaban a pensar esta complejidad desde el desarrollo neurocognitivo, afectivo, vincular, sociocultural, comunitario, etc. los modos de acompañar a las niñeces y sus familias en la integralidad de este proceso.

Este escrito recupera sus aportes, en diálogo con nuestros recorridos personales, construyendo aproximaciones a las problematizaciones que surgieron del encuentro con su obra. Para comprender el desarrollo humano de manera integral es fundamental retomar algunas de estas rupturas propuestas por Enrique, a las cuales sumamos conceptualizaciones de los movimientos sociales y luchas contemporáneas que nos parecen fundamentales para pensar principalmente la niñez y su crecimiento y desarrollo contextualizado.

Iniciaremos el recorrido explicitando los paradigmas y la concepción de salud en la que nos posicionamos. Para luego profundizar en las políticas públicas dirigidas al desarrollo integral con las infancias y sus familias, considerando las tensiones y desafíos que una perspectiva integral trae para pensar considerando una perspectiva de género. Finalmente, esbozamos propuestas que permiten pensar construcciones en este campo.

Puntos de partida

En esta construcción colectiva partimos de la ruptura con el paradigma individual restrictivo planteado por Saforcada (2012). Dicho modelo se centra en explicaciones causa efecto de los problemas que en estos surgen, con focalización en la enfermedad desde la biología, una mirada monodisciplinar en la que se presenta con mayor fuerza el modelo médico frente a otras disciplinas. Esta perspectiva ha prevalecido en las ciencias de la salud, y por ende es base de las teorías que han intentado explicar el desarrollo humano.

Salirnos de este modelo invita a repensar el desarrollo desde una mirada interdisciplinaria y salutogénica, donde el contexto y la trama vincular son protagonistas. Un aspecto nodal en esta complejidad es la revalorización de los saberes populares y ancestrales recuperando la soberanía de las comunidades sobre sus propios procesos de salud. Esto a su vez disputa la expropiación de la salud (Gervas y Fernández, 2015) que genera el sistema social de atención a la enfermedad, la potencia de las farmacéuticas y el predominio del saber profesional sobre el lego (Saforcada, 2015). Estas aproximaciones nos animan a trascender las dimensiones biológicas y vinculares del crecimiento, convocándonos a incluir dimensiones que atraviesan los procesos vitales desde la vinculación con la naturaleza, la cultura, el arte y la espiritualidad.

Este posicionamiento nos sitúa ante nuevas preguntas en lo referido al desarrollo: ¿Qué entendemos por salud integral? ¿Desde dónde pensar un desarrollo integral? ¿Qué involucra este? Estas preguntas no admiten respuestas unívocas. Por el contrario, revelan la necesidad de desaprender las teorías modernas de corte positivista, que comprenden a los sujetos de forma descontextualizada y pretenden un estándar de “desarrollo óptimo” basado en parámetros universales. Estas teorías modernas del desarrollo poseen un abanico de sesgos, entre los que se pueden identificar: la mirada individualista, biologicista con perspectiva patriarcal, adultocéntrica, racista, clasista, con fanatismos en relación a algún marco teórico que llevan a la fragmentación, simplificación y desvinculación de la persona con sus relaciones, su ambiente y su territorio.

Como alternativa encontramos la perspectiva del ciclo vital, que plantea la existencia de trayectorias del desarrollo y ventanas del desarrollo, y que contempla múltiples dimensiones en las que influye el contexto socio histórico en el devenir de cada persona y familia. Este marco de referencia contextual y dialéctico considera la totalidad de la vida como una “continuidad con cambios, destacando parámetros históricos, socioculturales, contextuales, y del acontecer cotidiano e individual, como prevalentes sobre cualquier clasificación etaria, o en la que predomine la edad como criterio” (Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002, p.19).

Comprender el desarrollo en los primeros años de vida implica necesariamente pensar a la persona en su contexto sociocultural, en la vinculación con la naturaleza y sus vínculos cercanos. Por lo tanto, resulta nodal pensar el sistema familiar y de convivencia; el sistema patriarcal que atribuye roles de género y asigna características a los cuidados de las infancias. En este sentido, el paradigma de derechos humanos en la niñez nos permite problematizar el derecho a ser oídx desde el nacimiento, cuestionando la lógica racional-positivista que invisibiliza las manifestaciones subjetivas que exceden a la palabra. El co-protagonismo de las infancias y las demandas del contexto y ambiente de vida, junto a las nuevas teorías de crianza, nos invitan a pensar las posibilidades fuera de dogmatismos e imposiciones para construir modelos propios de acompañamiento para un desarrollo integral posible según las características familiares y contextuales.

Finalmente, y de manera complementaria, las teorías feministas nos aportan una alerta indispensable sobre la sobrecarga de las cuidadoras, principalmente mujeres en las que se deposita la responsabilidad primera de la crianza en nuestra sociedad. Este texto pone en pregunta y consideración esos roles estancos promoviendo una redistribución ética y política de los cuidados.

La búsqueda de la integralidad en salud y desarrollo de las niñeces

La salud comprendida desde la perspectiva integral y multidimensional del ser humano es una construcción social, en la cual, se consideran las diversas dinámicas que construyen las dimensiones: general, particular y singular (Castellanos, 1990). La primera se refiere a la sociedad, la particular al contexto específico de las personas o grupo y el singular a la familia o grupo conviviente; cada una de ellas con procesos protectores y malsanos.

A pesar de las críticas que Enrique Saforcada formulaba hacia ciertas corrientes de la salud colectiva, consideramos que sus aportes dialogan de manera fértil con categorías centrales de este campo. Entre ellas, destacamos la propuesta de Jaime Breilh (2024), quien identifica cinco ejes para

comprender la vida: el metabolismo sociedad-naturaleza, la reproducción social, la determinación social de la salud, las inequidades y las dinámicas de subsunción-autonomía relativa. En forma sintética, el metabolismo sociedad-naturaleza refiere a cómo se pone en juego el capital y las dinámicas de su sostenimiento en una explotación desenfadada de los bienes comunes ilusionando con una posesión de los mismos y usándolos como si fueran infinitos, sacando de escena la relación vital que tienen con la sociedad. Los procesos de reproducción social de la vida son los mecanismos sociales que permiten la reproducción social desde el funcionamiento de las sociedades, es decir sobre las condiciones de organización social para sostener los procesos de producción (Bourdieu, 1988, 2014). La mayoría de estas actividades no son remuneradas y sostienen el orden capitalista desde el menosprecio de estas tareas fundamentales para sobrevivir. El tercer constructo es la determinación social de la salud y la vida, este atraviesa nuestros contextos en los modos de producción y reproducción de la vida cotidiana, los que están condicionados por determinaciones de carácter social y entramados de poder, como pueden ser los vinculados al género, a la clase, a las generaciones, al capacitismo, a aquellas que se dan entre grupos racializados y/o étnicos, entre otros. Esta determinación no tiene lógicas lineales (causa efecto), sino dialécticas y complejas, afectando la interacción entre los modos de pensar y las prácticas (Breilh, 2010). Las relaciones que se dan en el marco de la determinación social toman modalidades diferentes en los distintos territorios donde aparecerán las vidas de las personas y con sus propios estilos singulares. Estas dinámicas generan inequidades en las sociedades modernas, en los modos de vida que están constituidos por relaciones de fuerza fundadas en procesos históricos de acumulación de poder, por los que un determinado grupo social se configura ejerciendo el poder en un sistema de dominación y ejerce subordinación o exclusión de otros. En los procesos de determinación social de la vida con sus inequidades se producen las intersecciones que hacen a la constitución subjetiva de las personas (Muñoz Rodríguez, 2024). Las dinámicas de subsunción- autonomía relativa se manifiestan en movimientos de opresión y disputa de poder en marcos de libertad posibles, de acuerdo a las condiciones particulares y singulares en las inequidades del sistema social.

Desde estos marcos consideramos importante pensar que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados precisan revisar las configuraciones desde el sentir de las personas. Es por esto que nos resulta relevante revisar la categoría de bienestar que está implicada en la definición de salud. Si bien la salud muchas veces ha sido definida desde el bienestar absoluto (OMS, 1946), el primer viraje que precisamos dar está vinculado con corrernos de las dicotomías salud-enfermedad, malestar-bienestar. Los desarrollos de Montenegro Martínez (2004) permiten integrar aspectos positivos y negativos en su interjuego. Habilitan de esta manera procesos complejos no dicotómicos (bueno-malo, mente-cuerpo, razón-emocción, natural-cultural, etc.) sino que analizan el bienestar en su complejidad, en procesos dialécticos y contradictorios que delimitan su búsqueda.

Además de los avances en los procesos de comprensión de la salud en tanto integral (bio-psico-social, OMS, 1946) están re-emergiendo y tomando más relevancia los saberes de los pueblos originarios. En los territorios latinoamericanos, las cosmovisiones ancestrales permiten, a través de sus saberes y prácticas, revisar los modos de relación con la naturaleza, sus nutrientes y sus medicinas milenarias. Estas cosmovisiones, en profunda relación con la naturaleza, logran la contemplación y ritmos alejados de lo productivo y nos enseñan sobre los procesos del buen vivir. Sus comprensiones complejas, integrales y salutógenas toman diferentes dimensiones: biológicos, ecológicos, afectivos, sociales, espirituales, entre otros, en interjuego. Enrique fue un precursor en el campo de la psicología en traer el concepto de buen vivir a los debates sobre salud luego de la modificación de las constituciones de Bolivia y Ecuador (UNCuyo, 2012). En estos emerge con fuerza la dimensión del ambiente como fundamental para el desarrollo integral de las personas y en especial en la infancia, aspecto estudiado por la psicología ambiental (Mozobancyk y Pérez Sobrero, 2016).

La espiritualidad, es un aspecto valorado por los pueblos originarios y recuperado por Enrique como dimensión de la salud generalmente olvidada en las conceptualizaciones hegemónicas. La espiritualidad excede el campo religioso, se refiere a sistemas de valores, no necesariamente vinculado a instituciones religiosas, que determinan la manera en que nos aproximamos a la vida y la atribución de significado y de propósitos que le

adjudicamos y la conexión y relaciones que establecemos con los y las demás (Guirao Goris, 2013 citado en Isla, 2022). Desde el arte y las ciencias de la salud, Cecilia Isla (2022) propone la espiritualidad como dimensión de la salud integral y comunitaria. Ella propone que esta dimensión debiera contemplar la emocionalidad y la expresividad como constitutivas del ser humano y como constructoras de sentido de comunalidad. “Así también, debiera incluir a la experiencia expresiva como aquella que, trascendiendo lo individual, permite que las personas encuentren un sentido a la vida a partir de un particular modo de hacer con otros y otras” (Isla, 2022, p.47) cuestión fundamental a favorecer o acercar en las infancias en el inicio del ciclo vital.

Sin embargo, en la sociedad actual, estos saberes ancestrales junto con los producidos por las ciencias sociales y humanas conviven con modelos económicos y matrices productivas que toman a la salud como mercancía. Esto lleva a que la salud sea comprendida como un bien de consumo adherido a la matriz capitalista medicalizante, a las lógicas prioritarias del enfermar y la muerte (Feo Istúriz et al., 2012). Es por ello que una de las contradicciones actuales está vinculada a la salud como mercancía, contra la concepción de salud como derecho social y humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado (Muñoz Rodríguez, 2024).

Como afirma Saforcada, “los países de Indoafroiberoamérica necesitamos alcanzar la independencia salubrista apoyándonos para ello en nuestra ciencia, en nuestros recursos y en nuestras realidades socioculturales” (2011, p. 319). Uno de los caminos para lograr esta independencia es mediante la recuperación de los saberes ancestrales. Estos han tenido y tienen el foco puesto en la Salud; “en todas las medicinas de las grandes culturas (china, ayurvédica, maya, etc.) su objetivo principal es mantener a la gente sana y ante la enfermedad prima el poder curador de la naturaleza” (Saforcada, 2011, p. 318).

Nuestra mirada del desarrollo integral infantil se asienta en los postulados de la salud integral, es decir que lo comprendemos como un proceso global y continuo de crecimiento y maduración de lxs niñxs en las dimensiones biológicas, espirituales, sociales, psicológicas, culturales, ambientales. En su proceso priman los procesos biensanos sobre los patológicos. Según Santi-León (2019) el desarrollo integral infantil es comprendido

desde el nacimiento, continúa a lo largo de la infancia y la adolescencia e impacta en las habilidades y destrezas (cognitivas, motoras, psicosociales, etc) de cada niñx como resultado de los procesos ambientales, históricos, sociales y culturales. Este es influenciado por el contexto de vida socio-ambiental, las experiencias que tienen las personas, los modos de vida en los que crecen, los estilos de vida que experimentan, la relaciones que generan y lxs constituyen; que incluyen a la genética.

La Ley 27.611 (2020) de “Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia” tiene como objetivos proteger, fortalecer y acompañar el cuidado integral de la vida y la salud de las personas gestantes y lxs niñxs en sus primeros 3 años de vida. Para esto, desde el sector salud, se implementan diferentes estrategias; algunas de ellas vinculadas con la vacunación, controles de crecimiento y desarrollo (más frecuentes a menor edad), políticas públicas vinculadas a alimentación, entre otras. Esta ley se conoce como la ley de los mil días debido a que es en este tiempo son importantes los cuidados y atenciones para el crecimiento de la masa encefálica y la acumulación de tejido muscular, mientras que las intervenciones posteriores a esta edad no resultan tan beneficiosas (Leroy, 2008 citado en Berman Pi et al., 2016). Es necesario destacar que, desde los inicios de la disciplina, las corrientes de la Psicología del Desarrollo han señalado que este tiempo es indispensable para el desarrollo y socialización de las personas.

Enrique señalaba constantemente la importancia de que lxs psicólogos acompañáramos en los procesos de crecimiento y desarrollo de niñxs. Antes de la sanción de la ley los 1000 días, N°: 27.611(2020), él con su mirada precursora, señalaba la importancia de la presencia de psicólogos en la intervención y acompañamiento en esta etapa vital. Este tema estaba presente en sus cursos, conferencias y en las capacitaciones que estaban orientadas a espacios de debate teórico a la vez que implicaban procesos políticos pedagógicos de construir otros perfiles con profesionales de la salud. Sus debates y propuestas se basaban en que la intervención temprana repercute en más oportunidades para el acompañamiento temprano para toda la familia, para un desarrollo integral y en caso de alguna patología, un mejor pronóstico para el/lx niñx con dificultades y en bene-

ficio de la calidad de vida del grupo de convivencia (Gutson et al., 2017, Saforcada y Fariña, 2017).

Mencionaba y proponía esta necesidad del acompañamiento temprano en el marco de la gestión de la salud positiva como una política que busque hacer foco sobre el eje saludable de la población para llevar adelante una iniciativa, ocuparse de la administración, organización y funcionamiento o bien manejar o conducir una situación problemática. Él sostenía que la estrategia de gestión de salud positiva es más amplia y abarcativa que la promoción de la salud y la protección de la misma; ambas serían subsidiarias de ella (Saforcada, 2012).

El uso de la positividad en esta perspectiva de gestión de salud se enmarca en la complejidad de la realidad y comprende a las personas como seres integrales complejos en ese contexto. Este constructo se aleja de las visiones que consideran la noción de “positivo” como una actitud vital individual, que hace alcanzable cualquier deseo, voluntad, poniéndola en la responsabilidad personal. Piña menciona que:

La positividad psicológica se transforma en objeto de consumo; es decir, en mercancía. Se trata de la construcción social, no del optimismo ni de las emociones positivas, sino de su utilización en forma de objetos de consumo. Esto es el capitalismo emocional y la manipulación y mercantilización de los sentimientos humanos (2020: p. 7).

La noción de positividad en Psicología y en las ciencias sociales en general, en términos político-ideológicos, le sirve a las clases dominantes para apuntalar la visión neoliberal de que el sujeto es el único responsable de construir su bienestar, desresponsabilizando a los Estados y los procesos participativos a todos los niveles de decisión.

En el contexto capitalista y neoliberal actual en el que imperan las dinámicas competitivas, meritocráticas e individualistas, aparecen las nuevas tecnologías como prácticas sociales de época que se sostienen en sobreestimulación con recompensas inmediatas, con menor frustración, compromiso y exigencias. Así el uso del tiempo, el espacio y los ritmos vitales se ven atravesados por las dinámicas que éstas imprimen en la vida cotidiana. A su vez, las exigencias sobre el rendimiento desde las dinámicas meritocráticas y exitistas demandan que lxs niñxs se amolden y no

rompan lo instituido. Esto se refiere a que lxs niñxs en las lógicas meritocráticas también son llevados en su crianza a dinámicas productivistas, por ejemplo, en cuanto a las exigencias de rendimiento académico, en la presencia de muchas actividades extraescolares, en sobreestimulación para anticipar logros de desarrollo, entre otras. Romper con esta lógica implica dar lugar a la exploración, la iniciativa de niñxs, valorar las equivocaciones como dinámicas de aprendizaje, y así disputar el no producir desde las dinámicas neoliberales basadas en la inmediatez, la búsqueda de perfección, la eficacia y el éxito.

En los procesos de desarrollo integral si bien se reconoce que la familia es nodal en el acompañamiento de la cría humana, también aparecen las diferentes instituciones y personas comprometidas. Las dinámicas de la vida cotidiana hacen que sea necesario revisar los ámbitos en los que las personas se ven implicadas: trabajo, tiempo libre, educación y familia, estos asumirán un tiempo y espacio con ritmos particulares que precisan ser considerados (Muñoz Rodríguez, 2024). Es importante señalar que en muchos casos se suman a estos ámbitos en el proceso de desarrollo los comedores y clubes barriales, centros culturales, organizaciones sociales, entre otras. En los primeros tiempos de vida es posible que aparezcan redes familiares de cuidado, cuidadoras o bien jardines maternos como sostenes en el proceso de desarrollo. A su vez, el sector salud ingresa como un organismo de acompañamiento y/o control en el proceso de crecimiento.

El cuidado de cualquier efector se complementa con el cuidado cotidiano que las familias realizan y logran gestionar. Así es importante diferenciar la atención en salud, la tarea educativa, recreativa con el cuidar que estas mismas implican, para pensar los cuidados como condición humana fundamental que implica una ética vincular en las relaciones (Michalewicz et al., 2015). Además, en temas de desarrollo y crecimiento de las infancias es importante señalar que acompañar en la crianza puede ser un proceso salutífero. Es decir, focalizar en recursos, vivencias integrales como propuesta de gestión y acción en salud para mejorar las formas de vivir reconociendo que en la vida cotidiana se encuentran las maneras en las que se genera y se reproduce la salud no sólo los riesgos y las enfermedades (Saforcada et al., 2010, Saforcada, 2012).

Por otro lado, es importante señalar que en la sociedad patriarcal las tareas de cuidado principalmente son asignadas a la figura de la mujer-madre por lo que los roles hegemónicos sexo-genéricos otorgan mayores responsabilidades sobre este género en las tareas de cuidado. Estas implican tareas como: limpieza del hogar, aseo, vestimenta, alimentación, trámites y crianza. En esto no sólo han contribuido las regulaciones legislativas sino los desarrollos científicos, sobre todo las intervenciones desde la psicología tuvieron un fuerte papel en poner a las madres en la mira al pensar la determinación del padecimiento de niñxs (Llobet, 2020). Esto nos alerta a revisar las prácticas de salud que tienden a responsabilizar a las mujeres de las situaciones de sus hijxs o personas a su cuidado, para buscar ampliar la mirada a las personas convivientes y específicamente a lxs varones implicados.

Por lo tanto, el acompañamiento al desarrollo integral debería ser un proceso intersectorial, en tanto “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (Castell Florit-Serrate, 2004, p. 4) o enfermedad como forma de la respuesta social organizada. Si volvemos a la ley de los mil días, sería importante que la cooperación fortuita o casual se conviertan en acciones de articulación vinculadas a situaciones propias del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados coordinadas para acompañamientos integrales con el respeto a las familias y culturas.

En Argentina existe una oferta limitada, fragmentada e inequitativa en políticas para la niñez: espacios de crianza, enseñanza y cuidado (CEC); transferencias de ingreso a las familias con niñxs; regímenes de licencias; y políticas de salud. Todas ellas hacen parte de políticas de bienestar pero sin diálogo entre sí. Numerosos estudios señalan que el marco normativo es propicio para el diseño e implementación de políticas públicas integrales desde un enfoque de derechos, pero no se logran construir estrategias integrales. En la niñez, además de las políticas públicas económicas, al ser las familias, jardines maternos, organizaciones barriales y escuelas los lugares en los que transitan gran parte de su vida cotidiana -se precisan profundizar en ellas. El sector salud y sus políticas también implican un eje articulador para los procesos de vida en tanto espacio de demanda de

atención y prestaciones habilitantes para otras políticas públicas, como por ejemplo económicas. En este sentido el control de niñx sanx al día habilita a recibir alimentos, es necesario para la inscripción de inscripción a jardines maternales, escuelas, cobrar la asignación universal por hijo, entre otras. Esta situación nos coloca frente a preguntas: ¿Qué sentidos hacen las políticas públicas en salud desde la obligación?, ¿Cómo se dan estas vinculaciones?, ¿De qué manera ingresan en la vida cotidiana de las personas?

Otro aspecto relevante que se suma a la perspectiva que tomamos para pensar el desarrollo integral se basa en comprender a la persona niña como un sujeto político y social con derechos inherentes a su persona. La Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), en tanto documento marco al que Argentina adhiere (1991 y 1994 con rango constitucional), genera profundas modificaciones en la concepción histórica de minoridad de las infancias y en las políticas públicas que se refieren al colectivo (Schibotto, 2015). Si bien estas modificaciones están presentes en nuestras legislaciones es difícil modificar las maneras de vincularnos con el colectivo.

La CIDN es una herramienta proteccionista de la niñez, lejos está de pensar al colectivo desde sus formas políticas. Comprender a las infancias en su carácter político implica considerar la autonomía relativa como eje de análisis y consideración, así como su bien superior y el derecho a ser oídxs (CIDN 1989, Ley 26061/2010, Código Civil y Comercial, 2014) y que sean lxs propixs niñxs quienes participen de decisiones que les atañen. Que lxs niñxs sean vistxs y consideradx como sujetos de actoría social y política, implica no verlxs en relación a su futuro, considerar su identidad subjetiva y su actoría como generación, por lo que ponen en cuestión los lugares de la niñez en relación a la sociedad (Schibotto, 2015).

Es importante mencionar que muchas veces las necesidades de las infancias se satisfacen con las instituciones con las que se vinculan en procesos paulatinos de autonomía progresiva. Los procesos de acompañamiento a las infancias en la satisfacción de las diferentes cualidades de necesidades que tienen ayuda a un desarrollo integral. Si las respuestas no regulan la articulación entre satisfacción y límites, como menciona Sorín (1992), los procesos pueden generar socializaciones que no promuevan la

autonomía. La primera necesidad que tiene un/x niñx es a sentirse queridx. Según Lidia Turner Martí y Balbina Pita Céspedes (2002) la seguridad de vivenciar el sentirse queridx le permite adquirir capacidades y habilidades desde la autoconfianza para el aprendizaje de desenvolverse en la vida. Suman a esta la necesidad de ser aceptadxs como un requisito diferencial. Además de los cuidados, de un medio ambiente propicio, amable, cariñoso, respetuoso y de los bienes materiales para satisfacer el resguardo, la nutrición y el abrigo.

Cuidados a las niñeces: acercamientos para pensar las familias en sus territorios

Pensar el desarrollo en los primeros años de vida, implica necesariamente pensar en el sistema familiar en el que estx niñx se integra a la vida en comunidad. Desde la mirada sistémica entendemos que la familia es un sistema complejo, donde cada persona tiene un rol diferenciado, y que transita numerosas crisis en el proceso de su ciclo vital. Una de estas crisis esperables tiene que ver con la crianza de niñxs pequeñxs y cómo esta tarea requiere reajuste y redefinición de roles dentro del sistema (Carter y McGoldrick, 1989). Las formas en que se realizan, acuerdan y coordinan las tareas de cuidado son fundamentales para cada conjunto social, y en la misma intervienen diversas redes vinculares e institucionales.

Es por ello que nos resulta necesario reflexionar acerca de las tareas de cuidado, entendidas como “actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas y la sociedad, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad” (Rodríguez Enríquez y Marzonnetto, 2016, p. 106). Se trata de garantizar las tareas de abrigo, aseo, alimentación, trámites y vinculaciones con instituciones, y también aquellas dirigidas al medio ambiente y seres que allí habitan. Estos trabajos, que en la mayoría de los casos no son remunerados y recaen principalmente sobre mujeres. A su vez, es necesario destacar que las tareas de cuidado son las que sostienen todas las otras actividades laborales y al mismo sistema de producción capitalista (Federici, 2018).

Los feminismos aportan luz sobre diferentes instancias de reproducción social tanto en los hogares como en los espacios públicos y ponen en

cuestión modos de cuidados de nuestros cuerpos-territorios, disputando y exigiendo a los estados y sus instituciones modos en los que queremos convivir, construyendo las propias utopías de los pueblos en relación con la naturaleza. Es decir, por otro lado, los estudios feministas han podido entender en el cuidado un componente clave del bienestar social (Batthány, 2020).

En enero de 2023, Argentina presentó una solicitud de opinión consultiva ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el “contenido y alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos” (Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, 2023). Es importante señalar que se ha realizado este pedido para poder incluir como derecho humano fundamental el derecho al cuidado, este implica el derecho a cuidar, a ser cuidadx y al autocuidado (Pautassi, 2023). Para que estos derechos existan, deberían generarse ciertas condiciones por parte del Estado, ya que se articulan con otros derechos: económicos, sociales, culturales y ambientales (Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, 2023), además de las edades de cada persona y las condiciones propias de cada cual.

En cuanto a los cuidados requeridos por las primeras infancias para su desarrollo integral, hay tres cualidades necesarias para sostener y alojar: ternura, miramiento y buen trato (Ulloa, 1995 citado en Michalewicks et al 2015). Sólo sosteniendo desde estas condiciones y respetadas en sus iniciativas y proyectos (Hoffman, 2006, Pikler, 1984) las personas se podrán convertir en semejantes reconocidas en su dignidad como sujetas de derechos.

Actualmente, hay acuerdo sobre la importancia de la crianza positiva, que ve a las infancias como sujetas de derechos sociales y políticos y resalta la necesidad de un cuidado respetuoso para garantizar dichos derechos y acompañar las trayectorias de desarrollo. Este acompañamiento implica necesariamente el establecimiento de límites que protejan y organicen las rutinas y cotidianidad; y que vayan colaborando a la organización psíquica de las infancias en desarrollo. Este “equilibrio entre el respeto a las necesidades del niño y la puesta de límites” (Sorín, 1992, p.12) no es tan fácil de lograr en las prácticas de crianza, porque implica buscar nuevos modelos que no recaigan en el autoritarismo ni la permisividad.

Está en auge la reflexión y difusión de estas nuevas formas de acompañar el desarrollo de las infancias, sin embargo, a veces corremos el peligro de dar consejos generales para lxs adultxs encargadx de la crianza y educación. Las recetas o sugerencias generales ignoran que en la forma en que se organizan los cuidados influye de modo determinante la desigualdad social, comprendiendo, la antes mencionada, inequidad de género en las tareas de cuidado, así como las generacionales, socioeconómicas y etnoculturales. Es por ello que nos resulta fundamental acercarnos al acompañamiento de las familias desde una perspectiva feminista intercultural, que recupere los aportes de los feminismos populares latinoamericanos sobre las tareas de cuidado y sus implicancias.

El respeto mutuo implica considerar las diversidades de género, etnia y generaciones, considerando al ambiente. De esta manera pensamos los vínculos en un encuentro, en relaciones “entre” personas y ambiente en donde la cualidad relacional recae en la revisión de las diferentes condiciones y privilegios de cada una de lxs implicadx. En consonancia con ello, la cosmovisión andina plantea la convivencia entre personas (sus diferentes desarrollos y cualidades), entes (espiritualidades) y el ambiente como seres necesarios para la vida. Retomamos la importancia entre todas ellas, abriendo la alerta a las posibilidades de nuestra cultura y la primacía que la adultez tiene sobre las niñeces y vejez por lo que es necesario revisar los privilegios para poder considerarlos en las interacciones. Así, reflexionar a las niñeces no implica dejar de lado la adultez o vejez y sus necesidades, sino enmarcarlas en el co-protagonismo (Schibotto, 2015) con sus voces en respeto de la naturaleza con la que se convive.

Sostener a quienes sostienen a las niñeces

A partir de nuestra experiencia acompañando a las niñeces y sus familias, reafirmamos la urgencia de co-construir espacios de reflexión entre quienes crían y acompañan el desarrollo. En estos encuentros se manifiestan las tensiones de sostener el desarrollo de las infancias de manera reflexiva y respetuosa, dentro de un sistema capitalista que está lejos de comprender diversos ritmos y valorar procesos diferentes más que resultados estereotipados. En este sentido, recuperamos la importancia de la mirada interdisciplinaria, crítica e intersectorial de la Psicología Comunitaria.

En la actualidad, las personas adultas que acompañamos el desarrollo en los primeros años de vida vivimos bombardeadas de información. La información sobre prácticas que protegen y garantizan salud es accesible, lo que implica una ventaja en relación a otros momentos históricos, pero también es muy cuantiosa y, en la mayoría de los casos, descontextualizada. Se nos presentan recetas universales sobre cómo organizar rutinas, alimentación, sueño; cómo acompañar momentos de desregulación emocional, entre otros. Pero esto que aparece al alcance de nuestros dispositivos electrónicos se queda tantas veces en un plano individual e intelectual, y desemboca en más culpa por lo que no se puede hacer como “deberíamos”. Culpa que generalmente recae en las mujeres en tanto ideal de mujer-madre responsable y principal cuidadora. Lo cual además trae aparejada una gran carga mental depositada en las múltiples ocupaciones y las tareas de cuidado.

Es frecuente encontrarnos con familias que, al llegar al espacio de encuentro, ya poseen mucha información sobre lo deseable para la crianza, por ejemplo, que no son recomendables las pantallas, los alimentos con azúcares añadidos, los castigos, etc. Sus condiciones materiales de existencia las llevan a hacer lo que se puede, sin poder llegar nunca a cumplir todos los requerimientos formales, lo que genera mucha frustración, y el temor a ser juzgadas y excluidas de grupos sociales. Esto pone en crisis las dimensiones de confianza de las redes de apoyo por las polaridades y exigencias puestas en los roles de maternidad.

Aparece de esta manera la importancia de grupalidades que hagan red de sostén. La existencia de espacios de escucha son los que ayudan a los procesos de acompañamiento a la crianza. Esta escucha debería ser amplia y no caer en recomendaciones mecánicas y de buenas prácticas sino de problematizaciones que acompañen el pensar. En este sentido, deberíamos evitar juzgar prácticas de lo posible, así como de las contradicciones que impliquen los deseos y realidades de posibles en la vida cotidiana.

Por otro lado, las lógicas neoliberales de la tecnología, con la información que allí circula, sumado a los ritmos de vida vertiginosos, productivistas e individualistas hacen que el encuentro no sea frecuentemente priorizado. Aspecto que, además, pone en evidencia crisis sociales vinculadas a la virtualización de las relaciones y los modos de construir diá-

logos. Situación que en la precarización y limitación del tiempo para el encuentro hace a dificultades para poder reflexionar y compartir sobre los sentidos, vivencias, tensiones que habitan la tarea del cuidado.

Consideramos que en los espacios de encuentro de profesionales de la salud con cuidadorxs es muy importante el reconocimiento de lo que hacen las personas, escuchar cuáles son sus preguntas, temores, contradicciones, sosteniendo a quien sostiene. Acompañar con la pregunta de: ¿qué es lo posible en las condiciones concretas de existencia de esa persona y familia? ¿Qué es lo importante para el grupo de crianza? ¿En qué parte está la voz en las infancias? ¿Qué contradicciones y tensiones trae la crianza? Reconocer en cada interacción lo que sí están realizando las familias, y proponer acciones que favorezcan la conformación de vínculos seguros al acompañar las actividades cotidianas de cuidado (Pikler, 1984). En estas tareas cotidianas de cuidado, se va tejiendo el encuentro al sostener la mirada, prestar atención plena y respetar la iniciativa de lxs niñxs.

En tanto profesionales que acompañamos crianzas e infancias consideramos que un primer paso es poder abrir una pregunta que oriente y permita ser parte de una red que no sancione, que no rigidice formas de criar; sino que acompañe a descubrir los propios y posibles. Quienes estudiamos en el ámbito de la salud ya cargamos estereotipos y miradas que suponen un hacer bien, intentar corrernos y no sancionar sería un punto de partida para la construcción de un posible conjunto que tenga como horizonte el respeto, la equidad y la dignidad familiar y de las niñeces.

Referencias bibliográficas

- Berman Parks, I.; Ortiz Ramírez, O., Pineda Bahena, L., y Richheimer Wohlmuth, R (2016). Los primeros mil días de vida. Una mirada rápida. *Anales Médicos* 61(4), 313-318
- Bourdieu, P. (1988). *La Distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Bourdieu, P. (2014). *Las Estrategias de Reproducción Social*. Siglo XXI.
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos Nogueira (Ed.), *Determinacao social da saúde e reforma sanitária*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES.

- Breilh, J. (2024) Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. *UASB*. 10.1093/med/9780190492786.001.0001
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1989). *The family cycle. A framework for family therapy*. New York. Brunner y Mazale.
- Castell Florit-Serrate, P (2004). *Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones*. Editorial Ciencias Médicas.
- Castellanos, Pedro Luis (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. *Boletín Epidemiológico OPS* 10 (4): 1-7. <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8366.pdf>
- Código Civil y Comercial de la Nación (2014). Infojus.
- Convención sobre los Derechos del Niño (Noviembre de 1989). UNICEF.
- Dulcey Ruiz, E. y Uribe Valdivieso, C. (2002) Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27.
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario*. Tinta limón.
- Feo Istúriz, O.; Feo Acevedo, C. y Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 38(4), 602-614. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86434662012000400011&lng=es&tlng=es.
- Gervas, J. y Pérez-Fernández, M. (2015). *La expropiación de la salud*. Los libros del lince.
- Gutson, K., Cacchiarelli, N.; Crea, V., Enseñat, V., Grosskopf, B., Lejarraga, C., Pasarín, S., Regatky, N., Vericat, A. y Videla, V. (2017). Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. *Archivo Argentino Pediátrico* 115(3): 304-314
- Hoffman, J. M. (2006) *Los árboles no crecen tirando de las hojas: el desarrollo humano durante el primer año de vida*. Del Nuevo Extremo.
- Isla, C. (2022). Arte y Salud Comunitaria. En C. Isla y M. Muñoz Rodríguez (comp) *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias* (pp. 25.52). Nuevos tiempos.
- Ley 26061 (2005). Ley de Protección Integral de niños, niñas y adolescentes. 21 de octubre de 2005. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Ley 27611 (2021) *Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia*. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Buenos Aires, 15 de enero de 2021.
- Ley N° 24.430 (1994) Constitución de la Nación Argentina Ordenase. 15 de diciembre de 1994. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina

- Llobet, V. (2020). La protección integral de la infancia. Persistencias y desafíos. Curso Infancias, Género y Derechos Humanos. Revisiones críticas ante un horizonte en transformación. Instituto de estudios sociales. Material sin publicar.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila Gómez, S. (2015). Del proceso Salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*, 21 (1), 217-224. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>
- Montenegro Martínez, M. (2004). *Comunidad y bienestar social*. http://open-access.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78705/4/Psicología%20comunitaria%20y%20bienestar%20social_Módulo%202_Comunidad%20y%20bienestar%20social.pdf
- Mozobancyk, S. y Pérez Sobrero, J. A. (2016). Percepción de la contaminación ambiental y los riesgos para la salud en la comunidad de Villa Inflamable. *Anuario de investigaciones*, 23(1), 207-216. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862016000100021&lng=es&tlng=es.
- Muñoz Rodríguez, M. (2024). Procesos de bienestar- malestar en niños de sectores populares en San Luis: aportes desde la determinación social de la vida para la promoción de la salud emancipadora con las infancias. Tesis doctoral. Universidad Nacional de San Luis.
- OMS (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.
- Pautassi, L. [Estudia derechos humanos] (18 de abril de 2023). Derecho al cuidado ¿Qué significa? [video] https://www.youtube.com/watch?v=1VMoxT_HBWw
- Pikler, E. (1984). *Algunos principios básicos de la educación de los lactantes y niños pequeños*. Instituto Pikler/Lóczy.
- Piña, J. A. (2020). Anti-Psicología Positiva: Ensayos desde la Psicología Conductual. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México-LEED
- Rodríguez-Enriquez, C. y Marzonnetto, G. (2016). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas* 4 (8), 103-134. <https://doi.org/10.18294/rppp.2015.949>
- Saforcada, E, De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.
- Saforcada, E. (2001). *El factor humano en la salud pública: una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. https://www.researchgate.net/publication/277679454_El_factor_humano_en_la_salud_publica
- Saforcada, E. (2008). La psicología en Argentina: desarrollo disciplinar

- y realidad nacional. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 462-471. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000300005&lng=pt&tlng=es
- Saforcada, E. (2011). La salud en Indoafroiberoamerica: El paradigma necesario. *Salud & Sociedad*, 2(3), 311-320. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2011.00003.00007>
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222002>
- Saforcada, E. (2015). El sistema total de salud enfermedad: componentes, dinámicas, responsabilidades, riesgos y alternativas. En M. De Lellis (Comp.), *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 121-164). Nuevos tiempos.
- Saforcada, E. y Fariña, O. (2017) *Neurociencias aplicadas: medioambiente, desarrollo humano y bienestar comunitario*. Ediciones Nuevos Tiempos- Ediciones UNDAV.
- Santi-León, F (2019). Educación: La importancia del desarrollo infantil y la educación inicial en un país en el cual no son obligatorios. *Revista Ciencia Unemi*, 12 (30), 143-159. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/5826/582661249013/html/>
- Schibotto, G. (2015). Saber colonial, giro decolonial e infancias múltiples de América Latina. *Revista Internacional NATs* 19 (25), 52-69. 516 <https://enclavedeevaluacion.com/pronatsesp/wp-content/uploads/2018/04/Revista-Internacional-desde-los-NATs-n%C2%BA-25-IFEJANT.pdf>
- Sorín, M. (1992). Subjetividad y Contexto Social. En M. Sorín (Eds.). *Creatividad. ¿Cómo, por qué y para quién?* (pp. 12- 24). Ed Labor.
- UNCuyo, 22 de noviembre de 2012. Especialista en psicología participará en las Jornadas de Salud Comunitaria - Secretaría de Extensión. <https://www.uncuyo.edu.ar/extension/buen-vivir-implicaciones-en-el-rol-del-psicologo-comunitario>
- Walsh, M. E. (1966) *Marcha de Osias*. En *El País de no me acuerdo*. Sony Music.

Entramados multidimensionales en los procesos de salud de jóvenes de sectores rururbanos de la zona de Cuyo, Argentina

MARÍA EUGENIA FRITZ
MARIELA MUÑOZ RODRÍGUEZ

Introducción

El presente artículo surge del intercambio y la puesta en diálogo, desde perspectivas críticas compartidas, de abordajes sobre la salud construidos a partir de los modos de vida de las juventudes en dos sectores: uno rural y otro rururbano (sector con superposición de elementos y funciones urbanas y rurales, Cardoso y Fritschi, 2012) de la región de Cuyo. A partir de dos procesos investigativos desarrollados en las provincias de Mendoza y San Luis (respectivamente), y situados en realidades sociales similares, nos proponemos problematizar ciertas nociones hegemónicas sobre la salud y avanzar hacia un análisis más complejo de las condiciones que atraviesan a este grupo etario.

Para ello, retomamos conceptos y propuestas propias de la salud comunitaria, con el objetivo de resignificar los procesos de salud tal como se materializan en la vida cotidiana de las juventudes. En este recorrido, los procesos de formación de ambas autoras han estado fuertemente influidos por los aportes de Enrique Saforcada, quien, desde distintas perspectivas ha habilitado la reflexión y nos ha permitido interrogarnos sobre otras formas de construir salud con las comunidades.

Conceptualización de salud desde una perspectiva de la complejidad

Los conocimientos son productos históricos y transitorios, lo que implica entender que no son eternos ni absolutos. En este sentido, los conceptos de salud y enfermedad han variado a través del tiempo en función de procesos histórica y socialmente determinados (Claros Bustillo, 2000). Es así, que abordar la problemática de la salud y el derecho a la salud de jóvenes nos lleva a entender que se trata de una construcción social e histórica en la que se entretajan y combinan diferentes factores.

A partir del siglo XVII podemos decir que surgen nuevos paradigmas que permiten comprender el proceso de salud-enfermedad, considerando al ser humano como inseparable de sus circunstancias, socioeconómicas, psicosociales y culturales; siendo ahora el objeto de trabajo el proceso de salud – enfermedad y sus emergentes y el campo de acción, el conjunto social (Prillestensky 2011, Morales Calatayud, 2012; Rudolf, 2011). Se produce la reconceptualización del objeto de las prácticas y la reflexión epistemológica sobre el concepto de salud, lo que exige la redefinición de los medios de trabajo y las actividades realizadas desde el rol de profesionales de la salud (Paim, 2011).

Saforcada (2012) postula a la salud en sentido amplio e integral, como *proceso dinámico* y que cuestiona directamente lo sostenido por el modelo clínico hegemónico, cuyos alcances e influencias se caracterizan por una orientación reduccionista, ahistórica, individualista y descontextualizada. La comprende como una situación de relativo bienestar psíquico, físico y social –el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia social determinada– considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre el individuo (entidad bio-psico-socio-cultural) y su ambiente (entidad físico-química-psico-socio-cultural y económico-política).

En este sentido, incorporamos los aportes de la epidemiología crítica, que propone como categorías nodales el metabolismo sociedad–naturaleza, la reproducción social y la determinación social de la salud, configurando así una ruptura con el paradigma dominante en el campo de la salud (Breilh, 2015, 2020). Desde esta perspectiva, la complejidad de la salud exige mirar a las personas y a las comunidades reconociendo el socioecosistema que las rodea y condiciona su bienestar (Soliz, 2016). Ello nos conduce a profundizar en el enfoque de la complejidad propuesto por la epidemiología crítica, a partir del análisis articulado de las dimensiones general, particular y singular de los procesos de salud (Castellanos, 1990). Breilh (2010) sostiene que “si bien los fenómenos de la dimensión general y particular tienden a reproducir y conservar sus condiciones (...), los procesos más específicos y singulares tienden a generar nuevas condiciones desde los ámbitos locales” (p.88-89). Así la determinación de la salud se produce entre dos lógicas opuestas, desde arriba hacia abajo (sub-sun-

ción) y desde abajo hacia arriba (autonomía relativa) (Breilh, 2010), ya que las relaciones estructurales configuran y son configuradas por estas prácticas diarias donde se generan tensiones entre las posibilidades y limitaciones y los saberes y vivires de las personas en un espacio- tiempo.

Desde esta perspectiva, para el sostenimiento de la vida es necesario el despliegue de estrategias que se dan en el doble sentido de la determinación social de la salud, por un lado buscando encastrar en el espacio social, y por ende en un esquema de dominación (subsunción), pero a su vez con tácticas y estrategias para sobrevivir y resignificar los mecanismos de poder como modos de resistencias (autonomía relativa) (Soliz, 2013). Esto se da en vinculación al capital, a las lógicas sexo-genéricas, étnicas, generacionales, entre otras.

La epidemiología crítica propone el abordaje de los problemas de salud a partir de tres principios constitutivos: lo complejo, lo dialéctico y la praxis. Desde la complejidad, plantea una ruptura con el pensamiento lineal de causa-efecto, ya que el objeto de la salud, comprendido desde la determinación de la vida, no puede fragmentarse en factores aislados, sino que debe analizarse como un entramado de procesos y relaciones. En este marco, Almeida Filho (2000, citado en Breilh, 2010) propone considerar dimensiones, movimientos, aperturas sistémicas, dominios, jerarquías y órdenes, así como sus relaciones de regularidad e incertidumbre, las posibilidades y los límites de la discontinuidad y la emergencia. Estas dimensiones y relaciones permiten iluminar y problematizar los fenómenos que se investigan, al tiempo que abren nuevos interrogantes para su comprensión.

Lo dialéctico implica una meta crítica, es decir, una revisión de la relación entre objeto y sujeto, en la que sea posible diálogo intercultural, entre saberes y vivencias populares y académicos interdisciplinarios hacia la transdisciplina. Ambas cualidades van a articularse en procesos de investigación y diagnóstico atravesados desde una mirada praxiológica (en tanto reflexión sobre la acción). O sea, no es una disciplina que solo se orienta a procesos de indagación, sino por el contrario aborda procesos reflexivos e intenta acompañar en procesos de problematización y concientización social desde y con las vivencias y reflexiones de las comunidades, reconociendo a un sujeto histórico.

La praxis, por su parte, buscará poner en tensión y pregunta los procesos de inequidad, intentando revisar el interjuego que se genera en la vida cotidiana y sus impactos en los procesos de salud.

La matriz de procesos críticos de la epidemiología crítica propuesta por Jaime Breilh (2003, 2018) es multidimensional, y consta de dimensiones que nos permiten comprender los procesos de salud-enfermedad. En la primera dimensión los procesos críticos están asociados a uno de los tres niveles de abstracción: general, particular y singular (ya mencionada). Desde la dimensión general se comprenden los modos de vida de las poblaciones considerando las dinámicas de subsunción y autonomía progresiva que en ellas ponen en juego. Otra dimensión es la diferenciación entre procesos protectores y destructivos asociados a ella, es decir aquellos que generan procesos de protección para la vida o bien malsanos. Una tercera dimensión son los cinco modos de vivir, específicamente en la dimensión particular: trabajo, consumo, valores culturales e identidad, organización y soportes, y relaciones ecológicas.

Conocemos que Enrique Saforcada cuestionaba los aportes de la salud colectiva, por encontrar en ellos poca posibilidad de diálogo entre disciplinas con la psicología y porque los aportes principalmente se han centrado en revisar los procesos institucionales de salud (Saforcada, 2012). Considerando esta crítica, retomamos los aportes de la epidemiología crítica ya que consideramos que nos dan herramientas para poder comprender los procesos en contextos rururbanos articulados con los aportes del Sistema Total de Salud Enfermedad (Saforcada, 2015). En estos Enrique toma las dimensiones de los diferentes poderes del estado en la construcción de políticas que pueden construir salud o enfermedad públicas, siendo acciones u omisiones que construyen los distintos polos malsanos o salutógenos tanto en relación al poder ejecutivo, legislativo como judicial. En estas dinámicas interviene además el Complejo industrial productor de insumos diagnósticos, terapéuticos y preventivos; el Complejo industrial - financiero especulativo y el Complejo comunicacional global construyendo. Otro componente del STS-E “implica a toda la sociedad y su nivel de desarrollo salubrista y sanitarista, entendiendo que salubrista refiere a la salud positiva y sanitarista a la acción de sanar, o sea que hace mención a la enfermedad y sus manifestaciones” (Saforcada, 2015: 243). Estos co-

nocimientos y prácticas de la población con respecto a la salud y la enfermedad integran una subcultura específica de cada territorio.

Juventudes y rururbanidad

Es necesario encontrar explicaciones que permitan dar cuenta de la complejidad de las realidades juveniles actuales, es por eso que proponemos la problematización de ciertas ideas matrices arraigadas en el sentido común, la ruptura con el paradigma hegemónico que forma el elemento discursivo imperante en relación con lxs jóvenes de hoy. Una perspectiva muy recurrente es la esencialista, es decir aquella que entiende se trata de un grupo homogéneo, indiferenciado con ciertos atributos inmutables y a-históricos. Este tipo de mirada también llamada objetivista (Chiriguini, 2008), tiende a pensar las identidades en términos de “esencia”, que diferenciaría a aquellos sujetos que la poseen de aquellos que no, es decir una serie de atributos fijos y universales serían la condición a priori para definir su existencia.

Desde la mirada que impone la cultura hegemónica, se piensa y establece cómo debe ser vivida cada etapa de la vida, universalizando formas específicas de ser niño, joven o adulto e invisibilizando otras. De esta manera, se producen las condiciones simbólicas de cómo ser/estar en cada etapa de la vida, se naturalizan determinadas expectativas, prácticas y estereotipos en el marco de este procesamiento sociocultural de las edades (Chaves, 2012), lo que da cuenta de operaciones ideológicas que actúan como dispositivos de control social. En palabras de Bourdieu (2002), las clasificaciones por edad son siempre una manera de imponer límites, de producir un orden en el que cada quien debe mantenerse. Desde esta lógica se cree que deben ser guiados, enseñados, preparados, corregidos, encaminados y enderezados. La adultez es entendida como lugar de llegada desde donde se piensa algo y lo que no es eso está en falta respecto “de”, o sea le falta algo para llegar a ser adulto. Esta mirada adultocéntrica de la vida posibilita el establecimiento de relaciones de poder y dominación de unos sobre otros, es una condición sistémica, en tanto tiene raíces históricas en su conformación, se reproduce por medio de componentes materiales y simbólicos, y establece el orden/desorden que genera los conflictos y asimetrías que sufren lxs jóvenes. Mirar a lxs jóvenes desde el

mundo adulto, puede ocasionar el riesgo de equivocarse o malinterpretar signos y símbolos cuyos significados han cambiado por los acontecimientos históricos y sociales que llenan las distancias entre nuestra juventud y las juventudes actuales. Es necesario reconocer a lxs jóvenes como ciudadanos y por lo tanto, sujetos de derecho (y no objetos), dejando atrás la idea de juventud como una etapa de transición hacia la adultez, como ideal del sujeto “completo” y “pleno”. En tal sentido, entendemos que la conceptualización sobre jóvenes debería recoger sus vivencias en relación con el presente, más allá de un futuro incierto, que puede encontrar distintas alternativas posibles (Kornblit, 2007) y de esta manera alejarnos de la idea de entender que se trata de una etapa de transición por la que las personas transcurren hasta lo que serán como adultos, preparándose para ello.

Adherimos a la idea de juventudes como un concepto que remite a la heterogeneidad y diversidad de maneras de “ser joven”. Esta premisa es destacable porque existen importantes diferencias teniendo en cuenta las trayectorias personales, la pertenencia a medios urbanos o rurales, los diferentes estratos socioeconómicos, y los países centrales y periféricos, incluyendo también las distintas épocas. Es así que, hacemos nuestra la reflexión de Chaves (2005), cuando afirma que la juventud como tal, no existe, pues lo que se verifica en la práctica es la existencia de una amplia y variada gama de grupos juveniles.

Checa (2003), al respecto sostiene que la juventud no es una etapa homogénea, por lo tanto, hay diferentes maneras de ser joven. Los distintos contextos sociales y culturales, en diferentes momentos, son los que darán la particularidad a esta configuración.

Es necesario pensar las juventudes desde una mirada que abarque la complejidad de configuraciones multidimensionales y que permita acercarnos a comprensiones profundas de los fenómenos intervinientes.

La rururbanidad como otro de los tópicos de este artículo, alude al proceso de diversificación ocupacional que se da en territorios con características rurales (Sobrino, 2008 citado en Cardoso y Fritschy, 2012).

Si bien se amplía la gama ocupacional y las actividades agropecuarias pasan a un segundo plano, el vínculo con la tierra se mantiene como un

elemento fundamental para la reproducción campesina. Este indicador parece viable para analizar la interacción en el campo y la ciudad y ya no definir a lo rural y urbano como una dualidad, sino como una organización territorial con importantes interrelaciones, siendo una de ellas la del mercado laboral.

Los procesos malsanos y protectores implican en la complejidad del sistema capitalista diferentes ejes que nos permiten analizar la realidad desde las dinámicas de opresión que generan. Algunos de estos procesos que ejercen presión sobre los usos del suelo rural son:

- **Economía:** desindustrialización, recesión económica, reestructuración económica (Astinza, Sánchez, 2004), impulso de las pequeñas y medianas empresas, especulación inmobiliaria, alza en los precios de los terrenos (De Mattos, 2008).

- **Políticos:** promoción del modelo de desarrollo endógeno, botton-up o local (Fernández, 1999; García Delgado, 1997), y de gestión gerencial, políticas de promoción industrial y regional, puesta en funcionamiento de planes estratégicos municipales.

- **Sociales:** percepción del aumento en la delincuencia urbana (Méndez Saiz, 2002), autosegregación, diferenciación, estratificación social (Svampa, 2005; Clichevsky, 2002).

- **Ambientales:** contaminación urbana, gusto y preferencia por los espacios rurales y el estilo de vida en contacto con la naturaleza (Clout, 1976), difusión de la ideología clorofila (Valenzuela Rubio, 1977).

- **Demográficos:** envejecimiento de la población, emigración por jubilación, disminución del éxodo rural e inicio del éxodo urbano (Ferrás Sexto, 1998), planificación familiar, constitución de familias con hijos pequeños y nuevas modalidades de matrimonio o unión consensual de tipo colaborativo (Heard, 2011; Bachrach, 2000).

- **Tecnológicos, urbanísticos, de movilidad, etc.:** extensión de servicios urbanos e infraestructura a espacios rurales (como luz eléctrica, agua potable, internet, telefonía, etc.), nuevas vías rápidas de circulación, mayor accesibilidad.

En el entramado de las diferentes realidades que se generan es que se configuran los diferentes modos de vida territoriales.

Caracterización del contexto de estudio

La zona de Cuyo, Argentina, se ubica en el centro del país en el lado oeste. Está constituido por las provincias de Mendoza, San Luis y San Juan. En este artículo realizaremos un análisis de dos zonas rururbanas de las primeras dos provincias mencionadas.

Una de ellas se llama El Remanso (Mendoza), es una zona rural, en avances hacia la rururbanidad, que ha visto modificadas las características de su paisaje, su suelo y otros recursos naturales. Estas transformaciones se vinculan, por un lado, con un ordenamiento territorial orientado a habilitar la proliferación de actividades económicas, principalmente agrarias y petroleras, que reconfiguran las dinámicas socioambientales del territorio. A medida que estas actividades se han ido consolidando han avanzado en la apropiación y gestión de pozos de agua al tiempo que los contaminan. Así también, se han sumado a la zona empresas manufactureras en las que la población numerosas veces trabaja. Asimismo, han dinamizado consecuencias concretas sobre el modo de vida de la población: despojo de bienes comunes, empobrecimiento económico y cultural, generando procesos de migración, escaso acceso al agua y a la salud, condiciones precarias de vida. Estos procesos migratorios afectan principalmente a las juventudes que no encuentran en este contexto oportunidades de estudio ni laborales.

En esta zona de Mendoza los efectos del extractivismo de bienes comunes en los modos de vida de sectores rurales locales, generaron cambios en las dinámicas de empleo, ya que redujeron las posibilidades productivas de zonas que eran principalmente agrarias. También generaron modificaciones en las dinámicas recreativas de la población. Paralelamente a la calle principal del poblado existe un arroyo, comentan lxs vecinxs que supo ser lugar de reunión y esparcimiento de los pobladores. La construcción de diques y la explotación fabril y minera han cambiado esta realidad.

Las instituciones de esta zona son una escuela primaria, que en momentos permitió el funcionamiento de escuela de jóvenes y adultos dando

lugar a que numerosas personas de la zona finalizara estudios secundarios. También existe el polideportivo, que es gestionado por la Municipalidad de Luján de Cuyo. Este cuenta con un salón y un playón que permiten la realización de actividades recreativas y deportivas. Es significativo indicar que ambas instituciones son colindantes y permiten diálogos y articulaciones entre ellas. Estas fueron construidas a partir de la donación de terrenos de uno de los vecinos y construidas entre ellxs mismxs.

En las cercanías de estas instituciones en los últimos 20 años se construyó un barrio. Este comienza a mostrar diferencias en la organización y vinculación barrial, haciendo más cercanos algunos lazos. A lo largo de la calle principal se encuentran algunos negocios que no sólo resuelven algunas necesidades de la población, sino que también son lugar de encuentro en tiempos de cosecha. A su vez, en la zona, muy incipientemente existen algunas casas construidas por familias para la recreación. Es decir que comienza a extenderse una nueva categoría de vecinx, aquel de fin de semana o que vacaciona en la zona.

Los medios de transporte generan dificultades de movilidad para quienes estudian lejos del poblado ya que implica estar la mayor parte del día fuera de casa o tener tiempos de espera muy prolongados para el ingreso a la escuela o el regreso a los hogares. Esto hace que lograr sostener una educación secundaria o superior implique grandes esfuerzos y limitaciones en su consecución.

La zona de Estancia Grande en San Luis constituye un escenario particular que en la configuración de su vida cotidiana imbrica múltiples dimensiones que expresan aspectos macro y microsociales que son consecuencia de su historia. Desde el estado provincial se realiza una gran inversión con el objetivo de posicionar en lo turístico a dicha zona rural. Se realizan caminos, restaurantes, locales comerciales, campings, una cancha internacional de polo, un estadio de fútbol y otros atractivos en un gran número de hectáreas de la zona, todos subsidiados por el Estado. Para realizar este proyecto se llevó a cabo un cruento proceso de expropiación que vulneró derechos de las personas originarias de más de 200 hectáreas, a partir del decreto 3083/09 firmado por el entonces gobernador de la provincia. Muchas de las familias afectadas recibieron una vivienda dentro de alguno de los dos barrios creados en el marco de dicho proyecto,

uno ubicado en Las Barranquitas y el otro en Estancia Grande, mejorando de esta manera sus condiciones habitacionales, pero viendo limitada la realización de sus actividades laborales habituales, vinculadas al trabajo rural, como la labor de la tierra y la cría de animales. De tal manera se vislumbró una colisión de intereses políticos con los de los pobladores que habitaba la zona, ya que la supuesta necesidad de enriquecimiento y puesta en valor de la zona que se impuso desde el poder superó la elección de un estilo de vida que lxs habitantes sostenían como impronta cultural.

La población que habita actualmente la zona es heterogénea en su condición de clase social; la configuran familias que viven en condiciones de extrema pobreza sobre lo alto de las sierras, hasta familias adineradas que tienen casa de fin de semana en la zona. Un importante número de familias están conformadas por mujeres con sus hijxs y en algunos casos se suman los nietxs, siendo un porcentaje menor las familias integradas por parejas con sus niñxs. En el primer caso, las mujeres cumplen el rol de jefas de hogar y constituyen el único sostén económico. El trabajo en general es brindado por la Municipalidad y consiste en tareas de limpieza de la vía pública, la municipalidad, el CAPS, la escuela; tareas de mantenimiento, manejo del transporte público, entre otras. En cuanto al nivel de escolarización, encontramos que de un total de casi 800 habitantes en la zona el 70 por ciento posee primaria completa y un 30 por ciento, primaria incompleta. Los servicios con los que cuentan son agua proveniente de acueducto y luz eléctrica en las zonas más cercanas al casco urbano y en las zonas más alejadas agua de vertiente. No cuentan con transporte público, situación que lleva a los pobladores a caminar largas distancias enfrentándose a situaciones de riesgo y a las inclemencias del tiempo. A su vez limita a los pobladores la posibilidad de un trabajo fuera de la zona, ya que si no poseen medio de transporte propio se vuelve muy complejo.

Las instituciones existentes son: Municipalidad, Escuela Digital Primaria y Secundaria, Iglesia, Centro de Atención Primaria de la Salud y Estadio Municipal de fútbol. Lo que caracteriza a estos espacios es que todos son conducidos y subsidiados por el Estado provincial.

Metodología

La naturaleza del objeto de estudio tal como lo hemos enmarcado conceptualmente, nos orienta hacia un enfoque metodológico interpretativo que posibilita centrar la indagación en la construcción de significados (Guber, 2010) dados por lxs pobladorxs en las vinculaciones que hemos sostenido con ellxs. Nos centramos en un análisis sociocrítico que nos permitió comprender las dinámicas sociales que sostienen procesos protectores y malsanos para las juventudes en tanto estructuras que configuran los modos de vida en los territorios.

Si bien, buscamos abarcar la diversidad y la heterogeneidad de situaciones, nos interesó al mismo tiempo profundizar dimensiones que posibiliten construir categorías analíticas en un proceso continuo de recolección, análisis y conceptualización de la información.

En este sentido entendemos la lógica de investigación, como proceso interpretativo de indagación, multimetódico y naturalista, en la que se pone en interlocución el bagaje del investigador (conceptos, cuerpos teóricos, métodos y técnicas) con el bagaje de lxs sujetos a quienes quiere conocer (conceptos, métodos, prácticas, etc.), examinando críticamente los principios teóricos que lo orientan y discutiendo teóricamente los hallazgos que resultan del trabajo empírico o de campo (Guber, 2010).

Al igual que Mason (1996), adherimos a la idea de que esta investigación está fundada en una posición filosófica interpretativa, esto es, que se interesa por las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido. Este tipo de investigación está basado en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, y está sostenido por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto (Vasilachis de Gialdino, 2006). Por otro lado, nos enriquecemos de los aportes sociocríticos en salud para poder articular los sentidos a las experiencias y desde ahí realizar una praxis que permita comprender las dinámicas de interacción social (Breilh, 2010).

Buscamos en este proceso describir los modos de vida en los que jóvenes construyen los procesos de salud-enfermedad en dos zonas rururbanas de Cuyo, Argentina.

Realizamos una sistematización de la información de acuerdo a ejes de indagación que encontramos nodales para las experiencias de ambos territorios: juventudes, rururbanidad y género. Trabajamos con el análisis de contenido de los diarios de campo de la experiencia de trabajo territorial de San Luis y de Mendoza ya que ambos equipos tuvimos esta metodología de registro. Recuperamos información de fuentes secundarias en los casos en que esta fue necesaria, por ejemplo, al analizar las estructuras poblacionales de ambos territorios.

Una vez recuperada la información de estos tres ejes realizamos una comparación de las dos áreas para comprender las dinámicas sociopolíticas que permitían su caracterización.

Análisis de la información

En primer lugar, pensar la rururbanidad como categoría de análisis, implica entender que constituye una nueva forma de ciudadanía que instala formas particulares de saber estar en los territorios dejando ver las nuevas civilidades que se están construyendo. Se observan transformaciones en los usos del suelo, en las actividades y en las pautas de comportamiento de sus habitantes, plasmándose dichos procesos de tensión y conflicto (Nates-Cruz, 2018). La rururbanidad es más incipiente en la zona de Mendoza que en San Luis, lo que hace que las opciones recreativas, de servicios y educativas que en ambas zonas son escasas, sean aún más en la provincia vecina. Para el contexto de San Luis valoramos positivamente la presencia de la escuela secundaria en el mismo pueblo a pesar de las distancias de acceso a la misma, ya que constituye el principal punto de encuentro de lxs jóvenes, se construye una identidad particular en torno a este espacio y lxs jóvenes toman un papel más protagónico y participativo al interior de la misma. Sin embargo, al pensar la trayectoria educativa en proyección a futuro identificamos que la posibilidad de cursar estudios superiores se ve restringida principalmente por la ausencia de servicios de transporte que viabilicen esta posibilidad. Esta situación afecta notablemente a lxs jóvenes que ven pocas opciones para sus futuros. Esto se acrecienta y complejiza en San Luis en donde los procesos productivos son escasos y principalmente las fuentes económicas residen en los planes sociales.

Las políticas públicas de San Luis desarticularon los modos de vida del territorio en el que realizamos el estudio desarmando los hábitats de las familias. En el 2008 una serie de medidas del gobierno provincial apuntaron a posicionar en lo turístico a dicha zona rural, luego de una importante inversión económica que vino después de un gran conflicto con los pobladores que no estaban de acuerdo con ceder o vender sus tierras para dicho proyecto, el cual terminó concretándose mediante el uso de la fuerza pública y la expropiación en algunos casos. La geografía del territorio cambió completamente con nuevos caminos y servicios para el turismo, pero los pobladores de la zona vieron modificada o incluso interrumpida su actividad productiva. La población que habita actualmente en la zona es heterogénea en su clase social, la configuran familias que viven en condiciones de extrema pobreza sobre lo alto de las sierras, familias que habitan en viviendas sociales hasta familias adineradas que tienen casa de fin de semana en la zona. Si bien todo esto no afecta directamente la actualidad de lxs jóvenes, impacta en su memoria familiar y colectiva.

En el contexto mendocino, las políticas de suministro de agua y la segregación de las zonas bajas para su uso como bienes de interés común destinados a yacimientos petrolíferos y a la producción vitivinícola industrial dificultan el sostenimiento de la cultura agraria local. Las actividades productivas son principalmente la tercerización de servicios de seguridad o bien empleos temporarios en época de cosecha y la producción industrial consecuente, haciendo que las familias administren el dinero a lo largo del año con la realización de changas u otros trabajos temporarios. Las mujeres son quienes menos ocupan estos puestos de trabajo predominando tareas de cuidados no rentadas como ocupaciones principales. En San Luis los planes sociales son la principal fuente de ingresos, existiendo también, pero en menor medida, actividades ligadas a la extracción de piedras de canteras y trabajo agrario. La escasez de ingresos representa una importante limitación y esta situación sumado a la ausencia de transporte público restringen la posibilidad de autonomía y la proyección de una mejora de la situación económica a partir de tomar un trabajo en zonas cercanas, ya que se torna casi imposible cumplir por las distancias y el esfuerzo que implica, sin medios de movilidad. Al igual que en Mendoza, principalmente las mujeres están abocadas a tareas de cuidado, a su vez

existe un número importante de mujeres que son las encargadas de sostener económicamente a sus hijxs y sus hogares siendo esto a través de tareas domésticas que suman a los ingresos de los planes sociales. De esta manera, las políticas afectan los modos de vida de ambas zonas llevando a una reconstrucción de las narrativas y posibilidades de vida.

Las investigaciones sobre epidemiología crítica en zonas rurales muestran que los circuitos de producción y las tareas reproductivas generan una distribución desigual de las ocupaciones y del dinero según los sexos (Muñoz Rodríguez et al., 2019). En estas desigualdades las características de salud y de enfermedad se muestran relacionadas a ello, a mayor concentración en tareas de cuidado sin otro tipo de actividades mayor carga de sintomatología (Muñoz Rodríguez et al., 2019). Se advierte que los impactos del trabajo productivo y reproductivo, en los procesos de salud de las personas, se vinculan con roles de género propios de una cultura patriarcal. Por lo dicho hasta aquí es un desafío, la revisión de las propuestas de indagación, abordaje y acompañamiento en temas referidos a la salud mental en comunidades.

La subcultura de la salud y la enfermedad, son centrales para la acción emancipadora de integración de fuerzas y culturas contrahegemónicas y de construcción de poder simbólico alternativo. Una hermenéutica crítica y los aspectos ideológicos subyacentes a toda práctica social plantean revelar las fuentes de dominación y coerción de los discursos y las acciones, y construir proyectos enmarcados en una praxis emancipadora. En esta constitución subjetiva los vínculos con la adultez y las formas de concebir los pasos de etapa presentan cualidades diferenciales. En Mendoza, el trabajar en las fincas se concibe como parte de los procesos de ser de la zona. Desde pequeños acompañan a sus padres en el trabajo de campo y en la juventud el trabajo de cosecha habilita posibilidades de autonomía económica. Entendiendo que mientras se conservan derechos integrales, el trabajo ayuda a la constitución subjetiva y no es obstáculo para ella (Morales, 2017). Es decir, si hay espacio de tiempo libre, educación y salud, el trabajo realizado en algunos momentos como parte del desarrollo integral no es obstáculo para los derechos humanos.

En cuanto a la participación, el valor de la voz de lxs jóvenes es menospreciada y numerosas veces invisibilizada, a punto tal que en los espacios públicos hay poca presencia de este grupo. Asimismo, las pocas posibilidades laborales y de inserción territorial hace que la población contenga a jóvenes en edad escolar pero luego de eso, la mayoría migra. En San Luis, aparece una fuerte impronta adultocéntrica que obstaculiza el encuentro intersubjetivo y el entendimiento de los procesos de salud de lxs jóvenes desde lo colectivo, teniendo como núcleo central el “no protagonismo” y “la no participación”, ya que desde esta mirada el control lo toman y lo ejercen lxs adultxs sometiendo a lxs jóvenes a un lugar de subordinación y de opresión (Morales y Magistris, 2018). De esta manera, en nuestra experiencia de trabajo, también existen escasos o nulos espacios que rescaten las voces y experiencias de lxs jóvenes en la cotidianidad, siendo la independencia económica unos de estos casos excepcionales que ubican a los jóvenes en un lugar de mayor valoración. Morales y Magistris (2018) plantean que aquellos que niegan el protagonismo y con él la capacidad de pensar, lo hacen porque han constituido una imagen autoritaria y jerárquica del pensamiento, una imagen que excluye lo que después calificará de incapaz. Lxs jóvenes transitan su cotidianidad cumpliendo con la etapa escolar obligatoria y lxs que son parte de familias que poseen canteras trabajando en dicha actividad desde muy pequeños con toda la familia y en algunos casos abandonando la escuela.

En cuanto al género en el caso de las mujeres jóvenes del territorio mendocino, se observa gran dedicación a las tareas del hogar y planes de futuro en los que predomina la idea de familia, convivencia y procreación. La maternidad en tanto destino obligado (Engelmann, 2020) de las mujeres ocupa un lugar muy importante que resigna los procesos de formación profesional aunque los deseen. Numerosas mujeres jóvenes comenzaron estudios superiores pero los abandonaron al ser madres. También numerosas adultas lograron terminar estudios secundarios en un CENS de jóvenes y adultxs y lo comprenden como un objetivo postergado, tanto por su propia maternidad como por tener que asumir tareas de cuidado en sus casas con sus hermanxs o bien salir a trabajar.

En San Luis estos aspectos son coincidentes, las mujeres jóvenes transitan en su mayoría el sistema escolar obligatorio y en el transcurso

o luego del mismo abocan sus vidas al cuidado de hijxs si los hubiese o si forman pareja a las tareas del hogar, intercalando ésto con tareas que les demandan por ser beneficiarias de un plan social principalmente la limpieza de espacios públicos. La educación secundaria para ellxs es más posible dado que la escuela es de acceso más próximo. La expectativa de continuar estudios superiores está presente en algunos casos en mujeres jóvenes que no trabajan y son parte de un núcleo familiar con cierta estabilidad económica que acompaña estos proyectos, pero son una minoría. En ambos casos aparece el género modelando la vida colectiva desde lo simbólico generando en lxs jóvenes una valoración desigual de las acciones de mujeres y varones. Al sostenimiento de lo que ocurre en el orden simbólico contribuyen por igual mujeres y hombres reproduciéndolo con papeles, tareas y prácticas diarias que cambian según el contexto (Lamas, 2007 citada en Salva, 2013).

Con respecto a las dinámicas de participación implicadas en los procesos de intervención notamos que la disposición de las instituciones debe estar dirigida al diseño de propuestas interdisciplinarias e intersectoriales que prioricen espacios participativos para las juventudes desde sus intereses y necesidades. Stolkiner (1999) plantea que la primera tarea de construcción inter-saberes que desafían estos equipos es, obviamente, la formulación del programa a desarrollar y de sus objetivos. La base de la misma es la definición del problema y de sus actores. El marco referencial común implica, entonces, acuerdos básicos ideológicos sobre lxs sujetos de las prácticas. Es decir, cómo entendemos las juventudes.

Poder definir al colectivo de jóvenes contextualizado nos permite pensar con ellxs hacia donde construir las propuestas. En Estancia Grande nuestro recorrido requirió como indispensable construir desde los emergentes, desde los interrogantes y búsquedas de lxs jóvenes de la zona. Los procesos de investigación que se pudieron crear a lo largo del tiempo en la institución escolar y el Centro de Atención Primaria de la salud tuvieron como principal objetivo avanzar hacia prácticas de empoderamiento de lxs jóvenes. De esta manera, se concretó por ejemplo una muestra escolar el día de cierre de año lectivo, proceso que fue en gran parte autogestivo, sus intereses motivaron la actividad y el desarrollo de la misma fue con acuerdos colectivos. El material que se generó fue compartido y enrique-

cido por un grupo integrado por cuarto, quinto y sexto año de la escuela secundaria digital. Este se revisó previamente y se presentó el día del cierre de año, la mayoría en formato de folletos. En el transcurso observamos gran interés al conocer lo trabajado por sus compañerxs logrando procesos de problematización de los temas que habían sido seleccionados, vinculados a las adicciones, la ansiedad, desmotivación y estado de ánimo depresivo, autoestima, entre otros. Temas seleccionados por ellxs de acuerdo a sus preocupaciones e intereses.

En acciones de este tipo no sólo se revaloriza la voz de lxs jóvenes por las adulteces que lxs escuchamos, sino por sus pares. Este movimiento es central para avanzar en procesos de legitimación horizontal de los saberes (Morales y Magistris, 2018).

Reflexiones finales

La posibilidad de analizar de manera conjunta ambos escenarios nos ha permitido comprender diferentes dinámicas de poder diagramadas desde el Sistema total de Salud-Enfermedad en las que se observan cómo las acciones - y omisiones - de los poderes públicos afectan las posibilidades de sostén y fortalecimiento de dinámicas biensanas o profundizan condiciones malsanas.

En este sentido, resulta imprescindible construir, en los espacios de la rururbanidad, dinámicas colectivas de problematización de los procesos de determinación social de la salud y de la vida. En el actual tiempo histórico, atravesado por la precarización del lazo social y el avance del capitalismo, la ausencia de una revisión crítica de las dinámicas territoriales nos coloca en un escenario de alerta aún más urgente. En este marco, la defensa de los bienes comunes se vuelve una tarea ineludible, que requiere decisiones informadas y participativas junto a las poblaciones, orientadas a resguardar y fortalecer la producción de dinámicas bienestanas y la construcción de una subcultura salubrista.

Dialogar con las contribuciones de Enrique Saforcada nos parece central para seguir profundizando las revisiones críticas y las planificaciones territoriales. Su concepción de la salud como un proceso social, histórico y situado, indisolublemente ligado a las condiciones materiales de exis-

tencia y a los modos de organización comunitaria, permite problematizar las políticas territoriales más allá de su dimensión técnica o productiva, incorporando la pregunta por el sentido, la equidad y la justicia social. Desde esta perspectiva, el territorio se comprende como un espacio vivo, atravesado por relaciones de poder, saberes locales y prácticas de cuidado.

Este enfoque resulta potente repensar las planificaciones territoriales y las políticas públicas desde un enfoque integral y participativo, en el que lxs jóvenes sean reconocidas como sujetxs activxs en la producción de salud y no como meros destinatarios de intervenciones. Incorporar sus voces, saberes y prácticas resulta clave para construir estrategias de promoción de la salud situada, capaces de fortalecer los vínculos comunitarios y de disputar las lógicas adultocéntricas y extractivistas invisibilizan sus experiencias.

Recuperar los aportes de Enrique Saforcada no implica sólo una referencia teórica, sino una invitación a seguir repensando las políticas públicas, el ordenamiento territorial y las prácticas profesionales desde una ética del compromiso con los territorios. Una ética que reconozca las desigualdades estructurales dispute los sentidos hegemónicos del desarrollo y contribuya a la construcción colectiva de territorios habitables, justos y saludables, orientados hacia el Buen Vivir.

Referencias bibliográficas

- Breilh, Jaime (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Breilh, Jaime (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6 (1), 83-101. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>
- Breilh, Jaime (2014). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En Carolina Morales y Juan Eslava (Eds.), *Tras las huellas de la determinación* (pp. 19-75). Universidad Nacional de Colombia.
- Breilh, Jaime (2018). Salud colectiva y epidemiología crítica fundamentos. Presentación no publicada utilizada en Seminario Internacional de Epidemiología Crítica y Salud Colectiva. Quito: UASB. Sin Publicar.

- Cardoso, M., y Fritschy, B. (2012). Revisión de la definición del espacio rururbano y sus criterios de delimitación. *Contribuciones Científicas GAEA*, 24: 27-39. CONICET_Digital_Nro.fe26c613-8aa7-40d5-a360-f320baee631e_B.pdf
- Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. *Boletín Epidemiológico OPS 10* (4): 1-7. <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8366.pdf>
- Chaves, M. (2005). Juventud negada y negativizada. Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Revista Última Década* 23, 9-32. CIDPA.
- Chaves, M. y Fidalgo Zeballos, J. E. (coords.) (2012) *Políticas de infancia y juventud: producir sujetos, construir Estado, disputar sentidos (provisorio)*. Buenos Aires: Espacio– Foro -CIC.
- Checa, S. (2003). Introducción. Aproximaciones a la problemática de la sexualidad adolescente. En Checa, S (comp). *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Ed Paidós.
- Chiriguini, M. C. (2008). “Identidades socialmente construidas”, en Chiriguini comp. *Apertura a la Antropología*.
- Claros Bustillo, J. (2000). *Introducción a la Salud Publica*. La Paz: UMSA.
- Engelmann, Anni (2020). ¿Será deseada? Reflexiones sobre el mandato de maternidad. *Revista movimiento*. <https://revistamovimiento.com/genero/sera-deseada-reflexiones-sobre-el-mandato-de-maternidad/>
- Guber, R (2010). El proyecto de investigación en Ciencias Sociales: Aceptación, concepción y redacción. En *Proyectos en acción: técnicas, métodos y claves para la investigación en ciencias sociales*. CAICYTCONICET. Argentina.
- Kornblit, A. (2007). *Juventud y vida cotidiana*. Ed. Biblos.
- Morales Catalayud, F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 4, 98-104.
- Morales, S. (2017). Trabajo infantil, control social y la hipocresía de las Naciones (H)undidas. Jornadas de Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNCuyo: Ofensiva neoliberal en “toda la piel de América” Realizado en la fecha: 15 y 16 de junio de 2017. Universidad Nacional de Cuyo, oai:bdigital.uncu.edu.ar:10641
- Morales, S. y Magistris, G. (2018): *Niñez en movimiento. Del adultocentrismo a la emancipación*. Editorial: Chirimbote.
- Muñoz, M.; Torres, M.E. y Pérez, G. (2019) De los determinantes a la determinación social de la salud: propuesta de indagación sobre la relación sexo-genérica en estudios epidemiológicos en salud mental. *I Congreso Internacional de Salud Mental Comunitaria*. 22 a 24 de agosto de 2019. Facultad de Psicología

- Universidad Nacional de La Plata.
- Nates-Cruz, B. (2018). Territorialidades rururbanas o rururbanidad contemporánea. *Revista de Antropología y Sociología: VIRAJES*, 20 (1), 5-12. 10.17151/rasv.2018.20.1.1.
- Paim, S. (2011). *Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI*. Editorial Lugar.
- Prilleltensky, O. (2011). Mundanca Organizacional para o Bem – Estar da Comunidade. En *Saúde Comunitária. Conhecimientos e experiencias na América Latina*. Ed. Sulina.
- Rodof Macció, S. (2011). A contrucao da saúde segundo a perspectiva da relacaoUniversidde – comunidade. A figura do “Operador de Bairro” como articuladora. En *Saúde Comunitária. Conhecimientos e experiencias na América Latina*. Ed. Sulina.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 37. www.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222002
- Saforcada, E. (2015). El Sistema Total de Salud-Enfermedad: componentes, dinámicas, responsabilidades, riesgos y alternativas. En: M. de Lellis (Comp.). *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 121-164). Nuevos Tiempos.
- Solíz Torres, M. F. (2013). Procesos psicosociales en recicladores(as). del basural a cielo abierto de Portoviejo. *Revista Latinoamericana de Psicología Social Ignacio Martín-Baró*, 2 (2): 91-123. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bits-tream/10644/3999/1/Soliz%2C%20F-CONo10-Procesos.pdf>
- Soliz Torres, M. F. (2016). *Salud colectiva y ecología política: la basura en Ecuador*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Salva, M. C. (2013). *Procesos de integración/diferencia y producción de la desigualdad: ordenamientos de género*. En *Temas y problemas en antropología social* (pp. 116-134). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Stolkiner, Alicia (1999a). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista El campo Psi*. 3 (10). <https://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Vasilachis de Gialdino (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Ed. Gedisa.

Desafíos para la formación superior integral en psicología considerando los aportes de Enrique Saforcada en torno al factor humano

MARIELA MUÑOZ RODRÍGUEZ
SANTIAGO ANDRÉS MARTÍN

Introducción

El trabajo de Enrique Saforcada, psicólogo argentino fallecido en 2023, ha nutrido una amplia gama de reflexiones de incumbencia para la psicología en Argentina. Él fue un militante por la comprensión de la psicología como una disciplina polifacética que se dedica al estudio del “factor humano”. Se trata de un concepto, que trae consigo una perspectiva, que entiende al ser humano como poseedor de un componente psiconeurosociocultural complejo y específico que en la especie humana alcanza su mayor desarrollo y lo diferencia de otras especies vivas (Saforcada, 2019). Él mencionaba que la psicología debía ser convocada en todo ámbito en que se requieran aportes de naturaleza científico-técnica con relación al factor humano (Saforcada, 2017). Así, el autor consideraba que quienes ejercemos esta disciplina deberíamos salir de los espacios privados, en el que principalmente se mueve su ejercicio profesional, para ocupar e incidir en lo público. Si bien comprendía que los problemas de incumbencia del factor humano generalmente son de orden multi o transdisciplinarios, consideraba que estos no estarían resueltos lo más acabadamente posible si la psicología está ausente en su elaboración.

Saforcada criticaba fuertemente la formación en psicología en Argentina y en el Río de la Plata, en la medida en que, para él, se basaba en el predominio de orientaciones clínicas por sobre las sociales y del psicoanálisis en la formación en detrimento de diferentes corrientes que él entendía más pertinentes para responder a las demandas de la sociedad. Él consideraba que el perfil profesional que las universidades creaban no

estaba vinculado con la búsqueda de ser un agente de cambio, sino un agente de mantención del orden social.

En este capítulo nos proponemos reconstruir el itinerario reflexivo que Saforcada trabajó en torno a la formación de la psicología en Argentina. Con base en ello, apuntamos las implicancias que su reflexión tiene para el esfuerzo de construcción de un proyecto de formación superior integral.

Aportes teóricos fundantes y propuestas de otra psicología en el Río de la Plata

Durante una conferencia dada en 2024 en la Universidad Nacional de San Luis, en el marco del aniversario del fallecimiento de Enrique Saforcada, Martín De Lellis señalaba que los aportes del autor pueden ser caracterizados principalmente por el ejercicio de una crítica de la psicología que se organiza alrededor de distintas problemáticas teórico-políticas. Entre ellas, la cuestión de la formación profesional encuentra un lugar de considerable importancia y se articula con otros núcleos de reflexión como pueden ser los paradigmas en salud o la organización y gestión del sistema sanitario.

El conjunto de reflexiones a las que ha invitado Saforcada a lo largo de su carrera tienen incumbencia a la hora de revisar las coordenadas tanto de comprensión como de abordaje en psicología. De allí la importancia que le asigna a la formación universitaria en psicología como un ámbito propicio para poner en cuestión los sesgos individuales, clínicos, urbanos y privados que, en términos generales, han dirigido el derrotero histórico de la disciplina. Al respecto, Saforcada considera que la tarea de inscribir el rol profesional en un proyecto de trabajo comprometido con la realidad nacional promueve el ejercicio de una perspectiva crítica o, en otras palabras, hace visible las necesidades sociales de nuestro tiempo. De cara a tal horizonte, la formación en psicología se posiciona como un asunto relevante ya que atañe directamente al aprendizaje de habilidades y modos de ver de quienes se insertan como trabajadores en el campo.

Durante su vida, Enrique Saforcada hizo diferentes intentos por modificar la formación profesional de los psicólogos y las psicólogas de Argentina desde su producción y desarrollos de la psicología sanitaria y salud

comunitaria pero también en relación con las funciones académicas. A propósito, rescatamos su labor en la materia “salud pública y salud mental” de la Facultad de Psicología de la UBA desde su creación en 1984 siendo luego de su jubilación profesor consulto. En esta misma Facultad fue vicedecano y decano de 1986 a 1994. En diferentes universidades nacionales e internacionales construyó proyectos que buscaban ahondar en formas de la psicología no hegemónicas. Intentó llevar estos a un plan de estudio de psicología en la UNDAV (Universidad Nacional de Avellaneda) en 2017. En el documento de la propuesta él destacaba que:

En la psicología mundial tienen presencia diversos enfoques teóricos que implican distintas concepciones que, a su vez, dan soporte a diferentes ideas en cuanto a que unas remarcan más lo social que lo individual, lo público que lo privado, el bienestar humano que los logros económicos, el desarrollo humano integral que los desarrollos humanos acotados, la solidaridad que el individualismo (p.1, 2017).

Saforcada comprendía que esta diversidad que cursa el amplio espectro de la psicología significaba una contribución para que los Estados tomaran “decisiones claras y eficaces con respecto a las ciencias y vertientes de ellas que necesitan activar o reforzar para hacer frente a las demandas más acuciantes que plantean las problemáticas de sus circunstancias y dinámicas sociales” (p.2). Valga la cita en extenso del documento en cuestión, donde proponía que la formación en psicología debía aportar:

a los procesos multifacéticos implicados en el logro de autovalimiento y autodeterminación. Que responda a los requerimientos que implica el respeto irrestricto y universal a los derechos humanos de todas las personas y sus estructuras afectivas cualquiera sea su edad, género, condición social o situación de vida y cualquiera sean las circunstancias en que se los esté irrespetando. Que responda a los requerimientos del proceso de desarrollo humano normal e integral y a los procesos de salud y todos sus emergentes, positivos y negativos. Que aporte a todos los requerimientos de la educación formal. Que sea fértil con relación a todas las exigencias pertinentes que emanan de los ámbitos laborales en términos del bienestar y salud humanos y a través, entre otras posibilidades, de la adecuación ergonómica de los ambientes de trabajo, herramientas, procedimientos y tecnologías productivas. Que la psicología nacional aporte al diseño industrial ergonómico de modo que el país pueda ganar mercados ex-

ternos con su producción manufacturera donde tiene que competir con diseños ergonómicos de avanzada. Que esta disciplina en el país satisfaga los requerimientos que implica que la dinámica social no genere daño a la misma ciudadanía (accidentes de tránsito y del uso del tiempo libre, violencia inter e intraciudadana o maltrato social, comportamientos insalubres como los que generan contaminaciones múltiples del ambiente –sonora, visual, atmosférica, etc.- o contaminaciones alimentarias). Que también contribuya a los requerimientos de creatividad y desarrollo cultural que la sociedad requiere a fin de progresar espiritualmente en su progreso nacional integral, manteniendo niveles elevados de calidad de vida y bienestar, a la vez que a los procesos de democratización de la sociedad, de inclusión social, de recomposición del tejido social destruido por el Terrorismo de Estado y de desarrollo de la identidad nacional positiva (Universidad Nacional de Avellaneda, 2017: p.3).

Teniendo en cuenta el marco político de Argentina en 2017 él consideraba que frente al proyecto político que buscaba generar cambios estructurales en el ámbito económico político, se requerían modificaciones en el ámbito sociocultural general y, particularmente, en el campo de la personalidad básica nacional. En el proyecto que elaboró para la UNDAV enfatizaba la Ley de Educación Superior Nro. 24.521 en su Título II, “De la educación superior”, Capítulo 1: “De los fines y objetivos”, Artículo 3, dice:

La educación superior tiene por finalidad proporcionar formación científica, profesional, humanística y técnica en el más alto nivel, contribuir a la preservación de la cultura nacional, promover la generación y desarrollo del conocimiento en todas sus formas, y desarrollar las actitudes y valores que requiere la formación de personas responsables, con conciencia ética y solidaria, reflexivas, críticas, capaces de mejorar la calidad de vida, consolidar el respeto al medio ambiente, a las instituciones de la República y a la vigencia del orden democrático.

Enrique Saforcada insistía enfáticamente en un desafío en la formación profesional vinculado al desarrollo ético del profesional con valores vinculados al compromiso social y crítico. Esta inquietud es sumamente coherente con sus desarrollos en psicología sanitaria y salud comunitaria y en consonancia con la comprensión del factor humano como un aspecto inherente al tratamiento de las problemáticas de interés nacional.

Reflexión crítica sobre el carácter restrictivo de la psicología en Argentina

Los proyectos universitarios en general en la región han atravesado un derrotero que, a grandes rasgos, está signado por la fragmentación de las funciones sustantivas de la universidad y esto no excluye a las carreras en psicología. La realización de un proyecto de formación integral en la disciplina bien puede hacerse eco del desafío general de articular la docencia con la investigación y la extensión de cara a formar profesionales críticos capaces de generar comprensiones e intervenciones situadas históricamente (Torres, 2017). Las reflexiones provocadas por Enrique Saforcada en materia de formación profesional están, precisamente, en sintonía con este asunto.

Enrique Saforcada (2008) advertía las características biologicistas y patologicistas del desarrollo científico en torno al comienzo del siglo XX derivadas de un contundente modelo positivista que había sido de referencia para la emergencia de la psicología en el país. Por caso, en 1891 Víctor Mercante puso en funcionamiento en San Juan el primer laboratorio de psicología de América Latina, al cual sucedieron otros con articulación de la psicología y la fisiología en torno a un carácter experimental. Algunos de los trabajos que se desarrollaron allí trajeron discusiones entre positivistas y antipositivistas de distintos campos: educación, medicina, derecho, entre otros. Enrique destacaba que:

hacia el final de la década de 1930 la perspectiva para el avance de la psicología en Argentina era excelente en cuanto a la posibilidad de profundizar los desarrollos teóricos, avanzar en la investigación científica y comenzar a configurar estudios universitarios especializados que dieran origen a la profesión y a la diversificación de sus campos de aplicación ya percibidos (Saforcada, 2008, p. 465).

En la década del 40 ese avance se desaceleró por diversas razones, entre las que pueden destacarse la edad de los referentes, el contexto nacional de crisis democrática durante la primera parte de la década y un incipiente proceso de industrialización. De este modo, comenzaron a aparecer centros de trabajo focalizados en la psicotecnia y en la orientación vocacional, cuya práctica se relacionaba con el fortalecimiento de la in-

serción laboral en la industria de cara a garantizar una óptima relación entre aptitud y ocupación (Klappenbach, 2005). Antes que la proyección de investigación científica fue esta tradición de trabajo la que contribuyó a configurar las incumbencias del profesional de la psicología, en los inicios de su institucionalización en Argentina, en tanto auxiliar de médicos psiquiatras para evaluaciones diagnósticas.

Entre los años 1954 y 1959, se organizaron carreras de psicología en seis universidades nacionales. La creación de carreras de psicología en el país es considerada, por muchos autores, como un hito en la historia de la psicología nacional, ya que así se inicia el periodo de profesionalización de dicha disciplina en la Argentina (Klappenbach, 2015, Saforcada, 2008). Durante la década siguiente, al calor de los primeros egresados, se abrió una fuerte discusión acerca del rol de los psicólogos y las psicólogas.

Con la conquista y legitimación de una identidad profesional y la normalización de las universidades, en el marco de la democracia, la discusión en materia de incumbencias profesionales se dirigió hacia la formación y los contenidos teóricos enseñados en las aulas de psicología en Argentina. Estas discusiones sobre la formación – y con ello sobre las posibles prácticas de las psicólogas y psicólogos en Argentina- se dieron en un escenario social en el que un nuevo ciclo neoliberal era inaugurado. De este modo, las concepciones y prácticas dominantes se posicionaron como restrictivas, de características ahistóricas y descontextualizadas (Saforcada, 2010).

Es decir, la formación de las psicólogas y los psicólogos se ha configurado a partir de la hegemonía de la psicología clínica, bajo un modelo de comprensión de la salud biomédico en profunda relación con un paradigma individual restrictivo (De Lellis, 2006; Saforcada, 2010). Estos modelos de comprensión encuadran la formación y la práctica profesional bajo la clave de atención de consultorio privado, lo cual restringe la idoneidad de la intervención en ámbitos por fuera del consultorio. Al mismo tiempo, han dificultado que los profesionales construyan una lectura sobre los determinantes sociales que influyen en el proceso de salud enfermedad de las poblaciones (Di Nella, 2010; Klappenbach, 2000; Saforcada, 2006).

Saforcada (2008) caracteriza esta situación de la psicología de acuerdo con un vacío disciplinar y ofrece cuatro aristas para comprenderlo: a)

los reiterados períodos dictatoriales que han coartado procesos de trabajo con las comunidades por signarlos como altamente sospechosos y/o subversivos; b) la homogenización de la formación y práctica de los y las profesionales psicólogos/as bajo la influencia de modelo clínico, particularmente el clínico-psicoanalítico; c) la captación de estudiantes en el mercado de la consulta clínica desarrollada por sus propios docentes y/o la participación en grupos de estudios privados y pagos; d) la identificación de los y las jóvenes profesionales de la psicología con una identidad médica derivada de la práctica clínica que dificulta la participación en otros ámbitos de trabajo.

Consideramos necesario hacer foco en la segunda arista que plantea. La formación clínica en tanto espacio correspondiente principalmente al ámbito privado deja de lado la articulación social de la disciplina, lo que dificulta la comprensión de los procesos de vida familiar y comunitaria de las personas en sus territorios. Estas escisiones hacen a una comprensión parcial del sujeto y por lo tanto a una práctica escindida, ahistórica y descontextualizada de la profesión. En sintonía con esta reflexión, Klappenbach (2018) ha hecho mención a la “operación Bleger” como el proceso por el cual la proyección científica del perfil profesional en psicología viró a una proyección de la psicología como un oficio de carácter clínico. De acuerdo con Klappenbach y Saforcada podemos asumir que, de alguna manera, la matriz clínica del proyecto profesional que fue tomando forma entre los años cincuenta y sesenta arrastró una serie de sesgos que obstaculizaron la proyección política del rol como agente de cambio y, más específicamente, obturaron la posibilidad de articular las distintas funciones sustantivas de la universidad.

Enrique, en su preocupación por la formación profesional, hizo numerosas propuestas de modificación de los planes de estudio de las carreras de psicología. Una de ellas quedó plasmada en el proyecto de formación profesional presentado a la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV). Este ofrecía un trayecto de formación en territorio que fuera abordando cada año diferentes procesos de vinculación. En el primer año de formación, esperaba tener un contacto barrial, reconociendo las dinámicas barriales de una zona determinada; luego, pasar a un proceso grupal de un tema de interés; más tarde, hacer un abordaje familiar. La

propuesta pretendía una estadía y relación estable con un mismo territorio construida a lo largo de la carrera, de modo que garantizara una formación integral comunitaria. Se observa una inspiración en el proyecto APEX Cerro de la Universidad de la República- Uruguay (UdelaR) por la continuidad en el tiempo de procesos territoriales. A esto se suma cualidades en los contenidos que acompañarían cada trayecto de formación en las diferentes especializaciones de la carrera. La propuesta implicaba formación general y específica que permitiera expertise en áreas como salud, comunidad, educación.

Basados en esta propuesta, en distintas experiencias formativas, hemos buscado llevar adelante procesos de vinculación territorial sostenida en el tiempo tanto en la Universidad de Mendoza (materia de Salud Mental Comunitaria, Lic. en Psicología y proyectos vinculados de extensión e investigación) como en la Universidad Nacional de San Luis (Prácticas Profesionales Supervisadas Res. 133/24, 741/24 y 196/25; articuladas al proyecto de investigación- PROICO 12-0423 y con optativo en Psicología social comunitaria). Esto ha permitido desarrollar procesos de larga duración que articulen y profundicen ejes de trabajo con los territorios acompañando en diferentes aristas que hacen a sentidos territoriales, intersectoriales e interdisciplinarios que logran transformaciones con las comunidades.

En 2021, Enrique Saforcada realizó una publicación reflexionando sobre la importancia de la formación profesional como una forma de construcción del Estado a través de las universidades públicas. Si bien esta se refiere al proyecto social y político, consideramos importante recuperar algunos señalamientos allí presentes para poder pensar el perfil de lxs profesionales de psicología. Enrique situaba el contexto capitalista y la posibilidad de pensar más allá de su vertiente salvaje, expropiadora y destructiva. En este marco, pensaba la necesidad de construir una democracia inteligente que articule estado, educación y sistema científico a fines de desarrollar una ciudadanía que eleve progresivamente sus niveles de salud, cultura y ciencia. Saforcada (2021) entendía que:

La construcción de ciudadanía engloba todos los procesos educativos, económicos, políticos, jurídicos, sociales, culturales y psicosocioculturales por los cuales quienes integran la sociedad adquieren un sentido

de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades humanos, políticos, sociales, psicológicos, ambientales, culturales, salubristas, económicos y jurídicos (p. 22).

En relación con las funciones de las universidades públicas y privadas en el proceso de formación de profesionales en la relación con el Estado nos parece necesario realizar una salvedad. A través del artículo 43 de la Ley de educación superior (N°24521/1995) las carreras de psicología entran dentro de las carreras reguladas por el Estado. Esto se debe a que el ejercicio profesional puede comprometer el interés público, poniendo en riesgo la salud, la seguridad y los bienes de los habitantes. El Estado a través de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) evalúe los contenidos curriculares básicos, las prácticas y el funcionamiento institucional de las carreras de psicología, así como la organización de las facultades en donde se dictan. Los requisitos no sólo incumben a Universidad públicas sino también a las privadas, quienes deben responder a estos criterios.

La reflexión de Saforcada (2021) referida a las democracias inteligentes indica que ciencia y educación sólo deben orientarse por el bien común de cara a construir tejido social y ampliar derechos y responsabilidades. En estos sentidos nos resulta oportuno traer en sinergia a Andrés Carrasco (2012) quien mencionaba que todo conocimiento es ideológico y remite a un acto político, por lo que precisamos reconocer estas orientaciones para poder construir una ciencia digna que bregue por el bien común, respetando los derechos humanos y de la naturaleza. Carrasco mencionaba que la razón científica alejada de la vida de las personas y sostenida en el mito sacrificial para el logro del progreso irrestricto “deja de ser racional y sacrifica su conciencia crítica y contenido humanista” que debe tener. Lo que este tipo de ciencia promueve es la depredación de la naturaleza, de las personas y genera mayor exclusión.

En un contexto neoliberal, poder prestar atención a los procesos implicados en la formación profesional para el bien común exige resistencias profundas a los modos de comprender, habitar y ejercer la práctica científica en el contexto de las universidades (Torres, 2017). Saforcada (2021) precisaba el necesario viraje de perspectivas utilitarias individualistas a perspectivas de desarrollo humano integral. En relación con lo cual consideramos que

los aportes de la construcción integral de la educación superior que articulen extensión, investigación y docencia son centrales para construir sentidos contextualizados en los procesos de formación. A su vez, estos deberían estar orientados a transformar la currícula educativa desde las necesidades de las comunidades y no desde los fines mercantiles en boga.

La Educación superior integral ha sido desarrollada por Tommasino (2016) como parte de un proyecto popular de formación universitaria. Este fue ampliamente apoyado por Enrique Saforcada, quien mantuvo vínculos estrechos con el programa de “APEX Cerro” del que la Facultad de Psicología de la UdelAR formaba parte.

Un proyecto popular de formación universitaria considera que la formación de estudiantes, docentes e investigadores se basa en la crítica, la solidaridad, el compromiso y la transformación social. La investigación está orientada y definida a partir de los grandes problemas nacionales, de las necesidades de los sectores postergados, del reconocimiento de los sujetos políticos colectivos y en pos de la transformación social en un sentido igualitario. La extensión está al mismo nivel de la enseñanza y la investigación, ya que el objetivo distintivo de este proyecto es alcanzar la integralidad de las funciones universitarias - extensión, investigación y docencia- (Tommasino, 2016; Tommasino y Cano, 2016).

El proyecto de construir integralidad universitaria se presenta como una opción valiosa para contribuir a renovar el horizonte de la formación universitaria en psicología. En el siguiente apartado nos encargamos de elaborar este asunto.

Aproximación propositiva: una formación superior integral en psicología

La integralidad de la educación superior aboga por articular las tres funciones sustantivas de la universidad. Para encauzar una reflexión al respecto tomamos preguntas para localizar qué horizonte construir. ¿Qué lugar ocupa cada función en la cotidianeidad educativa? ¿De qué modos? ¿Qué cualidades asumen? ¿Para qué entran en juego? ¿Qué lugar asumen los diferentes actores -estudiantes, comunidad, docentes, autoridades- en su despliegue? ¿Cómo es el interjuego de estas funciones? Consideramos

que para poder avanzar hacia la formación superior integral es necesario que tanto investigación, como extensión y docencia revisen las dinámicas de relación implicadas en sus acciones a fin de construir procesos de ciudadanía ampliada dirigidas hacia el bien común.

En cuanto a la ciencia hegemónica, es conocido que se ha visto separada de las poblaciones en las investigaciones, en los temas que seleccionan y en la comunicación de ellos a quienes serían sus usuarios o receptores. Por lo que apelamos a cuestionar la base epistemológica y metodológica de la formación en psicología en general y a las formas de investigar. Tal como invitaba Morín (1982), y de suma pertinencia para el campo de la salud integral, esto implicaría una adhesión a movimientos que promueven el quehacer de una ciencia con conciencia, integral, que conecte las ciencias naturales, sociales y humanas, al servicio del bienestar humano y planetario. Así esta ciencia debería a su vez ser reflexiva y crítica de la cultura de consumo de masas legitimada por las fuerzas del libre mercado (Baldivieso et al, 2023).

Construir un saber crítico en psicología requiere, por supuesto, de la rigurosidad académica y científica que no podemos evadir en medio de una época de negacionismo científico, que principalmente afecta a las ciencias sociales y humanas, entre las que la psicología se encuentra. La praxis de la investigación también requiere una sensibilidad política peculiar que signe la producción de conocimientos con el compromiso de la lucha por la construcción de vidas dignas y saludables. Si la psicología pretende acompañar el esfuerzo de distintos sujetos políticos por definir los cauces de su vida, vale preguntarnos qué tipo de saber necesitamos producir hoy para afirmar una psicología como disciplina crítica y socialmente comprometida.

Tomamos los aportes de Baldivieso et al (2023) para recuperar los lineamientos sensibles para estas construcciones. Maldonado (2021) propone una ciencia lenta como forma de resistir la aceleración y la superficialidad en la investigación que asuma la complejidad y la incertidumbre, como crítica a la apología del capitalismo académico. Ciencia abierta y ciudadana, que abogue por la comunicación comprensible para la población y promueva la participación y apropiación social de la ciencia y que considere a su vez la participación en los procesos y las agendas de in-

vestigación. Una praxis teórica renovada de acuerdo con estas orientaciones debe establecer los caminos para la deconstrucción del pensamiento hegemónico con miras a reconstruir un discurso más complejo, plural y contextualizado sobre la globalización, la modernización y la democracia (Martins, 2009).

Esto implica construir conocimiento situado que reflexione sobre las decisiones metodológicas, se oriente a considerar el contexto de emergencia de las problematizaciones desde la diversidad epistémica (epistemología del sujeto cognoscente y del sujeto conocido) y la pluralidad metodológica (metodologías participativas, constructivistas y flexibles). Se trata también de generar las condiciones de respeto y entendimiento mutuos para que las diferentes culturas puedan entrar en un diálogo y, así, ir buscando y reivindicando sus diversas luchas por el acceso a los bienes que les permitan generar las condiciones para una vida digna para todas las personas (Baldivieso et al., 2023).

Las perspectivas de formación y producción de conocimiento que se ponen en juego en los procesos de enseñanza y aprendizaje universitarios marcan de una forma específica las prácticas en campo y las posibilidades de permitir, o no, una revisión del conocimiento producido y reproducido en las universidades. Esto tanto en las prácticas docentes, extensionistas y de investigación. En relación a la formación tomaremos los criterios de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAPSI) creada en 1991 para estándares comunes y homogéneos para una formación del psicólogo acorde a las necesidades nacionales y regionales y con los desarrollos actuales de la psicología en el mundo. Esta asociación ha logrado articular y consensuar propuestas sobre tres aspectos: contenidos curriculares, carga horaria mínima de los planes de estudio e intensidad de la formación práctica en universidades públicas y privadas argentinas (Klappenbach, 2003). Si bien estos respetan los lineamientos nacionales nos permiten realizar preguntas sobre los procesos de formación.

Tanto los criterios de AUAPSI como los de CONEAU comprenden la integralidad de la educación superior como horizonte, aunque CONEAU sí contempla criterios de presencia de las tres funciones de la universidad en los planes de estudio. Este aspecto ha permitido mejorar condiciones de investigación y extensión en numerosas carreras.

En relación a la información existente sobre el eje de docencia de la formación en psicología, Catriel Fierro (2019) analizó programas de 12 carreras de Argentina que reúnen a más del 85% de lxs estudiantes del país. El encontró predominio de textos de corriente psicoanalítica en los planes de estudio. Respecto de la cuestión de la obsolescencia de los mismos, ocho de las doce universidades tienen la media de publicación de sus textos ubicada en la primera mitad de la década de 1980 y cuatro en la década de 1970. Los textos que se utilizan en las materias producidos por los propios docentes suelen ser material de cátedra no publicado y con una antigüedad media de 11 años. La obsolescencia de la bibliografía es relevante si pensamos en clave de contextualización y actualización curricular. Si bien consideramos que hay conceptos básicos que deben ser desarrollados, también contextualizarlos y revisitarlos a la luz de aspectos sociohistóricos.

Si bien las evaluaciones de CONEAU a las universidades comenzaron a inicios de este siglo, no han logrado modificar considerablemente aspectos estructurales de la formación ni de los programas de estudio. La explicación de este fenómeno menciona Fierro (2019) que podría ser explicada por factores tales como la resistencia sistemática por diversos actores universitarios (estudiantes y docentes) a la acreditación en el caso de la UBA, y la permanencia y estabilidad del plantel docente en las carreras a través de las diversas revisiones curriculares. Este último punto amerita la pregunta de qué pasa en relación a las materias con la actualización de los programas de estudio y la necesidad de revisión de los mismos a la luz del contexto actual a pesar de la estabilidad del plantel docente.

Seguramente, el criterio concreto de predominio teórico y la obsolescencia del material de estudio no son los únicos que afectan las dinámicas de la formación. Los aspectos vinculares, la transversalidad de actividades de extensión e investigación en los planes de estudio, las dinámicas de estudio y examen, el ejercicio del juicio crítico y la contextualización como procesos de enseñanza aprendizaje resultan centrales.

Así también, vale mencionar aspectos vinculares que se reproducen en torno al saber y el poder. Si bien esto no es excluyente de las carreras de psicología es necesario revisar que es en las dinámicas pedagógicas en donde se construyen las lógicas profesionales. Es necesario revisar cómo

pensamos el poder y si este prioriza vínculos horizontales o verticalistas y los modos en que los pone en juego. Esto es muy importante para la construcción del perfil profesional en psicología pensando desde las dinámicas ciudadanas antes planteadas.

Actualmente, las carreras de Psicología del país están bajo nuevos desafíos. En 2018 se sancionó la resolución n°1254 que busca sustituir los contenidos curriculares básicos, carga horaria mínima, criterios de intensidad de la formación práctica y estándares para la acreditación de las carreras de licenciatura en Psicología. Entre estas tareas aparecen las vinculadas con la evaluación (pronóstica, selección, orientación, etc.), el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicológica; planificar, prescribir, asesorar sobre acciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades; y desarrollar y validar métodos, técnicas e instrumentos de exploración y evaluación psicológica. Sin embargo, la resolución no orienta sobre el perfil de estas, aunque sí se enmarca en el artículo 43 de la ley de educación superior que indica la responsabilidad social que tenemos en nuestro ejercicio profesional ya que nuestras prácticas son plausibles de riesgo para la población.

Basado en estos contenidos en 2019 se sanciona la resolución n°1051 que establece los estándares para la acreditación de carreras de grado. Esta norma establece las condiciones curriculares (características de los programas, de la formación, el currículo y su desarrollo); las condiciones para la actividad docente, diferenciando tanto la conformación del cuerpo docente como las condiciones laborales generales. Así como explicita las diferentes actividades docentes, de extensión e investigación como obligatorias a la tarea, también indica la capacitación continua como norma y la infraestructura necesaria para la tarea integral y la formación. Finalmente, aborda las condiciones para estudiantes articulando a las tareas antes mencionadas, por lo que se promueve el apoyo académico para las trayectorias estudiantiles, así como la participación en proyectos de extensión e investigación. También presenta apartados para la revisión de los procesos de evaluación y las condiciones organizacionales de las carreras. Por lo tanto, se plantea como una gran posibilidad de transformación frente a la revisión necesaria de los planes de estudio que se deben dar en el marco de la internacionalización y la acreditación de las carreras con los ajustes

a los contenidos propuestos por la resolución 987/2025 en un plazo de un año desde la sanción.

Este último indica los contenidos curriculares básicos para que los programas sean aprobados con validez nacional, la carga horaria mínima, los criterios sobre intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de la carrera. Estos a su vez, buscan respetar los contenidos acordados en el eje del Mercosur educativo. Los contenidos mínimos fijados por el acuerdo plenario N°278/24 implican una división entre formación básica (1100 hs) y de aplicación profesional (1900 hs), del total de horas 500 deben destinarse a formación práctica. En la primera queda claro la priorización de una mirada histórica y biopsicosocial de la disciplina, con foco en la metodología científica y aplicada de la ciencia y una articulación filosófica y sociocultural de la perspectiva general en la formación. Esto es muy significativo ya que propone no sólo una revisión de las materias de las carreras sino también de la perspectiva de las mismas. En relación con formación profesional se hace hincapié en la evaluación y diagnóstico psicológicos no sólo orientados a la enfermedad sino también a la salud. Otro aspecto para destacar es que se prioriza una mirada integral no sólo dirigida a la salud mental sino a la salud integral en personas y poblaciones. Los campos que reconoce en el ejercicio profesional son la clínica, lo educacional, lo comunitario/social, lo organizacional y laboral y el jurídico forense. Se reconocen además contenidos específicos sobre la ética y deontología profesional con enfoque en derechos, género y diversidad.

Si bien estas exigencias suman a las instituciones y docentes tiempo de su tarea para la revisión del plan de estudio sin remuneración adicional en tiempos de crisis de financiamiento universitario y un achicamiento de los sueldos docentes; también son una oportunidad para la construcción de proyectos integrales que prioricen los procesos de salud sobre los mal-sanos. En las carreras universitarias se hace relevante la construcción de procesos democráticos de participación para lograr acuerdos que pongan en discusión el perfil profesional y qué mundo queremos construir. Estas discusiones muchas veces son lejanas a las dinámicas institucionales que las diferentes casas de estudio pueden sostener.

Ya frente a la sanción y posterior reglamentación de la ley 26657 de salud mental (2010 y 2013 respectivamente) nos vimos con grandes falencias de implementación de los cambios a nivel curricular. No hubo, en muchas facultades, espacios para pensar la transversalización de su cambio radical para el campo. Hoy tenemos una nueva oportunidad para seguir profundizando el modelo social con compromiso social y perspectiva de derechos humanos en la formación profesional, creemos que las pistas aquí desarrolladas ayudan como brújulas.

A modo de cierre

Enrique Saforcada dedicó gran parte de su trabajo a la reflexión sobre los alcances y las limitaciones de la formación profesional en psicología. Esta reflexión estuvo surcada también por el anhelo de un perfil profesional comprometido con procesos de transformación social tendientes a la producción de vidas dignas y saludables para todos y todas las personas. La impronta humanista de Saforcada, expresada en su recurrente apelación al factor humano, es imprescindible en un tiempo de proliferación de discursos de odio y de descreimientos fatalistas en materia de utopías.

Los modelos universitarios que han pretendido una construcción de conocimiento comprometida con las realidades y la participación sociales han intentado posicionar a la extensión universitaria como una función fundamental en la construcción de un conocimiento situado y potencialmente transformador. Sin embargo, muchas veces la extensión ha sido una función marginal, que no ha logrado integrarse con las tareas de docencia e investigación.

En ese contexto, la formación superior integral se presenta como una propuesta que busca superar la fragmentación de las funciones universitarias al ubicar a la extensión en un rol protagónico. De este modo tanto la investigación como la docencia se apoyan en la tarea extensionista para consolidar la integralidad de la formación de grado (Tommasino, 2016). De ahí que la extensión, en tanto crítica, sea “catalizadora” de las demás funciones de la universidad.

La integralidad, así vista, es parte de una perspectiva que le proporciona a la educación universitaria una función de transformación social y, por lo tanto, que signa la universidad como un espacio de proyección

política. La universidad deviene, así, un lugar que asume el compromiso de contribuir al fortalecimiento de la autonomía de las comunidades y la garantía de derechos. En esa dirección la posibilidad de reflexionar sobre los horizontes de la formación se juega en los desafíos que emergen del trabajo de educación integral superior en la medida en que permite descubrir las “vacancias” de las perspectivas académicas al ponerlas en juego en escenarios sociales específicos.

Referencias bibliográficas

- Acuerdo plenario N°278. Licenciatura en Psicología. IF-2024-129926987-APN-SE#MCH. Ciudad de Buenos Aires. Miércoles 27 de Noviembre de 2024.
- Baldivieso, S., Di Lorenzo, L., Maldonado A y Valdez C. (2025). Formación en Investigación en Educación con Perspectiva de Derechos Humanos. En S. Baldivieso, L. Di Lorenzo, A. Maldonado y C. Valdez (comps.) *Primer encuentro de la red RECFICE*. (33-40). Nueva Editorial Universitaria.
- Carrasco, A. (2012). Modelo Agrícola: Ciencia, Política y Conciencia. En A Carrasco, N. Sánchez y L. Tamagno. *Modelo agrícola e impacto socio-ambiental en la Argentina: monocultivo y agronegocios*. (83-109) CMA - AUGM.
- Fierro, C. (2019). *Formación de grado en psicología en Argentina. Período 2009-2015*. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Luis.
- Klappenbach, H. (2000). El título profesional de psicólogo en la Argentina: antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(3), 419-446.
- Klappenbach, H. (2003). La globalización y la enseñanza de la psicología en Argentina. *Psicología em Estudo* 7 (2). <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000200002>
- Klappenbach, H. (2005) Historia de la orientación profesional en Argentina [En línea] *Orientación y Sociedad* 5, 37-48. Disponible en: http://www.fuentes-memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.338/pr.338.pdf
- Klappenbach, H. (2015). La formación universitaria en psicología en Argentina: perspectivas actuales y desafíos a la luz de la historia. *Universitas Psychologica*, 14(3), 937-960. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.fupa>
- Klappenbach, H. (2018): Cambios en los primeros perfiles de formación en el campo de la psicología en Argentina. Desde la planificación estatal a una profesión liberal. *Revista de Historia de la Psicología*, 39(3), 18-27. Doi: 10.5093/rhp2018a13
- Ley N°24521/1995. *Ley de educación superior*. Boletín oficial 7 de agosto de 1995.

- Maldonado, C. E. (2021). De la ciencia lenta al pensar: el horizonte de la sabiduría. *Revista Thélós*, 1(12), 18-37. Recuperado de: https://repositorio.utem.cl/bitstream/handle/30081993/1609/revista-thelos-vol1-n12-2_021-Maldonado.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martins, P. (2009). El antiutilitarismo y la descolonización del pensamiento latinoamericano sobre globalización. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas* 1 (2), 59-74. redalyc.org/pdf/5886/588665427004.pdf
- Parisi, R., Manzi, A. y Cuello Pagnone, M. (2017). Política de la psicología: notas sobre la formación de grado en psicología en la Universidad Nacional de San Luis de Argentina. En D. Pavón-Cuéllar (coord.) *Capitalismo y psicología crítica en Latinoamérica: del sometimiento neocolonial a la emancipación de subjetividades emergentes* (pp. 265-288). Kanankil.
- Resolución n°1051 (9 de abril de 2019). Documento de estándares de aplicación general para la acreditación de carreras de grado - aprobación. Boletín oficial de la Nación Argentina.
- Resolución n°1254 (22 de junio de 2018) Alcances del título de licenciatura en Psicología. Boletín oficial de la Nación Argentina.
- Resolución n°987 (4 de julio de 2025). Definiciones de contenidos curriculares básicos para la carrera de Psicología. Boletín oficial de la Nación Argentina.
- Saforcada, E. (2006). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2008). La psicología en Argentina: Desarrollo disciplinar y realidad nacional. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(3), 462-471. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/284/Resumenes/Resumen_28442305_1.pdf
- Saforcada, E. (2021). Estado, universidad pública y salud comunitaria. *Revista IT* 8 (8): 20-40. <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/revista-it/article/view/663/639>
- Tommasino, H. (2016). *Extensión e Integralidad en la Universidad Latinoamericana*. Ponencia llevada a cabo en Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Tommasino, H. y Cano, A. (2016). Modelos de extensión universitaria en las universidades latinoamericanas en el siglo XXI: tendencias y controversia. *Universidades*, 67, 7-24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37344015003>
- Torres, M. E. (2017). *La integralidad en la formación de grado de las y los profesionales de la psicología en Argentina. Desafíos pedagógicos y políticos*. [Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Mendoza].

La importancia del concepto “Factor Humano” en la obra de Enrique Saforcada

ELIANA NOEMÍ GONZÁLEZ
MARCELO ALEJANDRO MUÑOZ

Encontrarnos con la persona, y también con la lectura y los textos de Saforcada, ha implicado un conectarnos con la profesión desde un lugar distinto, que nos ha ido permitiendo hacer un análisis y reflexión crítica de la formación de grado en psicología, desde una mirada profundamente basada en los derechos humanos, en la salud pública y en el respeto de la dignidad de las personas.

Desde el año 2023 venimos llevando adelante un Curso Optativo para estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis, denominado *Derechos Humanos, Salud y Adicciones*, con el objetivo de poder reflexionar sobre estos tres grandes tópicos desde un abordaje de salud pública y comunitaria. Este espacio nos ha permitido aproximarnos a la problemática de las adicciones desde la mirada de los Derechos Humanos, entendiendo la salud como derecho de todos y todas y sobre todo de las más vulnerables y revisando profundamente nuestras concepciones, prejuicios y estigmatizaciones que muchas veces nos impiden acercarnos a otro, optando por quedarnos en el “lugar seguro” de la distancia profesional y de nuestros supuestos saberes de superioridad. Y a partir del 2024 hemos agregado a la reflexión y lectura de textos, la posibilidad de un trabajo articulado con el Servicio Penitenciario de la Provincia de San Luis. Eso permite además de trabajar de manera teórica, articular con un abordaje territorial de gran riqueza y aprendizaje.

Con este propósito y ante el reciente fallecimiento del Dr. Saforcada, nuestra propuesta de *Curso Optativo* se inició como un pequeño homenaje, en el intento de honrar su persona, su labor y su legado. Sus textos nos sirvieron para aproximarnos a la psicología desde otros lugares y otros enfoques, acercarnos a los tres grandes tópicos que plantea el espacio de formación desde la humanización de nuestras prácticas. De esas lecturas

hemos rescatado de modo particular y singular un concepto que Saforcada menciona desde artículos anteriores al año 2000 y que constituye el título de uno de sus libros (Saforcada et al., 2001). En particular, queremos brevemente, repasar la definición y las menciones del concepto *Factor Humano* en algunos textos del mencionado autor.

En la Introducción del libro *El factor humano en la salud pública* del año 2001, que luego fuera reeditado con agregados y modificaciones, el autor establece una propuesta fundamental para la transformación de la salud pública, abogando por un cambio de enfoque desde un modelo centrado en la enfermedad hacia uno orientado a la salud positiva, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Saforcada et al., 2001; Saforcada et al., 2020).

Destacando el papel y el lugar de la Atención Primaria de Salud (APS), enmarcada en los principios de la Declaración de Alma-Ata, se erige como el eje central para garantizar el acceso equitativo, basándose en la participación comunitaria, la autogestión y el fomento de estilos de vida saludables. Haciendo una enfática crítica a la insuficiencia de acciones preventivas y promocionales en los sistemas de salud existentes, lo que deriva en costos y sobrecarga innecesarios.

Esa visión tradicional y restringida de la salud comienza a modificarse de manera significativa a partir de dicha Declaración resultado de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* celebrada en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978. En este encuentro se establecieron fundamentos esenciales de la dimensión política y social de la Atención Primaria de la Salud, al sostener que “los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus pueblos, responsabilidad que sólo puede cumplirse mediante la implementación de políticas sanitarias y sociales apropiadas” (Facultad de Medicina - Universidad de Chile, s/f; s/p).

Desde este marco, se plantea que el enfoque de salud debe ser predominantemente colectivo- comunitario, priorizando categorías como la familia, las redes sociales y la comunidad sobre la atención estrictamente individual. Siendo, la participación comunitaria indispensable, y transformándose en el agente prioritario para la planificación, ejecución y control de las acciones de salud, impulsando la autogestión y el autocuidado.

Un elemento clave planteado es la integración de la salud mental en la APS, trascendiendo el tratamiento de trastornos para enfocarnos en la promoción de la calidad de vida a nivel individual y comunitario. Remarcando desde este enfoque el factor humano como un componente central de la salud pública. Este se define por el sentido de comunidad y la necesidad de interacción social, siendo el apoyo social (dar y recibir afecto, ayuda e información) un determinante crucial, ya que su insuficiencia se correlaciona con una mayor prevalencia de enfermedades. El *factor humano* se vincula, además, con la participación activa, el refuerzo de redes sociales y la capacidad de autogestión de las comunidades. Se relaciona también con la calidad de vida, tanto a nivel comunitario como individual, y con la capacidad de los profesionales de salud para trabajar en equipo, promover la salud positiva y abordar los problemas colectivos.

Saforcada desde una perspectiva humanista, remarca con insistencia la necesidad de trabajar fuertemente en la formación de profesionales de la salud, especialmente en psicología, capacitados para trabajar en contextos públicos, de forma integral y en equipo. Entender la relevancia de una formación integral, sin caer en la reducción de las personas en diagnósticos o patologías y poder acercarnos a la humanidad (Saforcada et al., 2001). Para nosotros, desde nuestra propuesta formativa, esta mirada cobra relevancia toda vez que nos proponemos ver a un sujeto con problemas de adicciones, como una persona, como alguien digno de respeto, de derechos y en donde el abordaje preventivo, comunitario, es de gran relevancia. En este marco, estamos convencidos, aunque parezca redundante decirlo, la importancia de incluir a la persona como sujeto de derecho y no como objeto de asistencia. Y si es sujeto de derechos debe ser atendido con las mayores responsabilidades necesarias y posibles, con una solvencia técnica eficaz y eficiente, y reconociendo en esa persona que su condición de padeciente, y por lo tanto no debe ser juzgada ni puesta en sospecha.

Creemos ver en este concepto un fuerte intento de dotar de valor y dignidad a las personas, al sujeto sea la condición que transite y hacerlo parte del proceso de salud, enfermedad, sanación, entendido como una instancia colectiva, integral. En el intento de promover un modelo de salud pública centrado en la promoción de la salud, la participación comu-

nitaria y la integración de la salud mental, con un enfoque preventivo y comunitario (Saforcada, 2012a).

Revisando otros escritos, artículos y libros de Saforcada, vemos que no son muchas las veces que se menciona el concepto como tal del *factor humano* (Saforcada 2008, 2011, 2012a, 2012b 2014; Saforcada et al, 2010; Juárez y Saforcada 2013). No obstante, consideramos que el mismo atraviesa toda su obra, que es el centro de su abordaje y el foco desde plantea un modelo de salud pública. Si bien, su perspectiva con el paso del tiempo va tomando diferentes dimensiones y complejizándose, pero son ideas tan potentes en él, que se pueden rastrear marcadamente a lo largo de su escritura académica.

A continuación, haremos breves señalamientos a escritos donde hemos encontrado de modo explícito mencionado el concepto al cual nos referimos:

En el libro *Psicología y Salud Pública*, Saforcada destaca la relevancia del enfoque de Promoción de la Salud (PS) y la relación y posibilidades que brinda al campo disciplinar de la psicología (Saforcada et al., 2010). Tal como el autor lo plantea, este enfoque supera las miradas y concepciones medicalizadas o patologizantes de la salud, para ofrecer un abordaje en donde lo comunitario cobra importancia así como las tareas y estrategias de intervención socioculturales, en donde la labor con otros profesionales, de campos disciplinares como la sociología o la antropología, enriquece los intervenciones y se transforma en una necesidad en la construcción con las comunidades. Desde este abordaje realiza un fuerte llamado a la psicología, a la transformación y ampliación de sus miradas y abordajes, al papel que puede y debe ocupar en este modelo de Promoción de Salud (PS) y manifiesta:

Las intervenciones de PS operan siempre mediatizadas por variables psicológicas y psicosociales, puesto que siempre tienen como fuente y destino al *factor humano*. Por tal motivo, el enfoque de PS abre, para los psicólogos sanitarios, un campo de intervención tan amplio y variado como nunca antes había sido posible. Se hace necesario, entonces, identificar e investigar las variables psicológicas y psicosociales intervinientes en las acciones de PS a fin de aportar las de mayor eficacia. Esta tarea permitirá, por una parte, poner en evidencia la relevancia de dichas va-

riables y, por otra, destacar el importante lugar que la psicología sanitaria está llamada a ocupar en estas nuevas orientaciones de la salud pública (Saforcada et al., 2010, p.121).

La importancia de la formación en psicología en el nivel sanitario, en donde se incorporen no sólo las variables psicológicas sino también las variables psicosociales de los contextos y las diversas realidades, rescatando y haciendo énfasis en las personas, en el *factor humano* en sus prácticas.

Sin duda, que Saforcada realizó un gran aporte al campo disciplinar de la psicología, con fuertes críticas y advertencias acerca del compromiso y responsabilidad en la formación de graduados. En reiteradas ocasiones señala las falencias al respecto, marcando dos cuestiones relevantes, una que tenía que ver con la enorme concentración de profesionales en una sola especialidad, el campo de la clínica (desde un modelo médico-clínico); la segunda era la falta de formación científica de quienes iniciaron las carreras de psicología y la poca atención a las realidades locales, de nuestro país y nuestro contexto. Así es como manifestaba, las universidades que le dieron cabida a estas carreras ignoraron e ignoran olímpicamente las necesidades de la sociedad argentina y los requerimientos de *factor humano* que tenía y tiene el desarrollo nacional argentino. (Saforcada, 2008, p. 469).

Frente a los problemas y las realidades locales, problemas tales como pobreza, exclusión y vulnerabilidad social, ausencia o falta de políticas públicas, situaciones de abuso de sustancias, los medios de comunicación como transmisores de mensajes sociales, la falta de oportunidades y posibilidades de muchos sectores de la población, entre otros, se plantea cuánto ha podido y puede ofrecer la psicología, en la formación de sus profesionales, en la lectura, análisis e intervención de las realidades propias, y remarcaba con énfasis:

la psicología argentina no ha aportado ni un solo especialista en psicología ambiental, ni uno en psicología económica, recién ahora empiezan a surgir los especialistas en psicología educacional, el país no cuenta con psicólogos de la salud, no hay psicólogos comunitarios, ni especialistas en psicología política ni en psicología del tránsito y el transporte. Así se podría continuar configurando una larga lista con todos los campos de aplicación de la psicología que están vacíos de ella, excepto el correspon-

diente al psicodiagnóstico y la psicoterapia con el modelo de consultorio privado (Saforcada, 2008, p. 470).

Es inevitable entender la relevancia y urgencia que plantea Saforcada, ya que no es posible concebir la psicología desde una mirada que contempla solo el modelo médico y clínico sino que es necesario poder ampliar el enfoque y la mirada, entendiendo la estrecha relación de la salud y de la salud mental con los emergentes sociales, culturales e históricos de los territorios. Al mismo tiempo es imposible la aproximación a las realidades desde el desconocimiento, desde sólo un abordaje teórico o academicista, planteando la necesidad para quienes trabajan en salud pública de conocer sus propias limitaciones y las complejas realidades de la población (Saforcada, 2012). Sin lo cual nuestras prácticas se reducirían a una mera repetición o intento de replicar modelos, pero sin una verdadera comprensión del fenómeno, con el riesgo de perder de vista variables y la riqueza de la aproximación a una persona, a una historia, a una realidad determinada. Por tanto, no es posible perder de vista a los sujetos, que son el objeto y a la vez el sentido de nuestras intervenciones, el respecto remarca:

Dada la imposibilidad de tratar integralmente y con rigor ningún tema de Salud Pública sin centrarse explícitamente en el factor humano, en tanto objeto y sujeto del quehacer salubrista, en todo el desarrollo de este programa estaban permanentemente presentes los emergentes teóricos y técnicos de las dos disciplinas que dan cuenta científicamente del mencionado factor: la psicología general y social, y la antropología cultural (Saforcada, 2012, p.124).

Abogaba por una psicología que no olvidara jamás el centro de sus intervenciones y prácticas, el sujeto, la persona, pero ello en la más rigurosa consideración de las realidades locales y contextos, que nos permitan entender los procesos, los devenires en la historia de los pueblos, de la cultura. Y que, desde este marco, pudiera abrirse a la riqueza del trabajo interdisciplinario, ampliando su enfoque en las miradas de otros profesionales, tales como sociólogos, antropólogos, que permitan avanzar hacia una mejor y superadora comprensión de un sujeto, que es más que su enfermedad o solo sus síntomas, sino que es alguien que se inserta en un entramado histórico, cultural, social más amplio.

Finalmente, tomamos en consideración un texto de Saforcada dado en un *Simposio para el Avance de la Psicología* (2015), en donde remarca con insistencia la relevancia, la necesidad de incluir el *factor humano* en Salud Pública, entendido como la presencia y participación activa de las personas, sus derechos y sus contextos afectivos y de vida en el proceso de salud.

Por tanto, la salud pública, en su núcleo, debería centrarse en el contacto comprensivo y directo con las personas, considerando sus experiencias, derechos y condiciones particulares. Sin embargo, actualmente, muchas estructuras excluyen o diluyen esta presencia humana, transformando a las personas en objetos de mercado o meros datos en los sistemas de salud y en las instituciones formadoras y burocráticas, lo que contribuye a la deshumanización y a la pérdida de derechos fundamentales.

Asimismo, remarca, que instituciones, como las universidades, los ministerios de salud y educación, tienden a deshumanizar la atención, excluyendo a las personas de los procesos y valorando más los aspectos tecnológicos, administrativos y mercantilistas. Tal deshumanización viola derechos humanos, convierte a las personas en objetos de mercado y fomenta prácticas y políticas que disminuyen la presencia y participación activa del individuo en su propio cuidado. Coincidimos, en que muchas veces, estos poderes institucionales, sobre todo de la mano del Estado y del mercado, favorecen estrategias que priorizan el lucro, el comercio, en vez del contacto comprensivo y humanizado, que es esencial para una verdadera promoción de la salud.

Desde allí, nuestro compromiso con la formación de grado en psicología y nuestro intento de aportar desde el pequeño formativo de un curso optativo, por la comprensión, formación y práctica de una disciplina psicológica más humana. Siendo capaces de no perder de vista el *factor humano* en cada intervención, en cada programa y acción diseñada en conjunto con las comunidades. En un ejercicio responsable de la profesión y en un constante aprendizaje y compartida de saberes, que nos enriquecen y nos brinda mayores herramientas para trabajar con y desde las distintas comunidades, priorizando las poblaciones más vulnerables y desprotegidas.

Coincidimos y tal como lo planteaba Saforcada, que todos estos cambios en la mirada, en las prácticas, en la lucha por una profesión capaz de contemplar el *factor humano* sólo es posible con y desde una universidad comprometida con su tiempo y los contextos locales, particulares y nacionales. Una universidad abierta al diálogo con la comunidad y al mismo tiempo capaz de generar lecturas, análisis y debates críticos de los tiempos y escenarios actuales, velando siempre por el cumplimiento de los derechos humanos de la población y sobre todo de los más vulnerables y desprotegidos de la sociedad.

Algunas conclusiones provisionales

La obra de Saforcada es gigantesca. Aquí solo hacemos algunas aproximaciones a un concepto, pero también a una perspectiva que Enrique adopta a lo largo de su obra. Por supuesto que nos interesa mucho seguir ampliando y considerando lo que ha escrito a lo largo de tantos años. Además, siempre fue un placer escucharlo, ya que vino a la Universidad Nacional de San Luis en reiteradas ocasiones, brindando cursos de posgrado, charlas, encuentros con estudiantes, con docentes, y también conferencias en diferentes eventos académicos organizados en el ámbito de la Universidad.

En sus palabras siempre estaba presente la necesidad de transformar la realidad, y que la psicología como ciencia, como profesión y como praxis, debía ocupar un lugar allí. No para encabezar nada, sino simplemente acompañar esos procesos colectivos y comunitarios. En tal sentido, siempre le reclamaba a la Universidad y a las facultades de psicología en particular, que no fueran ajenos a los procesos dolorosos que muchas veces están sometidas las comunidades. En términos de Paulo Freire: *la denuncia y el anuncio*. Su actitud siempre estuvo signada por la crítica perspicaz y provocadora pero también con la propuesta; el dato duro y la reflexión filosófica y política y con ello la necesidad de pensar la realidad local en un marco de la realidad nacional y latinoamericana.

Nuestro aporte aquí es en ese sentido, poder pensar con la ayuda de las consideraciones conceptuales de Saforcada lo que hacemos en un espacio académico como es un curso optativo. En las lecturas aúlicas de algunos

de sus textos que están en el programa, nos anima a seguir profundizando y a seguir transmitiendo algunas de sus ideas tan necesarias en estos tiempos, más aún cuando estamos frente a la onda expansiva de un clima de época privatizador que tiene como objetivo la destrucción del Estado en general y de la salud pública, particular.

Referencias bibliográficas

- Facultad de Medicina-Universidad de Chile (s/f). *Declaración de Alma Ata, realizada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. <https://medicina.uchile.cl/vinculacion/extension/declaracion-de-alma-ata>
- Juárez, M. P. y Saforcada E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud & Sociedad*, 4(3), 210-227.
- Saforcada, E. (2008). La Psicología en Argentina: desarrollo disciplinar y realidad nacional. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 42(3), 462-471.
- Saforcada, E. (2011). La Salud en Indoafroiberoamérica: el paradigma necesario. *Salud & Sociedad*, 2 (3), 311 – 320.
- Saforcada, E. (2012a). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7-22. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf>
- Saforcada, E. (2012b). Psicología Sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 4(2) 120-130.
- Saforcada, E. (2014) Salud Pública y Enfermedad Pública. Seminario de Musicoterapia comunitaria. *Colectivo* 85, 1-19.
- Saforcada, E. (2015). Simposio “Avances y desafíos para la psicología de la salud”. El factor humano en la Salud Pública. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 7(1). DOI:10.5872/psiencia/7.1.021701
- Saforcada, E. y Cols. (2001). *El factor humano en la salud pública*. Proa XXI.
- Saforcada, E.; de Lellis, M.; Morales Calatayud, F. y Moreira Alves, M. (2020). *El Factor Humano en la Salud Pública. Hacia la humanización de la atención de la salud de las poblaciones*. Ediciones Nuevos Tiempos
- Saforcada, E.; DeLellis, M.; y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública*. Paidós.

Prácticas de Salud Comunitaria con adolescencias y juventudes desde pedagogías críticas en el marco de la Extensión Universitaria.

CARLOS TORRADO LOIS
MARIANA GONZÁLEZ
BEATRIZ FERREIRA LUCAS
LUCIANA HERNÁNDEZ CORIA

“Uno: el individuo suelto, el señalado, el a veces perdido y a veces hallado, la cifra impar, lo irrepetible, la dureza del ser. La soledad cuya voz se entrega. Dos: la caricia y sus incógnitas, nosotros, ellos, bajo un tiempo en que durarán desconocidos o se desconocerán durante. También el golpe, la pregunta y el azar de la memoria. Tres: la incertidumbre, el mundo de lo inalcanzable. Lo vivo. Pero sin uno dos se extravían. Sin dos tres no existen. Sin tres todavía no hay mundo. Y uno permanece desconsuelo”

(Skliar, “Comunidad”, 2022, p. 374)

Introducción: Justificación del problema

Las adolescencias y juventudes frecuentemente son excluidas de espacios que promuevan su participación activa y protagónica en relación a las temáticas de salud y el ejercicio de la ciudadanía. Persiste y se refuerza una hegemonía de enfoques adultocéntricos y biomédicos que les asignan un rol subordinado que no solo subestima sus capacidades, sus conocimientos situados, sus vivencias, sino que proponen un enfoque en obligaciones y control con prácticas verticales y monoculturales, que además, no reconocen la heterogeneidad de las adolescencias y juventudes.

Como advierte Lewkowicz (2004), “para pensar la infancia es necesario des-suponer la infancia y postular que hay chicos. Des-suponer la infancia significa no pensar a los chicos como ‘hombres del mañana’ sino como ‘chicos de hoy’” (p. 114). Esta reflexión resulta central también para repensar las concepciones sobre las adolescencias y juventudes, y los supuestos que las conciben como un tránsito hacia la adultez, postergándolas al futuro y desconociéndolas como sujetas activas y transformadoras en el presente. A este enunciado podríamos agregar: “y con las adoles-

cencias y juventudes”, subrayando la necesidad de pensar con las adolescencias y juventudes, y no sobre ellas, pero sin ellas. Persiste una baja incidencia de las voces de las adolescencias y juventudes como personas constructoras de cambio y transformación social. Como señalan Soto y Fernández (2015), “la participación juvenil y el fortalecimiento de la ciudadanía de los jóvenes son elementos clave para construir una sociedad más inclusiva y democrática” (p. 293).

Contexto y encuadre de la experiencia

En este contexto, el presente trabajo recupera una experiencia desarrollada en el marco del Programa APEX (Aprendizaje y Extensión) de la Universidad de la República (Udelar) de Uruguay, a través del dispositivo de la Unidad Académica Temática “Ciclos de Vida y Comunidad – Infancias y Adolescencias”: ApexAndo que se desarrolla desde el año 2009 en la zona oeste de Montevideo. La propuesta se enmarca en una perspectiva crítica de extensión universitaria y salud comunitaria, promoviendo la participación protagónica de las adolescencias y juventudes a partir de metodologías y procesos lúdicos, expresivos, interdisciplinarios, territoriales y decoloniales. Se parte de la convicción que estas prácticas habilitan experiencias colectivas transformadoras, favoreciendo la construcción de sentidos sobre la salud, el cuidado, el territorio y la vida comunitaria.

Preguntas y objetivos de investigación

El proyecto busca, por un lado, indagar cómo las prácticas lúdico-expresivas pueden fortalecer los abordajes salubristas desde la perspectiva de la salud comunitaria en lógicas interdisciplinarias, críticas y participativas. Por otro lado, se busca comprender de qué manera estas prácticas dialogan con las nociones de gestión positiva de la salud (Saforcada y Morales Calatayud, 2022), cuidado emancipador y protagonismo de las adolescencias y juventudes. En particular, la investigación busca comprender las narrativas y percepciones de las adolescencias y juventudes, así como de sus familiares sobre las relaciones de las actividades lúdico-expresivas participativas desarrolladas en el dispositivo ApexAndo y la salud.

A partir de diversos interrogantes que fueron dando lugar a nuevos cuestionamientos y se complejizaron durante el proceso investigativo, se

formularon una serie de preguntas iniciales que orientaron el desarrollo del estudio y derivaron en el objetivo general. Según Maxwell, “las preguntas en la investigación cualitativa son generalmente el resultado de un diseño de investigación interactivo” (Maxwell en Palermo, 2010, p. 7). Preguntas iniciales o provisionales: ¿Cómo son caracterizadas las prácticas lúdico-expresivas participativas que se desarrollan en el dispositivo ApexAndo? ¿Qué narrativas y percepciones expresan las adolescencias y juventudes participantes sobre sus experiencias en relación con la salud y la participación comunitaria? ¿Qué sentidos construyen las adolescencias y juventudes sobre la salud y la adolescencia o juventud a partir de su participación en ApexAndo? ¿De qué manera las actividades lúdico-expresivas aportan a la construcción de una mirada crítica, comunitaria y emancipadora de la salud? ¿Cómo dialogan estas experiencias con los enfoques de gestión positiva de la salud y cuidado emancipador? ¿Qué rol ocupa la participación de las adolescencias y juventudes en estos procesos, en contraposición con enfoques adultocéntricos?

La pregunta central que orienta la investigación es: ¿Qué narrativas y sentidos construyen las adolescencias y juventudes participantes del dispositivo ApexAndo y sus familiares sobre los vínculos entre las prácticas lúdico-expresivas participativas y la salud, y cómo estas experiencias pueden contribuir a una perspectiva crítica, comunitaria y emancipadora del cuidado?

En función de ello, el proyecto se propuso los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Describir y analizar las narrativas y percepciones de las adolescencias y juventudes participantes del dispositivo ApexAndo en relación con los vínculos entre las prácticas lúdico-expresivas participativas y la salud, explorando su potencial para el encuentro, la expresión emocional y la construcción colectiva de sentidos sobre la salud, las adolescencias y juventudes, y la vida en comunidad.

Objetivos Específicos:

Conocer las prácticas lúdico-expresivas participativas desarrolladas

en el dispositivo ApexAndo, identificando sus componentes metodológicos, territoriales y relacionales.

Analizar las narrativas y percepciones de las adolescencias y juventudes acerca de su experiencia en ApexAndo, poniendo especial atención a las dimensiones de la salud.

Describir los sentidos que las adolescencias y juventudes construyen sobre la salud y el cuidado, a partir de su participación en actividades lúdico-expresivas y de sus vínculos con el territorio.

Explorar los aportes de las prácticas lúdico-expresivas a la construcción de una perspectiva crítica, comunitaria y emancipadora de la salud, en diálogo con los conceptos de gestión positiva de la salud y cuidado emancipador.

Diseño metodológico

El estudio tiene como población objetivo las adolescencias y juventudes de sectores sociales en condición de vulnerabilidad de la zona del Municipio A (zona de influencia del Programa APEX) participantes en el dispositivo ApexAndo. La problemática se abordará mediante un estudio descriptivo, utilizando herramientas de investigación cualitativa (Sellitz-Cols, 1965; Hernández Sampieri, 1998), donde las técnicas e instrumentos para la recolección de la información diseñadas fueron: a) análisis de documentación y antecedentes; b) entrevistas orales abiertas y estructuradas; c) observación de actividades; y, d) grupos focales y talleres participativos.

La primera parte del cuerpo argumental del artículo se centra en el enfoque teórico, la revisión de literatura relevante y la metodología empleada. Luego se presentan los hallazgos y se realiza su interpretación y análisis. Finalmente, se contrastan los resultados con el marco conceptual y se reflexiona sobre los aportes realizados.

A continuación, se profundiza en el enfoque teórico desde el cual se problematizará la salud con adolescencias y juventudes, incorporando perspectivas críticas, comunitarias y emancipadoras que interpelan al paradigma biomédico y adultocéntrico.

Marco teórico: Perspectivas críticas en salud con adolescencias y juventudes

*Agora deixa o livro
volta os olhos para a janela
a cidade a rua o chão
o corpo mais próximo
tuas próprias mãos:
aí também se lê*
(Marques, Ana Martins, p. 29)

*“Al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y transformarla,
es la única manera de probar que la realidad es transformable.”*
(Galeano, Eduardo)

A continuación, se desarrollan cinco ejes conceptuales que permiten repensar las prácticas de cuidado, participación y salud desde una perspectiva crítica y situada: el cuidado emancipatorio (Acosta, 2021; González, 2023), la gestión de salud positiva (Saforcada, 2012), la salud mental comunitaria (Montero, 2004; Bang, 2016), el juego y la creatividad (Garaigordobil, 2003; Bianchi, 2018; Calméls, 2023) y el protagonismo juvenil (Cussiánovich, 2010; Liebel, 2009; Abad, 2009). La salud y la construcción de ciudadanías críticas se comprenden como conceptos y dimensiones entrelazadas, puestas en diálogo en los procesos de investigación y de intervención.

El cuidado emancipatorio: vínculos horizontales y transformadores

El cuidado emancipatorio constituye un abordaje contrahegemónico que desafía los dispositivos tradicionales de salud centrados en el saber biomédico, la jerarquía profesional y la pasividad comunitaria. Lejos de concebirse como una prestación exclusivamente individual y técnica, el cuidado se entiende como una práctica relacional, sensible, participativa, política y situada, que puede generar condiciones de protagonismo y transformación, tanto subjetiva como colectiva.

Acosta (2021) sostiene que “la emancipación del ser humano en la sociedad exige una mirada crítica al modelo predeterminado (...), para que, con un accionar transformador, pueda favorecer la ruptura de las relaciones de poder y de dominación del modelo sanitario” (p. 11). Esta crítica implica cuestionar las prácticas disciplinadoras y adultistas que han caracterizado a muchos de los servicios de salud, especialmente en el vínculo con las adolescencias y juventudes, quienes han sido frecuentemente infantilizadas, silenciadas, patologizadas, negadas, negativizadas o consideradas “objetos de intervención” más que interlocutoras válidas y protagonistas de sus procesos de cuidado y transformación social.

En este sentido, el cuidado emancipatorio se propone “romper con modelos únicos de planificación y de gestión orientados a resultados” (Acosta, 2021, p. 12), y supone construir modelos de cuidado *con* las personas, respetando su experiencia, vivencias, saberes y sentires, y promoviendo vínculos horizontales que reconozcan la heterogeneidad cultural, afectiva y territorial.

Este concepto no solo tensiona los modelos de atención, sino también los de formación universitaria en el área de la salud y las prácticas de crianza. Siguiendo a María de los Ángeles González, “(...) tenemos un conflicto, que no es dialéctico, sino una paradoja: es cuidar-emancipando, emancipar-cuidando, y no hay en nuestra formación como mapadres una forma paradójica de crear libertad, porque no la sabemos ni para nosotros.” (p. 147)

Gestión de salud positiva: pensar desde la vida, no desde la enfermedad

En contraposición al paradigma tradicional centrado en la gestión de la enfermedad, Saforcada (2012) propone avanzar hacia una gestión de salud positiva, que ponga el foco en la promoción de condiciones saludables y sostenibles. Esta perspectiva recupera las nociones de participación comunitaria, territorialidad y determinación social de la salud, para desarrollar políticas y prácticas que fortalezcan las capacidades individuales y colectivas.

La gestión de salud positiva parte de una pregunta crucial: “¿De quién es la salud de cada persona? ¿Quién debe ser el decisor final en los temas

de salud?” (Saforcada, 2012, p. 9). La respuesta no puede ser otra que las propias personas y comunidades. La gestión de salud positiva trasciende los servicios de salud y pone el foco en abordajes territoriales situados, sostenidos en un estrecho diálogo de saberes (comunitarios, inter y multigeneracionales, académicos, profesionales y técnicos). Siguiendo a Enrique Saforcada (2012): “...es necesario un proceso de construcción mancomunada con la comunidad de modo que ambos componentes, equipo profesional y comunidad, piensen y actúen en función de este paradigma para desarrollar procesos de gestión de salud positiva...” (p. 7). Esta perspectiva interpela los enfoques biomédicos y la formación universitaria hegemónica en el campo de la salud. Así, pensar la salud desde la salud amplía la mirada para abarcar el entramado de dimensiones físicas, mentales, emocionales, sociales, espirituales, culturales, ambientales y comunitarias. Gestionar salud desde una lógica emancipadora implica desplazar el eje hacia la construcción de contextos protectores, emancipadores, colectivos y vitales.

Salud mental comunitaria: malestares y vínculos transformadores

La salud mental, por su parte, no puede ser abordada de manera individualizante, normalizante ni medicalizante. Se propone pensar la salud mental como síntomas, también, de los derrumbes sociales y de los “desfondamientos” institucionales para romper con la patologización de los sufrimientos y la diagnosticación como formas de violencias invisibilizadas. Los malestares y padecimientos de las adolescencias y juventudes se ven afectados por desigualdades estructurales y contextuales, violencias, exclusiones, o falta de espacios expresivos, de pertenencia y de ejercicio de derechos. Desde la salud mental comunitaria, se propone un enfoque que reconozca a las adolescencias y juventudes como actantes (Martin Criado, 2009), capaces de producir sentido sobre sus propias experiencias y vivencias, construyendo dispositivos participativos, protagónicos, lúdicos, expresivos y grupales.

En este sentido, según Claudia Bang (2014), estos procesos que consideran a las adolescencias y juventudes como actores y actrices sociales ac-

tivas y transformadoras necesitan estar sostenidas por el fortalecimiento de redes comunitarias humanizadas,

(...) la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, fortaleciendo las redes comunitarias y generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad cuidados (p. 114).

Así mismo, las experiencias en el campo de la Educación Popular en Salud permiten observar abordajes que entrelazan saberes situados, creatividad, afectividad, perspectivas de género y dimensión política. Como señalan Stotz et al. (2005): “Un primer gran tema es la preocupación por la construcción —compartida, dialógica— de nuevas comprensiones sobre la salud: una salud ampliada, diversa, múltiple, incluso contradictoria en sus múltiples vertientes, tolerante e inclusiva.” (p. 17) [traducción propia].

Juego y creatividad: expresión, salud y resistencias

Junto a los conceptos anteriores, resulta necesario centrarse en las potencialidades transformadoras y en la construcción de salud a partir del juego, la expresión y la creación colectiva en los procesos de cuidado. Desde una concepción crítica y comunitaria de la salud y de su gestión, las actividades lúdico expresivas participativas se resignifican como un derecho humano y un multilinguaje esencial en el desarrollo y crecimiento de niñeces, adolescencias y juventudes. Se trata de parte del proceso de la vida, creativo y transformador que permite construir sentidos, vínculos y participación, por lo tanto, salud. En esta línea, Torrado Lois y Di Landro (2014) afirman que el juego es un “propiciador de aprendizajes significativos y duraderos que promueve hábitos saludables: buen trato, cuidado del otro y autocuidado, autoexpresión, autodescubrimiento y descubrimiento colectivo” (p. 128).

El juego aparece como una estrategia clave no solo en la promoción de la salud desde una lógica integral, situada y comunitaria, en tanto “resguarda a niños y niñas de situaciones de riesgo” (Torrado Lois y Di Landro, 2014, p. 128), sino que a la vez se constituye como un dispositivo expresivo, afectivo, participativo y colectivo que construye salud. En un

mundo organizado desde lógicas individuales, competitivas y excluyentes, el juego, y particularmente el cooperativo promueve vínculos de cuidado, colaboración y horizontalidad. Según Garaigordobil (2003, como se citó en Torrado y Di Landro, 2014), los juegos cooperativos estimulan la empatía, la comunicación, la cohesión grupal y el desarrollo de la autoestima (Garaigordobil, 2003, p. 134). Esta perspectiva se opone a las lógicas disciplinadoras y adultocéntricas, y plantea otra forma de vincularse en comunidad: “todos participan, nunca hay eliminados ni nadie pierde, el objetivo consiste en alcanzar metas grupales” (Garaigordobil, 2003, p. 132). Los juegos cooperativos ejercitan habilidades sociales y habilitan procesos de expresión emocional y pensamiento creativo. Así, el juego “estimula el desarrollo de conductas prosociales, de interacciones sociales positivas y de valores socio-morales como el diálogo, la tolerancia, la solidaridad” (Garaigordobil, 2003, p. 128). A través del juego, las adolescencias y juventudes pueden expresar emociones, denunciar violencias, construir y reforzar comunidad y disputar sentidos sobre la salud. Jugar también puede crear prácticas de resistencia frente a los disciplinamientos.

Las metodologías lúdico-expresivas se consolidan como dispositivos que permiten sostener espacios participativos no mediados exclusivamente por el diálogo verbal. Favorecen la escucha, la presencia y el encuentro sensible (Bianchi, 2018), y habilitan otras formas de expresar y leer los sentires, pensares y saberes. Estas metodologías operan como dispositivos de mediación entre saberes, experiencias y lenguajes heterogéneos, y posibilitan procesos colectivos de narración de las experiencias y los malestares.

Las prácticas metodológicas lúdico-expresivas en contextos de vulnerabilidad, que promueven la participación de las adolescencias y juventudes, requieren de adlteches antiadultistas (Alexgaias, 2014), y del sostenimiento de entornos que habiliten el diálogo, la reflexión, la afectividad, el tiempo compartido, la confianza, el reconocimiento, la libertad y la suspensión del juicio.

Protagonismos: ciudadanías críticas y derechos políticos

Promover y construir el protagonismo de las adolescencias y juventudes en el campo de la salud implica romper el orden jerárquico, interpelar saberes hegemónicos y habilitar formas plurales y dinámicas de ser, sentir,

habitar y transformar, e implica agrietar las concepciones sobre las adolescencias y juventudes que las colocan en espacios y roles subordinados que suelen negarlas y/o negativizan (Chaves, 2005). Liebel (2009), Morales, S., Retali, E. (2020) y Cussiánovich (2017) afirman que es necesario un cambio hacia un “paradigma del protagonismo” que supere el enfoque centrado únicamente en la protección y la provisión. Cussiánovich y Martínez (2017) sitúan la participación protagónica como un componente constitutivo del bienestar, no solo de niñeces, adolescencias y juventudes, sino también de la comunidad en su conjunto. Desde una crítica al paradigma hegemónico de protección y provisión, los autores proponen una relectura de la participación como derecho político, que interpela a las culturas adultas dominantes.

En palabras de Cussiánovich y Martínez (2017): “lo importante es mostrar que dicha participación, en todas las modalidades que pudiera asumir, encuentra su real significación política, social, cultural, económica, en su obligada relación con el well-being no sólo de los niños, sino de la sociedad en su conjunto” (p. 215).

Las relaciones entre adúlces, adolescencias y juventudes están profundamente atravesadas por desigualdades de poder. Estas asimetrías se expresan en prácticas institucionales donde las adolescencias y juventudes son consideradas “aún-no”, “en falta” o “en devenir” (Liebel, 2023). Según Cussiánovich (2010), la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) tiene un “soplo proteccionista” que limita los principios vinculados a la participación, y por tanto al protagonismo.

Barata (1999) advierte que en muchas interpretaciones las adolescencias y juventudes son tratadas como “ciudadanos a medias” (p. 34), lo que reproduce prácticas tutelares y jerárquicas. En esta línea, Segade (2019) sostiene que “la ruptura teórico-práctica con el paradigma tutelar no estará completa hasta no desarraigar social e institucionalmente las prácticas tutelares arrastradas desde hace más de un siglo” (p. 6).

Los aportes del pensamiento freireano al campo de la salud atraviesan este entramado teórico “a través de una pedagogía centrada en el diálogo y la acción compartida” (Stotz et al., 2005, p. 6) [traducción propia].

A partir de los cinco conceptos desarrollados, se configura un marco que posibilita pensar la salud comunitaria con adolescencias y juventudes

desde una perspectiva situada, participativa y crítica. Estos ejes orientan tanto el enfoque metodológico como el análisis de las prácticas.

Metodología

Enfoque y diseño metodológico

La investigación se enmarca en un estudio de caso, centrado en una experiencia concreta y contextualizada: el dispositivo ApexAndo del Programa APEX, Udelar, en el Municipio A de Montevideo. De acuerdo con los objetivos de la investigación, se adoptó un enfoque cualitativo y participativo, que reconoce a las adolescencias y juventudes como sujetas de derechos y como protagonistas activas en la producción de conocimiento sobre sus propias vidas, saberes, sentires y experiencias. Se trabajó con un enfoque territorial situado, integrando técnicas flexibles como la observación participante, talleres dialógicos, entrevistas abiertas y dispositivos lúdico-expresivos, que posibilitaron el reconocimiento de la riqueza simbólica y afectiva de las prácticas de salud comunitaria en el oeste de Montevideo.

El análisis de la información se realizó mediante codificación abierta, y a partir de ella, poder identificar conceptos, categorías y patrones emergentes directamente a partir de los datos recabados en el trabajo de campo. Esto permitió que emergieran categorías asociadas a la salud, expresión emocional, vínculos interpersonales, afectividad, género y diversidad entre otras. El análisis se desarrolló en tres fases: 1) codificación abierta para identificar conceptos y categorías emergentes, 2) agrupación de categorías en torno a ejes temáticos, y 3) cruzamiento con el marco conceptual para interpretar los hallazgos. El proceso fue realizado de manera manual a partir del uso de Excel, y revisado colectivamente dentro del equipo de investigación.

Técnicas e instrumentos

La construcción de los instrumentos respondió a una lógica abierta, flexible y situada, orientada a comprender las experiencias, sentires y sentidos desde los lenguajes y formas de expresión propias de las adolescencias y juventudes. Este diseño fue elaborado en diálogo permanente en el equipo interdisciplinario de la Unidad Académica Temática Ciclos

de Vida y Comunidad – Infancias y Adolescencias del Programa APEX, promoviendo condiciones de participación genuina, cuidadosa y sensible a partir de escucha paciente, atenta, y manteniendo una postura abierta, no directiva.

Las técnicas de recolección de información que se utilizaron en el trabajo de campo fueron elegidas en función de los objetivos y la población. De acuerdo con este estudio se seleccionó: la entrevista, la observación participante, grupos focales y talleres dialógicos.

Se elaboraron guías de entrevistas abiertas y semiestructuradas dirigidas a adolescencias, juventudes y referentes familiares. Siguiendo lo planteado por Restrepo (2018), la confianza entre las personas entrevistadas y quienes realizaron las entrevistas fue clave, sostenida a lo largo de los años de trabajo conjunto en el dispositivo ApexAndo. Estuvieron orientadas a explorar sentidos sobre salud, vínculos, emociones, experiencias desde una perspectiva de género en ApexAndo. Incluyeron preguntas abiertas que facilitaron la expresión natural de las personas participantes. Durante las entrevistas se fueron incluyendo nuevas preguntas que permitieron profundizar en las respuestas de la persona entrevistada.

Registros de observación participante de las actividades cotidianas del grupo, que permitió apreciar aspectos emergentes de las actividades desarrolladas: interacciones, emociones, lenguajes, formas de expresión o participación entre otras dimensiones.

Se elaboraron guías para grupos focales y talleres dialógicos, El taller es una herramienta metodológica con la que el grupo ya está familiarizado, dado su uso habitual en ApexAndo. Se trabajó mediante dinámicas lúdico-expresivas como collage, modelado en arcilla, mapeos emocionales y territoriales, juegos de rol, creación de relatos colectivos, títeres o escenas dramatizadas. Estas dinámicas facilitaron la construcción colectiva de sentido en entornos seguros, horizontales y creativos, promoviendo el reconocimiento mutuo y la emancipación.

Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento informado y luego transcritas. Las producciones lúdico-expresivas se registraron mediante fotografías y relatos escritos, respetando la confidencialidad.

La flexibilidad metodológica y la confianza fueron claves, los instru-

mentos se ajustaron e incorporaron elementos emergentes, adaptándose a los tiempos, lenguajes y necesidades de quienes participaron.

Participantes y contexto

El estudio se desarrolló en el marco del dispositivo ApexAndo, un espacio comunitario y universitario que desde 2009 sostiene propuestas de salud y ciudadanía con adolescencias y juventudes del Municipio A de Montevideo, una zona caracterizada por alta vulnerabilidad social y fuerte heterogeneidad territorial. La iniciativa surge como respuesta a la demanda de las adolescencias y juventudes de dar continuidad de las actividades lúdico-expresivas iniciadas por el Programa APEX en 1997 en los recesos estudiantiles en verano y se propone construir espacios de encuentro, participación, protagonismo, expresión y construcción de salud a lo largo de todo el año.

En el estudio participaron 25 adolescencias y juventudes, con edades entre 13 y 21 años (media: 15), que se caracterizan por su diversidad en términos de identidades de género, trayectorias familiares, situaciones de discapacidad, condiciones socioeconómicas y territoriales, entre otras dimensiones. Se realizaron dieciocho entrevistas: doce a adolescencias y juventudes, y seis a familiares referentes, todas ellas registradas con consentimiento previo y orientadas a explorar sentidos en torno a salud, vínculos y afectividad.

Consideraciones éticas

El estudio se inscribe en un enfoque ético situado, que reconoce el carácter político, pedagógico y relacional del trabajo con adolescencias y juventudes. Se garantizó el cumplimiento de las normativas nacionales e institucionales sobre investigaciones con personas, incluyendo la obtención de consentimientos informados por escrito de referentes familiares y asentimiento informado de las adolescencias y juventudes. La participación fue voluntaria, confidencial y anónima, con posibilidad de desistir en cualquier momento sin consecuencias. Las técnicas utilizadas fueron diseñadas desde una perspectiva dialógica, afectiva y participativa, que garantizara un ambiente de confianza, especialmente cuando surgieron relatos vinculados a experiencias sensibles.

Esta dimensión ética no se restringe al cumplimiento de normas formales, sino que concibe críticamente las relaciones de poder en la producción de conocimiento y promueve el reconocimiento de los saberes y aportes entre quienes investigan y quienes participan.

Resultados

“Dialogar exige escuta, os ouvidos seduzidos são capazes de degustar palavras. O diálogo é um afeto que, quando nos exige esforço, começa a se desfazer. O grito é um ato de fratura o diálogo, pois quem sente que suas palavras são escutadas não precisa gritar.”

(Noguera, 2025, p. 106)

“Los relatos que han conformado nuestro destino hasta ahora, ya no nos sirven. (...) Nos hicieron creer que nos habíamos roto, pero lo que estaba roto era el mundo.”

(Fortún, 2022, p. 33)

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a adolescencias, juventudes (12) y familiares (6) participantes del dispositivo ApexAndo, se identificaron múltiples sentidos en relación a la salud, el cuidado, el juego, las relaciones interpersonales y el protagonismo en el marco de prácticas lúdico-expresivas participativas. Los hallazgos fueron organizados en torno a cuatro grandes categorías: a) salud integral y subjetiva, b) vínculos y construcción de convivencia a partir de lo lúdico-expresivo participativo, c) dimensión afectiva y expresiva como parte del cuidado, y d) perspectiva de género, ciudadanía y protagonismo de las adolescencias y juventudes. A lo largo de las entrevistas, emergieron además categorías transversales como la participación, la afectividad, la ludicidad y el reconocimiento de las adolescencias y juventudes como sujetas de derechos, transformadoras y protagónicas.

Salud integral y subjetiva

Las adolescencias, juventudes y familiares entienden la salud de forma integral, trascienden la dimensión biomédica e incorporan dimensiones

emocionales, relacionales y comunitarias. Las adolescencias y juventudes entrevistadas se refieren al bienestar como una vivencia situada y subjetiva, relacionando el “sentirse bien” con la posibilidad de expresarse, compartir, estar acompañadas, reír y disfrutar. Esta concepción desplaza y se contrapone a la idea de salud como ausencia de enfermedad y la ubica en el terreno de lo cotidiano, lo vincular, lo contextual y lo emocional.

Una de las entrevistadas lo expresa de forma clara:

“La salud es el balance entre la salud mental y física, aunque la salud nunca es algo que esté en perfecto orden, lo mejor sería cuidar ambas partes de la salud para tener una vida más saludable.” (E3)

Otros relatos enfatizan la dimensión social del bienestar:

“La salud podría ser mental como social, por ejemplo si estás encerrado todo el día, no estás saludable.” (E2)

“Para mí la salud, no solo es del lado médico, sino es cómo afecta a alguien mentalmente para interactuar con otras personas y el entorno en el que la rodea.” (E11)

En esa línea, la participación en espacios colectivos como ApexAndo aparece directamente vinculada a sentirse saludable:

“Yo me siento saludable cuando estoy acá, cuando juego, cuando me siento libre, puedo ser yo. (...) acá no hay opiniones digamos “correctas, malas o erróneas”, sino que cada uno tiene el derecho de opinar, de decir lo que siente y que acá no se juzga, cosa de esto es raro, es eso o aquello, sino que está bien, mientras no sea dañino para uno ni para el otro está perfecto.” (E8)

Asimismo, se manifiesta una concepción crítica de la salud mental hegemónica, y la concepción de “normalidad”. Se desnaturaliza la noción de salud mental como estado permanente e ideal, difícilmente alcanzable en el contexto actual, lo que permite visibilizar experiencias subjetivas de malestares o padecimientos propios.

“Para mí la salud es tu bienestar. Es decir, puede haber dos tipos de salud, la salud mental y la salud tuya, o sea, de tener enfermedades o no. (...) La salud mental es algo que, para ser sinceros, nadie en el mundo tiene. Capaz que algunos sí, pero serían muy pocos porque ahora casi todos sufren de ansiedad, depresión, estrés y no es muy como que muy muy lindo eso.” (E8)

También se concibe a la salud como derecho humano, con un enfoque normativo y universal, y también como un indicador del estado general del otro.

“Para mí la salud es un derecho que tenemos que tener todos los seres humanos como salud mental y salud física. La salud para mí es algo que nos ayuda (...) a saber si alguien está bien o está mal.” (E10)

Las adolescencias, juventudes y familiares participantes del dispositivo ApexAndo perciben cambios significativos en sus concepciones y experiencias en relación a la salud. En sus relatos, se visibilizan procesos de cambio subjetivo que trasciende una mirada biomédica, incorporando dimensiones emocionales, sociales y territoriales.

“Nos encanta porque acá es un lugar muy lindo donde lo tratan con cariño, con amor. Y aprende cosas lindas. No le cuesta tanto relacionarse con las personas como antes, acá puede sentirse libre, hacer amigos y estar como que estuviera en casa.” (EF3)

Se observan cambios en la autoestima, autopercepción y expresión artística, destacando miradas más positivas de sí mismos y mayor disfrute

“he notado cambios positivos, sobre todo la confianza en sí mismo, en sus posibilidades y fortalezas. Pudiéndose ver él, de una manera más positiva y distendida, menos crítica y crítica en el sentido negativo. Ahora ya no es tan crítico, sino que es mucho más positivo. También a nivel expresivo lo ayuda a focalizarse en habilidades artísticas que antes no tenía en cuenta para sí, y ahora disfruta sin cuestionarse mucho su eficiencia en lo que hace. Y disfruta de la actividad, de compartirla y hasta logra sentirse muy cómodo realizando ese tipo de actividades.” (EF5)

“En la experiencia APEX, sí, los cambios han sido notorios, ha experimentado una transformación interna forjando un lado más empática con sus pares y consigo misma, aumentando su confianza y autoestima que se refleja en su exterior.” (EF6)

“Yo siento que a todos los lugares que ha ido mi hijo, desde que es chico, que ha ido a millones, como que el lugar de él, es acá, donde él más se identifica, está tranquilo, seguro, como que él es feliz viniendo a APEX.” (EF2)

Estas narrativas revelan un proceso de resignificación vinculada al reconocimiento de los propios sentires y al acceso a espacios expresivos y de pertenencia.

Vínculos y construcción de convivencia a partir de lo lúdico-expresivo participativo

El juego, las actividades grupales expresivas o los talleres dialógicos son reconocidos como centrales para la construcción de vínculos asertivos, la cooperación entre pares, el fortalecimiento de habilidades sociales y pensamiento crítico. Las adolescencias y juventudes valoran estos espacios como lugares donde pueden hacer amistades, sentirse parte de un grupo y desarrollar la empatía.

“acá, al sentirme más seguro, al abrirme verbalmente entre las personas, me ayudó también a abrirme emocionalmente a las personas del exterior, no solo a las personas de acá. Porque generé un vínculo de confianza que me ayudó a ser más yo mismo.” (E11)

“Todo el equipo y todos mis compañeros te apoyan. Las personas adultas y además también tus pares, tus compañeros, tus amigos. No son compañeros, ya son mis amigos. Eso es lo que siento yo, no sé. Y a lo primero pensé que todos me iban a caer mal. Y pensé mal. Porque todos te apoyan, todos tienen un punto de vista diferente, todos discuten sobre cosas. Y no sé, te hacen pensar más, o sea, sentís el apoyo.” (E12)

“bueno, los grupos y la coordinación me ayudó a aprender más sobre el trabajo en equipo, y la paciencia con otros, o la salida de este a oeste me ayuda poder ver que si podía ser capaz de hablar con adultos sin asustarme tanto como lo pensaba, al igual que con mis compañeros y amigos.” (E3)

“yo trabajo en equipo, siempre he hecho y colaborar con otras personas también, pero APEX me ha ayudado a solidificar eso aún más. Tanto así que yo hoy en día no tengo tanto problema con ayudar a hacer trabajos en equipo o a colaborar con otras personas.” (E10)

Las personas referentes familiares también reconocen una mejora en la socialización, en la comunicación intrafamiliar y en reconocimiento de las adolescencias y juventudes como portadoras de saberes significativos:

“Desde que va a APEX, está más tranquila, habla más conmigo, cuenta lo que le pasa.” (EF4)

“Y aprende un montón, cosas re lindas. (...) en su crecimiento, en su bienestar, porque a él le encanta y aprende, son cosas que a él le gusta y productivas, para su aprendizaje y para enseñar también, como yo le digo, nosotros en casa aprendemos mucho de él, de las cosas que él aprende acá.” (EF2)

“Y siempre cuenta lo que hace acá, que le gustan los paseos, dónde van, qué hacen, cosas así. Nosotros, la verdad que estamos muy contentos con el cambio. Tiene un cambio de carácter también.” (EF3)

Un padre destaca el cambio en la disposición hacia los demás:

“Ahora se la ve más suelta, con más ganas de participar, hasta saluda con más seguridad.” (F3)

Estos relatos permiten entender las actividades lúdico-expresivas más que como un recurso metodológico: se convierte en un territorio relacional, ético y político, donde se habilitan otras formas de estar con otras personas, de construir comunidad y fortalecer los vínculos con las familias.

Dimensión afectiva y expresiva como parte del cuidado emancipador

Uno de los hallazgos más significativos es el valor que las adolescencias, juventudes y familiares otorgan a la posibilidad de expresar emociones en un entorno cuidadoso, seguro, dialógico y afectivo. Las actividades lúdico-expresivas (títeres, dramatizaciones, modelado en arcilla, juegos, pintura, entre otras) funcionan como dispositivos que permiten expresar y canalizar emociones y construir sentido.

“me ayudaron a abrirme más, a escuchar a los demás y a compartir más cosas sin sentirme incómodo.” (E7)

“Por ejemplo, el podcast y (...) otros momentos de participación me ayudó porque no sólo para dar como la opinión, lo que uno siente, todo eso compartirlo (...), también para reflexionar uno mismo y verse uno mismo. Y ha sido tanto a reflexionar cómo, a compartir y mostrar mi opinión a otros, no me queda como guardado, porque ya no me da vergüenza, tenía mucha más seguridad de mí mismo.” (E6)

“Creo que me ayudó mucho en mi salud. Y ahora voy a cualquier lado y gracias a APEX que me hizo abrirme, ahora me expreso más y soy yo.

Porque antes fingía ser alguien que no era porque sentía que me iban a decir no, vos no te juntes conmigo, vos no sos bienvenida acá por tu forma de ser.” (E8)

“A veces en mi casa no puedo decir que estoy triste. Acá sí.” (E12)

“Las actividades de charla, por ejemplo, donde hay que charlar más, me ayudan a abrirme. Osea, abrirme ante los demás con las palabras.” (E11)

El espacio se convierte en un lugar donde las adolescencias y juventudes pueden hablar, llorar, reír o simbolizar lo que sienten. Desde la mirada de las adolescencias, juventudes y familiares, esto tiene efectos concretos en el bienestar emocional:

“No le cuesta hablar, compartir. Él antes era más tímido. Ahora ya no le cuesta expresar lo que siente o hablar de cómo le fue.” (EF2)

“Desde que va, se le nota menos ansioso, se ríe más.” (EF6)

“(…) trabajo mejor que antes y con confianza.” (E2)

“Si bien socializar interactuar no siempre es lo que más quiero hacer, porque soy bastante introvertido, pero sí me ayudó también en la parte, no sé, que mi cabeza da mil vueltas antes de interactuar o cosas así, me ayudó bastante. Y eso de que la cabeza hace treinta mil cosas antes de hacer algo, pues estar sin hacer nada.” (E6)

Estas experiencias muestran que el cuidado emancipador, lejos de ser una acción asistencial, se construye como un proceso afectivo, subjetivante, dialógico, político y relacional, que potencia la autonomía emocional y el reconocimiento de los propios saberes y sentires.

Perspectiva de género, ciudadanía y protagonismo de las adolescencias y juventudes.

Aunque esta categoría no fue desarrollada por todas las personas participantes, en varios relatos emergen con claridad sentidos vinculados al respeto por las identidades de género, el reconocimiento de las diversidades y el ejercicio de una ciudadanía protagónica. Se trata de vivencias donde las adolescencias y juventudes sienten que pueden expresarse libremente y sin temor a la discriminación.

“Yo antes como que no me relacionaba mucho con personas porque como que sentía, como dije antes sentía que me iban a rechazar por lo que yo era. Y cuando entré a APEX vi que éramos todos iguales y no había nadie que no valiera la pena conocer, o sea, vale mucho la pena sí. Y no digo que sea amiga de todos o de todes, pero sí me relaciono con todos.” (E8)

“La verdad si, he tenido varias personas que me han ayudado a sentir como me identifico, me han ayudado a ver que no tengo que esconderme.” (E5)

“(…) acá al ser tantas personas que no te juzgan, que no te dicen nada, que te aceptan, tal como sos y todo eso, te sentís más seguro y sabés que podés ser vos mismo tanto acá como afuera también.” (E11)

“Una cosa me gustaría decir para cualquiera que ingrese a APEX, que sepan que en cuestiones de género, identificación y preferencia tienen todo nuestro apoyo incondicional y si sienten alguna duda, alguna incomodidad lo hablamos entre todos y lo conversamos, que está perfecto hay que hablarlo y se respeta y se habla. Yo creo que sí que habrá y pueden dar mucho más como lo hacemos para que las personas puedan comprender y conocer otros puntos de vista, otros puntos de la vida de otros y que también se puedan ver a ellos mismos, explorarse. Le doy muy para adelante a eso y APEX lo apoya un montón.” (E6)

“Mi hijo se siente respetado por cómo es, eso no pasa en todos lados.” (EF5)

Muchas de las experiencias relatadas dan cuenta de un movimiento del lugar tradicionalmente asignado a las adolescencias y juventudes como “objetos” de intervención o de enunciación. En ApexAndo, se habilitan espacios para expresar, participar y ser escuchadas como sujetas que puedan ejercer derechos, participar, tomar decisiones y construir sentido grupalmente:

“me di cuenta de que realmente les importa no solo para saber, sino, por ejemplo, para saber si te gusta, que te digan de una manera, ellos lo toman en cuenta y te dicen de la manera como creen que te gusta. O si no te gusta que te digan tal cosa, ellos van y no te lo dicen. ^{Toman muy en cuenta eso,} lo respetan mucho. Eso es lo que más influye acá. Respeto a las diversidades, a los géneros, a las personas y todo eso.” (E11)

“Jugamos, pero también pensamos cosas, hacemos actividades para cambiar cosas.” (E4)

“siento que el grupo es muy diverso y muy inclusivo” (E5)

Estas expresiones son valoradas por familiares como procesos de cambio y fortalecimiento subjetivo:

“Yo lo veo más seguro, con más ideas propias y ganas de proponer cosas.” (EF9)

“Se sienten escuchados y respetados.” (EF7)

En este sentido, el dispositivo funciona como un espacio de construcción de ciudadanía crítica, donde el cuidado, el juego y la expresión se articulan con el ejercicio de derechos y el reconocimiento de las adolescencias y juventudes como actantes y protagonistas en las transformaciones sociales.

Dimensiones transversales: ludicidad, afectividad y cuidado comunitario

Más allá de las categorías principales, en los relatos aparecen sentidos transversales a las experiencias: la ludicidad como modo de estar en el mundo de “modo lúdico”, la afectividad como cuidado, y la comunidad como territorio de transformación. La referencia a ApexAndo como espacio seguro, como “familia”, como lugar propio, es una constante en las entrevistas.

“Es como una “familia”, nos cuidamos, nos reímos, hablamos de todo.” (E6)

“APEX es un lugar donde puedo ser yo y pensar en los demás.” (E10)

“(las actividades son) una manera de poder expresarme y ser yo” (E2)

En síntesis, los resultados muestran al dispositivo ApexAndo como una práctica de salud comunitaria que interpela al adultocentrismo y promueve formas de cuidado emancipadoras, lúdicas, creativas y colectivas. Las adolescencias y juventudes no sólo participan: protagonizan procesos de transformación que implican visitar los sentidos de salud y ciudadanía.

Análisis y discusión

*“estamos habitados por una multiplicidad de voces,
de historias, de ritmos.”*

(Bendek, 2021, p. 12)

*“(...) cuidar es entrar en diálogo con la otra persona para entender qué
necesita y armar un plan posible entre las dos partes y por eso el cuidado es
una práctica participativa.”*

(Shabel, 2024, p. 21)

Los resultados presentados permiten comprender cómo desde las experiencias en el dispositivo ApexAndo, se resignifican los sentidos de salud, cuidado y ciudadanía con y desde las adolescencias y las juventudes. Estos procesos se producen a partir de prácticas lúdico-expresivas participativas que habilitan vínculos horizontales, espacios de expresión emocional, y formas de protagonismo que desafían el adultocentrismo y los abordajes hegemónicos en salud. El dispositivo ApexAndo se sustenta en el juego y la creatividad (Garaigordobil, 2003; Bianchi, 2018; Calméls, 2023) y el protagonismo de las adolescencias y juventudes (Cussiánovich, 2010; Liebel, 2009; Abad, 2009) en relación con el cuidado emancipatorio (Acosta, 2021; González, 2023), la gestión de salud positiva (Saforcada, 2012), y la salud mental comunitaria (Saforcada, 2015; Montero, 2004; Bang, 2016). En este apartado se analizan los hallazgos a la luz del marco teórico, incorporando también los aportes de las pedagogías críticas, las perspectivas de género y de las disidencias sexuales, el enfoque de derechos y la noción de interseccionalidad. Desde esta mirada, el análisis se comprende únicamente en relación con los entramados de poder y subordinación que lo atraviesan, tales como el patriarcado, el racismo, el adultocentrismo y la desigualdad de clase (Viveros Vigoya, 2023).

Lo lúdico-expresivo como construcción de vínculos y cuidado subjetivante

En los relatos, el juego aparece como una experiencia fundante de los vínculos y de los aprendizajes colectivos. La dimensión lúdico-expresiva es clave para comprender cómo se habilitan y habitan otras formas rela-

cionales, de encuentro, cuidado, construcción de grupalidad entre pares y fortalecer vínculos familiares. El juego, y particularmente los juegos cooperativos, son prácticas de salud en tanto permiten identificar y gestionar emociones, fortalecer vínculos y generar disfrute compartido.

Las experiencias lúdico-expresivas también se constituyen como espacios alternativos a las pedagogías hegemónicas y homogeneizadoras. En este sentido, las adolescencias cuestionan y transforman los procesos dominantes, produciendo saberes y sentires propios y prácticas que resisten a las subordinaciones (Hernández Flores, 2019).

Las actividades lúdico-expresivas en ApexAndo son entendidas como mediación relacional, salud positiva, participación y protagonismo, habilita formas de expresión y reconocimiento que permiten a las adolescencias y juventudes ejercer ciudadanías creativas, lúdicas y afectivas (Abad, 2009), desplazando así los sentidos subordinantes, adultocéntricos y estigmatizantes con los que se suele categorizar a las adolescencias y juventudes. La expresión de emociones como un eje central atraviesa la experiencia relatada por las adolescencias y familiares. ApexAndo se configura como un espacio que posibilita el reconocimiento, la construcción, la fragilidad y el abrazo de los sentires y afectos para poder comprender y pensarse. Esta posibilidad de “poner en palabras”, “dibujar lo que sentimos-pensamos-vivimos”, “acá puedo ser yo” o “decir cosas que no me animaba a decir”, constituye una forma de cuidado singular, colectivo y emancipador (Acosta, 2021). Los espacios lúdico-expresivos participativos en ApexAndo permiten politizar el cuidado y construir subjetividades desde el reconocimiento de la heterogeneidad.

En contextos donde las adolescencias y juventudes suelen ser negadas como sujetas políticas, las prácticas que habilitan el reconocimiento de sus sentires, pensamientos y vivires, se constituyen como actos y espacios de resistencias cotidianos frente a lo que Rita Segato (2018) llama pedagogías de la crueldad. Nuestro contexto actual, ligado a proyectos relacionados con el capital donde se desprotege, precariza, aliena y cosifica la fluencia vital, se configura una subjetividad en los marcos de un espectáculo de la crueldad, con el objetivo de que “naturalicemos la expropiación de vida, la predación, es decir, que no tengamos receptores para el acto comunicativo de quien es capturado por el proceso de consumición” (Segato, 2018,

p. 12). Una contra-pedagogía de la crueldad revitaliza lo vincular, la reciprocidad, la comunidad, en contraposición a la cosificación de la vitalidad cooptada por el capital. El poner en circulación el movimiento del pensamiento crítico y cuestionador, también implica un proceso vitalizador. Las adolescencias y juventudes cuestionan las estructuras sociales, políticas y culturales que les afectan, y desafían las pedagogías de la crueldad contrarias a cualquier intento humanizador de sus vidas, se posicionan desde las resistencias cotidianas, muchas veces sutiles y silenciosas, tomando un rol activo, cambiante y creativo en la resignificación de sus comunidades. Los espacios lúdico-expresivos participativos en ApexAndo habilitan lugares donde las adolescencias tienen un rol protagónico. Ellas, construyen este espacio desde la sensibilidad de compartir con otras personas, generando lazos donde se potencia lo recíproco: el intercambio, el compartir, el escuchar, el hablar, el aprender con y desde otras voces. Las adolescencias construyen espacios que refuerzan la vincularidad necesaria en un proyecto contra la crueldad, en tanto “solo un mundo vincular y comunitario pone límites a la cosificación de la vida” (Segato, 2018, p. 12).

Ciudadanía crítica y protagónica, perspectiva de género e interseccionalidad

En las entrevistas emerge la percepción de las adolescencias y juventudes como sujetas activas de derechos, capaces de tomar decisiones, expresar sus identidades y participar en las transformaciones de su entorno. Esta idea desafía los modelos adultocéntricos que históricamente las han ubicado como objeto de protección y cuidado. Según Cussiánovich (2010), quien cuestiona el ‘soplo proteccionista’, afirma que estas miradas centradas en la protección y el cuidado limitan la participación protagónica, subordinándola a las lógicas adulta.

La perspectiva interseccional resulta clave para comprender estas experiencias. Las adolescencias y juventudes entendidas como “identidades interseccionales” (Viveros Vigoya, 2023), son atravesadas por múltiples estructuras de opresión que configuran desigualdades específicas. Ignorar estas diferencias puede perpetuar formas de exclusión y reproducción de jerarquías: “No atender estas formas que asume la diversidad no solo en las personas, sino en los mundos a través de los cuales significan el mun-

do y por ende los procesos educativos, genera una forma de desigualdad” (Hernández Flores, 2019, p. 52).

Los espacios habitados por las adolescencias y juventudes, en este marco, no pueden sostenerse como prácticas neutrales e indiferentes. Como afirma Hernández Flores (2019), “comprendernos en la diversidad implica reconocer que, a fuerza de ser, la diversidad está presente en nuestros espacios y conviene hacerlos visibles” (p. 60).

La crítica al adultocentrismo permite comprender cómo las adolescencias y juventudes son frecuentemente representadas como “en tránsito”, “aún no” o incompletas, y las invalidan como sujetas políticas (Reguillo, 1998; Chaves, 2005). Este “gran NO” que las niega o negativiza se reproduce en las prácticas educativas, sociales y familiares (Chaves, 2005). Frente a esto, el coprotagonismo promovido en ApexAndo habilita procesos de validación, expresión y construcción colectiva de sentidos, en clave de derechos.

(...) la juventud está signada por «el gran NO», es negada (modelo jurídico) o negativizada (modelo represivo), se le niega existencia como sujeto total (en transición, incompleto, ni niño ni adulto) o se negativizan sus prácticas (juventud problema, juventud gris, joven desviado, tribu juvenil, ser rebelde, delincuente, etc.). (Chaves, 2005, p. 26)

La salud como derecho colectivo y proceso colectivo, subjetivo y situado

Uno de los principales hallazgos es la concepción amplia de la salud, las adolescencias la definen en términos integrales articulando el bienestar físico, mental, emocional y social. Estas miradas se distancian del paradigma biomédico hegemónico, y realiza un desplazamiento de ideas reducidas a percibir la salud exclusivamente como la ausencia de enfermedad. En las entrevistas emerge una noción relacional, colectiva y situada de la salud, donde sentirse bien con otras personas es central.

En diálogo con la perspectiva de la salud comunitaria y la gestión de salud positiva (Saforcada, 2012), los relatos muestran a la salud como una construcción en el entramado de vínculos, prácticas expresivas y territorios compartidos (Bang, 2020). Esta concepción de salud interpela

también las desigualdades estructurales que configuran las experiencias de vida de las adolescencias y juventudes. La salud se configura como un proceso colectivo y político, que exige identificar, reconocer y accionar en relación a las opresiones.

El análisis permite afirmar que ApexAndo se constituye como un dispositivo que aporta a la construcción de salud comunitaria desde una lógica de derechos. Lejos de una intervención asistencialista o patologizante, se promueve el protagonismo juvenil, el juego como forma de cuidado, la expresión emocional como acto político y el vínculo como sostén subjetivo.

Estas prácticas reconfiguran el sentido del cuidado, que deja de ser un servicio brindado por profesionales, para devenir un hacer colectivo, horizontal y afectivo. Como señala Acosta (2021), el cuidado emancipador es aquel que transforma las condiciones que producen vulneración, que politiza los vínculos y que habilita futuros más justos. En este horizonte, resignificar los vínculos intergeneracionales desde una pedagogía dialógica y plural se vuelve imprescindible: “construir juntos un sentido común reconociendo la diversidad” (Hernández Flores, 2019, p. 52).

Así, el dispositivo incide no sólo en indicadores individuales de bienestar, sino también en la transformación de tramas comunitarias e institucionales. Al habilitar la palabra, reconocer la diferencia, legitimar saberes y promover la agencia juvenil, se construyen condiciones para una salud entendida como derecho, experiencia situada y horizonte de justicia social (Bang, 2014; Saforcada, 2017). Como plantea Saforcada (2012), la salud comunitaria implica “un proceso de construcción mancomunada con la comunidad de modo que ambos componentes, equipo profesional y comunidad, piensen y actúen en función de este paradigma para desarrollar procesos de gestión de salud positiva” (p. 7). Esta concepción requiere superar los modelos tradicionales centrados en la atención individual y en la enfermedad, proponiendo un abordaje y construcción colectiva que fortalezca el poder de las comunidades especialmente en etapas vitales tan significativas como las adolescencias y juventudes.

En este sentido, la gestión de salud positiva, no se centra en indicadores clínicos, sino que considera aspectos como la autonomía, el sentido de comunidad, el reconocimiento y la participación protagónica. Saforcada (2012) interpela la formación en salud cuando plantea, “los profesiona-

les de la salud solo están capacitados y se ocupan de la enfermedad, de lo que se deduce que las universidades que forman a estos profesionales están, de movida, violando el segundo derecho humano primordial” (p. 9). Promover una gestión de salud positiva con adolescencias y juventudes implica reconocerlas como sujetas políticas, con derecho a participar activa y protagonicamente en la definición de sus necesidades, deseos y demandas. El trabajo comunitario en salud, desde una perspectiva crítica y junto a las adolescencias y juventudes, de forma situada, propicia procesos donde las personas puedan construir sentidos colectivos, fortalecer redes y disputar los modos en que se define lo saludable.

Conclusiones y preguntas finales

“Diría que el docente es, al mismo tiempo, un arquitecto y un anfitrión. Como arquitecto, diseña la experiencia educativa: piensa el recorrido, organiza los materiales, imagina estructuras posibles. Pero también –y quizás sobre todo– es un anfitrión. En el sentido más hondo de la palabra: alguien que recibe, que acoge, que genera un clima donde los otros puedan estar, puedan quedarse, puedan habitar el mundo con otros.”

(Brailovsky en Alliaume Molfino, 2025)

El estudio permitió evidenciar que las prácticas lúdico-expresivas participativas desarrolladas en el dispositivo ApexAndo constituyen un espacio privilegiado para repensar la salud comunitaria con adolescencias y juventudes desde una perspectiva crítica, dialógica y emancipadora. Los hallazgos muestran que tanto las adolescencias y juventudes participantes, como familiares conciben la salud de manera integral y situada, considerando dimensiones emocionales, relacionales y comunitarias que trascienden el paradigma biomédico hegemónico. En este marco, las adolescencias y juventudes asocian el bienestar con la posibilidad de expresarse, compartir, crear vínculos de confianza y sentirse reconocidas como sujetas de derechos.

Los testimonios dan cuenta de las relaciones entre salud y prácticas lúdico-expresivas participativas, mostrando que estas experiencias generan transformaciones subjetivas y colectivas significativas, entre ellas mejoras

en la autoestima, la expresión emocional, la capacidad de socialización y la construcción de vínculos horizontales. Asimismo, se constata que el juego y la creatividad operan como dispositivos de cuidado emancipador, donde las adolescencias pueden “ser ellas mismas”, expresar sentimientos que no encuentran espacio en otros espacios y elaborar colectivamente sentidos sobre la salud.

Un hallazgo clave refiere al protagonismo de las adolescencias y juventudes, posicionándose como protagonistas en la definición de sus demandas. Esto cuestiona el adultocentrismo en muchos espacios de salud y educación. La experiencia evidencia la necesidad e importancia de habilitar procesos participativos protagónicos. La perspectiva de género y la interseccionalidad emergen como dimensiones centrales necesarias para comprender críticamente las construcciones de salud en contextos de desigualdades y subordinaciones.

ApexAndo, como dispositivo de extensión universitaria vinculado a la salud se constituye como un campo para la formación de recursos salubristas que promueve prácticas de salud comunitaria alternativa a los abordajes biomédicos hegemónicos, de forma interdisciplinaria, crítica y con enfoque de derechos. ApexAndo articula juego, expresión, cuidado y protagonismo en un dispositivo que no solo impacta en la salud individual, sino también en la construcción de lazos y redes comunitarios donde la confianza y la afectividad se presentan como ejes centrales. Esto interpela los abordajes y la formación en salud, así mismo plantea, como proyección, la importancia de replicar experiencias metodológicas lúdico-expresivas en otros territorios. ¿Cómo agrietar las lógicas adultocéntricas que persisten en sus prácticas y discursos, reconociendo a las adolescencias como sujetas interseccionales y diversas? ¿Cómo seguir tejiendo experiencias colectivas que interpelen las narrativas y representaciones hegemónicas de las adolescencias y juventudes, y que contribuyan a la transformación de las estructuras que las oprimen? ¿Cuáles son los aprendizajes que pueden contribuir, desde la experiencia de dispositivos como ApexAndo, a la construcción de metodologías participativas centradas en lo lúdico-expresivo en el área de la salud?

A modo de cierre, dar continuidad y profundización a estas experiencias que colocan a las adolescencias y juventudes en el centro de los pro-

cesos de cuidado emancipador y ciudadanía protagónica, plantea además la necesidad de redes comunitarias más amplias para la consolidación de espacios donde el cuidado se entienda desde lo colectivo, afectivo y emancipador, y donde las adolescencias y juventudes se reconozcan y sean reconocidas como protagonistas de las transformaciones sociales y comunitarias.

Referencias bibliográficas

- Abad Molina, J. (2009). Usos y funciones de las artes en la educación y el desarrollo humano. *Educación artística, cultura y ciudadanía*, 17–23.
- Acosta, M. C. (2021). *El cuidado de enfermería como potenciador de procesos emancipatorios: La experiencia en la Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua (FUCVAM)* [Tesis de maestría, Universidad de la República, Facultad de Enfermería]. Montevideo, Uruguay.
- Alexgaia, A. (2014). *El manifiesto antiadulista*. Distribuidora Anarquista Polaris.
- Alliaume Molino, J. (2025, 12 de agosto). *Daniel Brailovsky: “El juego, el cuidado y la generosidad son innegociables en la educación”*. *La Diaria*. <https://ladiaria.com.uy/educacion/articulo/2025/8/daniel-brailovsky-el-juego-el-cuidado-y-la-generosidad-son-innegociables-en-la-educacion/>
- Bang, C., Strolkiner, A., y Corin, M. (2016). Cuando la alegría entra al centro de salud: Una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires, Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 463–473. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0582>
- Bang, C., García, L., Huerta, R., Modzelewski, H., Pérez, L., Torrado Lois, C., et al. (2020). *Diálogos: Educación y comunidad. Aportes para la reflexión en tiempos de crisis*. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Barata, A. (1999). Infancia y democracia. En E. García Méndez y M. Beloff (Comps.), *Infancia, ley y democracia en América Latina* (pp. 27–40). Santa Fe de Bogotá, Colombia / Buenos Aires, Argentina: Temis / Depalma.
- Batthyány, K. (2020). *Política, cuidado y desigualdades*. Montevideo, Uruguay: CLACSO.
- Bendek, C. (2021). *Hilar el ritmo, o la búsqueda que no termina*. Bogotá, Colombia: La Diligencia Libros.
- Bianchi, D. (2018). Metodologías expresivas y diálogos de saberes. En M. Pérez Sánchez, L. Folgar, M. Cantabrana, D. Bianchi, A. Cano, R. García, et al., *Uni-*

- versidad y territorio: A 10 años del Programa Integral Metropolitano y 100 años de la Reforma de Córdoba*. Montevideo. PIM/Udelar.
- Calmels, D. (2023). *Jugar: Un estudio de las prácticas lúdicas*. Paidós.
- Chaves, M. (2005). Juventud negada o negativizada: Representaciones y formaciones discursivas en la Argentina contemporánea. *Última Década*, (23), 9–32. CIDPA.
- Cussiánovich, A. (2007). *Aprender la condición humana: Ensayo sobre la tecnología de la ternura*. IFEJANT.
- Cussiánovich, A. (2010). Protagonismo, participación y ciudadanía como componente de la educación y ejercicio de los derechos de la infancia. En *Historia del pensamiento social sobre la infancia*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cussiánovich, A., y Martínez, M. (2017). La participación de los niños y niñas como factor constitutivo del bienestar de la comunidad. En A. Cussiánovich (Ed.), *Ensayos sobre infancia III. Sujeto de derechos y protagonista*. IFEJANT.
- Del Cueto, A. M. (2014). *La salud mental comunitaria: Vivir, pensar, desear*. Fondo de Cultura Económica.
- Fortún, G. (2022). *Roja catedral*. Dos Bigotes.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- Gaitán, L. (2006). *La nueva sociología de la infancia*. CCS.
- Garaigordobil, M. (2004). *Programa Juego 10–12 años: Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 10 a 12 años*. Pirámide.
- Garelli, F., Mengascini, A., Dumrauf, A., y Cordero, S. (2023). Educación en salud y educación popular: Ideas para problematizar, dialogar y transformar. *Revista de Pedagogía Crítica*, 21(30), 125–145.
- González, M. de los Á. (2023). Con los chicos para todos: Políticas “desde”, no “para”, las infancias. En G. Magistris y S. Morales (Comps.), *Reinventar el mundo con las niñas: Del adultocentrismo a las perspectivas niñas* (pp. 133–155). Editorial Chirimbote.
- Hernández Flores, G. (2019). Comprendiendo/nos en la diversidad en EPJA. En M. del C. Lorenzatti y M. A. Bowman (Comps.), *Educación de jóvenes y adultos. Contribuciones de la investigación para pensar la práctica educativa* (pp. 48–62). UniRío Editora.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.

- Isla, C. (2022). Arte y salud comunitaria. En C. Isla y L. Muñoz Rodríguez (Eds.), *Intervención en salud comunitaria: Relatoría de experiencias*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Nuevos Tiempos.
- Lave, J., y Wenger, E. (1991). *Aprendizaje situado: Participación periférica legítima*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511815355>
- Lewkowicz, I. (2004). Entre la institución y la destitución, ¿qué es la infancia? En C. Corea e I. Lewkowicz, *Pedagogía del aburrido: Escuelas destituidas, familias perplejas*. Paidós Educador.
- Liebel, M., y Martínez, M. (2009). *Infancia y derechos humanos: Hacia una ciudadanía participante y protagónica*. Lugar Editorial.
- Liebel, M. (2023). *Protagonismo infantil popular*. Buenos Aires, Argentina: El Colectivo.
- Magistris, G., y Morales, S. (2019). *Niñez en movimiento: Del adultocentrismo a la emancipación*. Editorial Chirimbote.
- Martín Criado, E. (2009). Clases de edad / Generaciones. En R. Reyes (Dir.), *Diccionario crítico de ciencias sociales. Terminología científico-social* (Tomo 1–4). Plaza y Valdés.
- Marques, A. M. (2015). *O livro das semelhanças*. Companhia das Letras.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Morales, S., y Retali, E. (2020). Educación popular con niñxs. *Revista del IICE*, (48), 181–196.
- Morales Calatayud, F. (2015). La perspectiva ética de la salud comunitaria y su relación con la formación universitaria de recursos humanos. En E. Saforcada, J. Castella Sarriera, y J. Alfaro (Eds.), *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad*. Ediciones Nuevos Tiempos.
- Nogueira, R. (2025). ABC do amor, o que a poesia e a filosofia têm a dizer sobre os afetos. Río de Janeiro: Oficina Raquel.
- Palermo, A. I. (2010). *El diseño de investigación cualitativa* [Ficha de cátedra]. Luján, Argentina: UNLu.
- Poverene, L. (2019). Abordajes transversales en salud mental. En A. Kohan y F. Rossi (Comps.), *Aportes para pensar la clínica con niños y adolescentes* (pp. 145–157). Teseo.

- Reguillo, R. (1998). El año dos mil, ética, política y estéticas: Imaginarios, adscripciones y prácticas juveniles. Caso Mexicano. En L. Cubides, Laverde, C. A. Valderrama (Eds.), *Culturas juveniles. Formas políticas del desorden* (pp. 15–20). Tercer Mundo Editores.
- Restrepo, E. (2018). *Etnografía: Alcances, técnicas y éticas* (2.a ed.). Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7–22.
- Saforcada, E., Castellá Sarriera, J., y Alfaro, J. (Eds.). (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad*. Ediciones Nuevos Tiempos.
- Saforcada, E., y Morales Calatayud, F. (2022). La formación integral de profesionales para trabajar en salud comunitaria. En C. Isla y L. Muñoz Rodríguez (Eds.), *Intervención en salud comunitaria: Relatoría de experiencias*. Ediciones Nuevos Tiempos.
- Segade, A. (2019). *Reflexión sobre el sistema de protección integral*. INAU.
- Segato, R. (2018). *Contrapedagogías de la crueldad*. Prometeo.
- Shabel, P. (2024). *Hacer rancho: desobediencias afectivas contra el adultocentrismo*. Editorial Chirimbote.
- Sklair, C. (2022). *De haberlo escrito antes*. Noveduc.
- Selltiz, C., y Wrightsman, L. S. (1965). *Métodos de investigación en las ciencias sociales*. Editorial Rialp.
- Stotz, E. N., David, H. M. S. L., & Wong Un, J. A. (2005). Educação popular e saúde – Trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Revista APS*, 8(1), 49–60.
- Soto, J., y Fernández, M. (2015). Ciudadanía y participación juvenil en Uruguay. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), 287–297.
- Torrado Lois, C., y Di Landro, G. (2014). Jugar, lo que se entrevé, lo que se vislumbra. *IT, Salud Comunitaria y Sociedad*, 3(3), 127–140. Montevideo, Uruguay.
- Torrado Lois, C., y Di Landro, G. (2015). *Adolescencias saludables, presente*. Programa APEX – Universidad de la República.
- Torres Carrillo, A. (2021). *Educación popular: Historicidad y potencial emancipador*. Editorial Laboratorio Educativo.
- Viveros Vigoya, M. (2023). *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. CLACSO.

Alianzas en salud. El valor de la cooperación universitaria al desarrollo. Experiencia: Evaluación y detección temprana de problemas en el neurodesarrollo infantil en países del Sur Global.

FRANCISCO CRUZ QUINTANA
ANTONIO MUÑOZ VINUESA
MIGUEL PÉREZ GARCÍA
MANUEL FERNÁNDEZ ALCÁNTARA
MÉRIDA RAMÍREZ BURGOS
MARÍA NIEVES PÉREZ MARFIL

Dentro de las iniciativas transformadoras, sostenibles y coordinadas en salud global y educación para el desarrollo, planteamos en este capítulo la propuesta realizada a la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo de España sobre un ejemplo de buenas prácticas en salud global. La orientación dada toma como referencia la investigación realizada desde el año 2008 por los grupos de investigación de la Universidad de Granada CTS-436 y CTS-581, y que se desarrolló en el informe publicado en el año 2022 en la revista ERASMUs (Informe BENCI). En el año 2008 los grupos de investigación señalados, teníamos una orientación eminentemente clínica, y aunque veníamos ya trabajando sobre algunos determinantes sociales de la salud, en aquel momento la investigación era mínima. Esta situación cambió gracias a entrar en contacto con uno de los pioneros en los desarrollos de la integración de la psicología al campo de la salud comunitaria, el profesor Dr. Enrique Saforcada. Ese contacto fue la pieza que necesitábamos para darle un giro de ciento ochenta grados a la línea de investigación sobre Neurodesarrollo, desde parámetros clínicos hacia una orientación comunitaria de la salud en investigación. No se puede entender el recorrido realizado sin el seguimiento que hemos hecho de los desarrollos sobre psicología sanitaria y comunitaria que el profesor Saforcada ha ido forjando y las distintas colaboraciones que hemos tenido, en la trayectoria conjuntamente construida, en América Latina y en otras partes del mundo hasta su gran pérdida y de la cual damos cuenta en este capítulo. Queda el recorrido realizado, la memoria y los afectos, pero también su saber en formatos diferentes. Saber que seguiremos revisando para que nos siga guiando en el desarrollo de propuestas científicas, hu-

manas y solidarias a los problemas que comporta la salud en la infancia y adolescencia tanto desde un punto de vista estructural como contextual. El desarrollo infantil es una prioridad global que requiere esfuerzos conjuntos para garantizar el bienestar de los niños y niñas en todo el mundo. La cooperación universitaria al desarrollo juega un papel crucial en la implementación de programas y políticas destinadas a mejorar la educación y la calidad de vida en la infancia y adolescencia, especialmente en regiones afectadas por pobreza, conflictos y desigualdad.

Introducción

El periodo prenatal y la infancia representan las etapas más vulnerables del ser humano y, al mismo tiempo, la base sobre la cual se construye el futuro de toda sociedad. En este contexto, la cooperación al desarrollo se presenta como una herramienta estratégica para garantizar el bienestar, la protección y el crecimiento integral de niños y niñas en situación de desventaja. Invertir en los primeros años de vida tiene un impacto duradero en la calidad de vida de los menores y contribuye al desarrollo social y económico de las comunidades a largo plazo (Sachs, 2015; UNICEF, 2021).

La ratificación por parte de los distintos países, de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, implica el compromiso y responsabilidad legal de proteger y garantizar estos derechos ante la comunidad internacional y ante todos los niños que se encuentren en su territorio, independientemente de su nacionalidad y estatus migratorio (Arias Robles, 2014). Por otra parte, la propia Convención reconoce la importancia que tiene la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de los niños en todos los países, y de manera especial en los que están en vías de desarrollo. Por tanto, hay consenso en que la cooperación internacional se convierte en una estrategia que contribuye a desarrollar los derechos de la infancia en aquellos países que por diferentes motivos no pueden garantizarlos (Olaguibel, 2009).

Cooperación al desarrollo

Cuando se habla de cooperación al desarrollo, se hace referencia al conjunto de acciones y recursos (económicos, técnicos, humanos) que paí-

ses, instituciones y organizaciones internacionales destinan para apoyar el desarrollo sostenible de regiones con menores niveles socioeconómicos. No se trata solo de ayuda económica, sino también de transferencia de conocimientos, fortalecimiento institucional y promoción de derechos humanos. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) la define como un esfuerzo colectivo para mejorar la vida de los ciudadanos en países en desarrollo, mediante alianzas eficaces, inclusivas y orientadas a resultados, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), (OCDE/PENUD, 2020).

A pesar de los esfuerzos y recursos invertidos desde hace más de 50 años, las diferencias entre los países ricos y pobres siguen creciendo. La desigualdad de ingresos ha aumentado en muchas partes del mundo, situación que se ha asociado entre otras causas a la globalización, que ha favorecido de manera desproporcionada a los países desarrollados, así como a las élites en los países en vías de desarrollo (Banco Mundial, 2020). A pesar de los avances, se enumeran, en este sentido, toda una serie de problemas asociados a la cooperación internacional para el desarrollo infantil sobre los que se está de acuerdo y que se presentan como verdaderos desafíos y motivos de crítica, como:

- *Falta de financiamiento:* Los recursos destinados a programas infantiles suelen ser insuficientes, lo que limita su impacto (Burnell, 2008).
- *Corrupción y mala gestión:* La eficiencia de los programas puede verse afectada por la mala administración de fondos (Moyo, 2009).
- *Conflictos políticos y crisis humanitarias:* Las diferencias políticas y los conflictos bélicos pueden interrumpir programas de cooperación infantil (Easterly, 2006).
- *Brechas culturales y adaptación:* La implementación de programas debe considerar las costumbres y valores locales para ser efectivos (Todaró y Smith, 2014).

Estos desafíos que afectan directamente tanto a los modelos de cooperación como a la gestión de los recursos destinados ponen en evidencia los errores en los diagnósticos y análisis realizados hasta ahora y en las medidas implementadas para paliar los desequilibrios existentes entre colectivos humanos, países o regiones (Anger-Egg, 2003; Martínez-Mau-

ri y Larrea-Killinger, 2010; Sogge, 2004). Sin embargo, a pesar de todas las contradicciones, cuestionamientos y críticas que son motivo de debate, la infancia es un objetivo prioritario de la cooperación a nivel mundial (UNICEF, 2021).

Importancia de la cooperación internacional al desarrollo en la infancia

La infancia es una etapa fundamental en la vida de un ser humano, donde se establecen las bases del desarrollo físico, emocional, cognitivo y social. Sin embargo, factores como la pobreza, la falta de acceso a la educación, la desnutrición y los conflictos armados entre otros, continúan afectando a millones de niños en todo el mundo. Cruz-Quintana et al. (2022) plantean que el estudio del neurodesarrollo y la vigilancia del mismo en la población infantil han de ser constantes y uno y otro se encuentran con problemas diversos en muchas partes del mundo. Estos problemas se han asociado, entre otros, al nivel de desarrollo de estos países, a los pocos recursos que se destinan a educación y protección de la infancia y a la ausencia y/o escasa presencia de programas que planteen como objetivos de trabajo la mejora de la calidad de vida, y la equidad en la educación como modos de contrarrestar las situaciones de pobreza, desigualdad y exclusión social (Burneo-Garcés et al., 2019; Fasfous et al., 2013, 2021; Perez-Marfil et al., 2020; Saforcada, 2006; Saforcada et al., 2011, Sonkof y Garner, 2012).

Existe consenso en la actualidad y suficiente evidencia para sostener que la vigilancia del neurodesarrollo durante todo el ciclo vital, pero de forma especial en la etapa pre y perinatal, así como en la primera infancia y adolescencia, es fundamental para garantizar la salud de la población infantil y prevenir los problemas a largo plazo en la edad adulta (Glover, 2014). Los estudios científicos muestran claramente la relación existente entre el desarrollo cerebral en los primeros años de la vida y las circunstancias sociales en la que los niños y niñas crecen.

Según Estévez-González (2020), en el periodo prenatal, diversos estudios muestran:

- Como hijos de mujeres que han padecido intenso estrés en la gestación tienen una respuesta anómala al estrés ante situaciones habituales (Tollenaas et al., 2011) y una recuperación emocional más lenta (Davis et al., 2011).
- Se han identificado cambios epigenéticos fetales vinculados al estrés materno en sangre de cordón de neonatos, y en otras muestras celulares en lactantes y niños mayores. Estudios con resonancia magnética funcional, reportan evidencia de como el estrés y la ansiedad de la madre durante el embarazo modifican estructuralmente el cerebro fetal.
- El estrés materno puede afectar el área límbica que es una zona cerebral asociada con el procesamiento y la memoria emocional, de manera principal con emociones negativas como el miedo y la ira (Jones et al., 2019), y también de forma paralela parece generar una disminución del hipocampo zona asociada con la memoria y el aprendizaje de sucesos afectivamente condicionados (Qiu et al., 2013).
- También se ha observado disminución de materia gris de la corteza prefrontal, asociada a funciones ejecutivas como la toma de decisiones o la autorregulación de la conducta y cambios en la estructura de la sustancia blanca, responsable de la conexión de distintas zonas cerebrales entre sí (Sarka et al., 2014).

En la infancia, diversos estudios igualmente muestran cómo (Flores, 2021):

- Las experiencias adversas en los primeros años de la vida pueden activar de forma excesiva o prolongada los sistemas de respuesta al estrés. Si eso sucede, se producen efectos dañinos en el aprendizaje, el comportamiento y la salud que se extenderán a lo largo de toda la vida. Experiencias como el maltrato/negligencia, violencia en el hogar (madre víctima de violencia de género), enfermedad mental de los progenitores, pobreza, consumo de drogas por parte de los padres, así como el hecho de padecer una enfermedad grave, repercuten en la salud mental al crecer (McLaughlin, 2016).
- Las investigaciones que han profundizado en las consecuencias de las experiencias de la pobreza y el maltrato en los primeros años de

la vida han demostrado que, al igual que ocurre en la vida fetal, en el cerebro infantil se producen cambios epigenéticos que conducen a mayor reactividad del cortisol al estrés (Strüber, 2014).

- Los entornos socioeconómicos a edades tempranas parecen ser importantes predictores de las capacidades cognitivas y no cognitivas de los niños y niñas. Además, las habilidades no cognitivas se pueden transmitir de padres a hijos (Zumbuehl et al., 2021).
- Los niños que viven en la pobreza generalmente experimentan más adversidades, pues suelen enfrentarse a varios factores que condicionan el desarrollo cerebral, como problemas nutricionales, exposición a tóxicos, peor salud materna prenatal, menor estimulación cognitiva de la familia, estrés de los padres y escasas habilidades parentales de crianza.
- El desarrollo del cerebro también difiere entre los niños pobres y los niños ricos. Los niños de entornos más desfavorecidos desarrollan volúmenes menores del hipocampo (aprendizaje, memoria, procesamiento información) (Hanson et al., 2011) y además, estos niños tienen trayectorias de crecimiento cerebral más lentas durante la primera infancia (Hanson et al., 2015).
- En cuanto a los cambios estructurales del cerebro, se verían afectados: a) la amígdala, que se hipertrofia e hiperactiva, lo que se traduce en ansiedad; b) el hipocampo, que sufre disminución de tamaño por la pérdida de neuronas y de conexiones neuronales, provocando deterioro de la memoria, del control del estado de ánimo, y dificultades en el aprendizaje; c) y la corteza prefrontal medial, relacionada con el control del lenguaje y los procesos cognitivos, incluidos el razonamiento y la planificación, que disminuye de volumen y actividad; d) con las adversidades infantiles se deterioran las conexiones entre la corteza prefrontal y la amígdala, lo que se traduce en pérdida de control sobre la región límbica (Teicher, et al., 2016).
- La exposición a situaciones de estrés tóxico y experiencias adversas como, conflictos bélicos, violencia, pobreza o desnutrición, entre otros, (Burneo-Garcés et al., 2019; Cruz-Quintana et al., 2022;

Fasfous et al, 2013, 2021; Luby et al., 2013; Perez-Marfil et al., 2020; Thabet et al, 2004) tienen consecuencias graves en el neurodesarrollo de niños y adolescentes. Estas experiencias afectan a la salud socioemocional, obstaculizan la consecución de hitos y competencias, afectan al rendimiento académico y la salud mental en la edad adulta (Johnson et al., 2013; Shonkoff, 2010; Shonkoff y Garner, 2012).

La literatura señala que, cuanto más precozmente y durante más tiempo se produzcan estas condiciones de estrés tóxico, peor serán los efectos sobre la salud a corto, medio y largo plazo. Pero también sabemos que, debido a la plasticidad cerebral, tanto las modificaciones epigenéticas como los cambios estructurales cerebrales son reversibles siempre que vengan acompañadas de la modificación de las condiciones externas de vida (Estévez-González, 2020). De ahí la gran responsabilidad social de poner medios y recursos para prevenir el daño o bien intervenir para mitigar sus efectos cuando ya se ha producido (Masten, 2019). Es claro por tanto que, la detección temprana de estas situaciones y el contar con programas de prevención, seguimiento e intervención para niños, niñas y adolescentes, las familias, el contexto educativo y social, son elementos claves para proteger y optimizar su progreso en las distintas etapas del ciclo vital y evitar la cronificación de los problemas en las distintas áreas de la salud, así como para reducir el coste que genera en sufrimiento personal, social y de recursos a corto y largo plazo (Cruz-Quintana et al., 2022; Shonkoff y Garner, 2012).

Para ello se requiere de la concienciación de las autoridades y de inversiones, tanto de los propios países como de los organismos internacionales, en programas que incorporen la evidencia encontrada por la investigación científica cara a reducir la desigualdad en salud. Aquí es donde la cooperación internacional al desarrollo desempeña un papel vital, proporcionando recursos, conocimientos y estrategias para mejorar sus condiciones de vida en países en vías de desarrollo (Cruz-Quintana et al., 2022). Es fundamental, por tanto, contar con políticas y programas que aseguren un entorno seguro y enriquecedor para la salud de las mujeres y el neurodesarrollo de niños, niñas y adolescentes (UNICEF, 2021).

Cooperación para el desarrollo y educación

La cooperación tiene un impacto directo en el desarrollo infantil a través de la educación. La educación es uno de los factores más determinantes en el desarrollo infantil, ya que influye directamente en su crecimiento intelectual, emocional y social. Su impacto se extiende más allá del contexto escolar y tiene repercusiones a largo plazo en la vida de los niños y en el progreso de las sociedades. Desde una edad temprana, la educación estimula el desarrollo del cerebro, fortaleciendo habilidades cognitivas como la memoria, la resolución de problemas y el pensamiento crítico (UNESCO, 2019). Un niño que recibe una educación adecuada desarrolla mayores capacidades para analizar y comprender su entorno, lo que influye en su éxito en futuras etapas académicas y laborales. Diversos estudios han demostrado también, que la educación infantil está directamente relacionada con la movilidad social y económica (Todaro y Smith, 2014). Los niños que reciben una educación de calidad tienen mayores oportunidades de acceder a empleos bien remunerados en la edad adulta, lo que contribuye a la reducción de la pobreza en sus comunidades.

La escuela no solo proporciona conocimientos académicos, sino que también es un espacio donde los niños aprenden a interactuar con otros, desarrollar empatía y fortalecer su autoestima, les ayuda a reconocer sus emociones, comunicarse efectivamente y establecer relaciones saludables (Sachs, 2015). Los niños que asisten regularmente a la escuela tienen menos probabilidades de verse atrapados en ciclos de explotación, trabajo infantil o matrimonios forzados, en tanto que la educación les puede ofrecer herramientas para identificar situaciones de riesgo y exigir sus derechos (UNICEF, 2021). Por otra parte, el acceso equitativo a la educación ayuda a reducir la desigualdad de género. En muchas comunidades, la escolarización de niñas contribuye a su empoderamiento, permitiéndoles desarrollar autonomía y participar activamente en la sociedad (OMS, 2020). Se ha comprobado que los niños que reciben educación tienen mayor conocimiento sobre hábitos de salud, higiene y nutrición, lo que reduce la incidencia de enfermedades prevenibles (Lancaster, 2007). Además, las escuelas suelen servir como centros de vacunación y alimentación, contribuyendo a su bienestar físico. Sin acceso a una educación de calidad, los

niños enfrentan mayores obstáculos en su crecimiento y su capacidad de contribuir positivamente a la sociedad.

La Universidad como motor de la cooperación al desarrollo en la infancia y adolescencia

La Cooperación Universitaria al Desarrollo (CUD) se entiende como un «conjunto de actividades llevadas a cabo por la comunidad universitaria y orientadas a la transformación social en los países más desfavorecidos, en pro de la paz, la equidad, el desarrollo humano y la sostenibilidad medioambiental en el mundo». Así se recoge en el artículo 9 del Código de Conducta de las Universidades en materia de Cooperación al Desarrollo (CRUE, 2015). Esta considerada una parte de la Cooperación Internacional que, con similar propósito, se establece entre países con distinto nivel de desarrollo, con unos fines concretos (consolidación democrática, desarrollo económico y social sostenible, lucha contra la pobreza, protección del medio ambiente, entre otros) y todo ello planteado en términos de corresponsabilidad entre las contrapartes (CRUE, 2001).

Se ha planteado que la Universidad puede contribuir en el ámbito de la cooperación a través de 1) La formación y la educación; 2) La Investigación para el desarrollo; 3) Compartir experiencias y recursos; 4) Incidir en el entorno, o, 5) a través de la transferencia de tecnología. Estas funciones se desarrollan a través de la docencia, la investigación, la formación y sensibilización, y la firma de convenios internacionales entre universidades para la movilidad de toda la comunidad universitaria (Gallart Parramón (2016). Cano-Ginés (2018), pone el acento en una serie de cuestiones relacionadas con el papel de las Universidades en el desarrollo de la Agenda 2030. Este autor plantea que:

Las universidades no solo son centros de formación y producción de conocimiento, sino que pueden convertirse en agentes clave para la transformación social. En el contexto de la cooperación al desarrollo, su papel puede ser decisivo para mejorar las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes, puesto que tienen las condiciones de posibilidad para influir como instituciones, directamente en las políticas públicas dirigidas al bienestar infantil (Bernal y Carriga, 2016).

Colabora tanto en el desarrollo de estrategias y acciones conjuntas de los centros de educación superior como en las acciones de difusión de los distintos trabajos que se realizan en las universidades en materia de Cooperación. Asimismo, contribuye a la mejora de la relación con otros agentes de la cooperación con objeto de fomentar el trabajo en red, fundamental en los proyectos de cooperación internacional educativa. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) abarcan todas las ramas de conocimiento.

Hay que poner en valor el hecho de que la universidad cuenta con la masa crítica necesaria y con las relaciones internacionales suficientes para afrontar desafíos globales a medio y largo plazo en campos muy distintos, especialmente en el educativo y cuenta, además, con una alta credibilidad y neutralidad. La Cooperación Internacional debe considerarse un ejercicio de responsabilidad universitaria en el que toda su comunidad, Personal Docente e Investigador, Alumnado y Personal de Administración y Servicios, es imprescindible.

Universidad y compromiso social

Por otra parte, la responsabilidad social universitaria implica un compromiso ético con los problemas de su entorno (Vallaey, 2008b). Según Bernal y Carriga (2016), la universidad cumple una función esencial en la cooperación al desarrollo al tratarse de una institución que genera conocimiento, promueve valores y está encargada de formar a ciudadanos comprometidos con la transformación social. Esta perspectiva acentúa el papel de la universidad como un actor activo en la construcción de sociedades más equitativas, especialmente mediante la educación, la investigación aplicada y la transferencia de conocimiento. En el contexto de estudios sobre la cooperación universitaria al desarrollo (CUD), se reconoce que las universidades pueden contribuir significativamente en áreas como:

- Formación de profesionales en derechos humanos y desarrollo sostenible.
- Investigación orientada a resolver problemas sociales.
- Proyectos de colaboración internacional con impacto en la infancia y adolescencia.
- Investigaciones aplicadas a problemáticas infantiles.

- Vinculación con comunidades a través de programas de servicio social.
- Articulación con ONG, gobiernos y organismos internacionales.

También se incide en que la cooperación al desarrollo requiere innovación, pensamiento crítico y evidencia científica capacidades que la universidad posee. La universidad tiene la capacidad de convertirse en un motor poderoso de la cooperación al desarrollo, orientada a la infancia y adolescencia. No solo forma profesionales, sino que impulsa iniciativas transformadoras, genera conocimiento aplicable y articula esfuerzos multisectoriales. Como menciona Bernal y Carriga (2016), el compromiso académico es clave para garantizar entornos más justos para las generaciones futuras.

Nuestra Experiencia: Detección precoz de problemas de neurodesarrollo infantil en países del Sur Global.

Muñoz-Vinuesa et al. (2025) plantea que:

1. La Universidad de Granada nunca ha sido ajena a todos estos compromisos, sus planes propios de cooperación internacional al desarrollo o su compromiso solidario con el desarrollo local se llevan materializando a distintos niveles desde hace décadas. A su vez tiene presente el objetivo de responsabilidad social, desarrollando su capacidad para transformar la ciudadanía y generar en ella el compromiso individual y colectivo necesario para lograr la citada transformación (Aranda, 2021).
2. Por otra parte la Universidad de Granada a través de la investigación científica, sienta las bases de enfoques, soluciones y tecnologías nuevas para erradicar la pobreza y lograr el desarrollo sostenible. Se trata de ampliar las oportunidades que potencien las capacidades de las personas para salir del círculo de la pobreza (Martín, 2021)
3. Los grupos de investigación CTS-436, Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad y CTS-581, Neuropsicología y Psiconeuroinmunología Aplicadas de la Universidad de Granada, nos sumamos a la propuesta de Easterly (2006) cuando dice que sería más positivo sustituir los grandes planes de desarrollo, por pequeñas intervenciones evaluadas empíricamente que permitan y faciliten garantizar su efectividad, siempre que dichas intervenciones, se consensúen, se diseñen, se

desarrollen, se ejecuten y se evalúen junto con la contraparte, evitando que, desde los autodenominados países desarrollados, se hable y se decidan programas de intervención en nombre de los auténticos dueños del problema.

La experiencia que aportamos en este capítulo, es una experiencia de buenas prácticas, donde desarrollamos los múltiples proyectos llevados a cabo durante los últimos 16 años por los grupos de investigación antes citados y colaboradores. Mostrando, cómo una orientación solidaria de la investigación científica puede aportar pequeñas, a veces imperceptibles soluciones, a los grandes problemas planteados, en este caso, relativos al neurodesarrollo infantil.

Los programas de cooperación internacional al desarrollo son una de las vías que hemos encontrado para financiar investigaciones que respondan a las necesidades y contextos culturales de la población de estudio, y han permitido generar instrumentos de evaluación fiables y adaptados al contexto cultural de cada país y de acceso gratuito para su uso en la clínica y en la investigación. Como ya planteamos en el informe BENCI en la revista Erasmus, la investigación y la formación de la población en general y de profesionales competentes en particular, son dos pilares fundamentales en el estudio y la vigilancia del curso del neurodesarrollo en la infancia y adolescencia. Así mismo, el trabajo de colaboración entre instituciones es un parámetro que no hay que descuidar como modo de fortalecer las relaciones de investigadores, docentes y personal voluntario que, a su vez, van a incidir en la protección de la salud infantil, la mejora de la calidad de vida y la equidad en educación y acceso a los recursos (Cruz-Quintan et al., 2022).

Buenas Prácticas en Salud Global: Datos generales de la Práctica que se presenta

Características significativas:

1) *Cooperación universitaria al desarrollo*: Esta Práctica que se presenta, muestra el desarrollo, durante más de 16 años, de una línea de investigación sobre factores protectores y de riesgo del neurodesarrollo en la

infancia y adolescencia, a partir de proyectos de cooperación internacional al desarrollo y una orientación solidaria de la investigación científica.

2) *Lugar de ejecución*: Los proyectos y acciones realizadas se han llevado a cabo en América Latina y el Caribe (Colombia, Argentina, Ecuador, Cuba), África (Marruecos), Oriente Medio (Palestina, Jordania) y España.

3) *Financiación*: La financiación de los proyectos se ha conseguido en convocatorias de proyectos de Cooperación Internacional al Desarrollo de las siguientes instituciones: Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo de la UGR (CICODE), Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) y Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo (AACID).

4) *Organiza/dinamiza/ejecuta*/: Personal de la UGR perteneciente a los grupos de investigación CTS-436 “Aspectos psicosociales y transculturales de la salud y la enfermedad” (CIMCYC), y CTS-581, Neuropsicología y Psiconeuroinmunología Aplicadas (CIMCYC). Personal de las distintas Instituciones Universitarias socias en cada uno de los proyectos ejecutados.

Determinantes de la Salud. ¿Cuáles se alcanzan mediante la realización de esta buena práctica?

De manera general:

1) Relaciones de género.

2) Condiciones de desigualdad en torno a: acceso a educación, acceso a salud, nivel educativo, distribución del ingreso y riqueza y exclusión social, situación administrativa.

3) Condiciones de vida que influyen en la salud mental en la infancia y adolescencia.

En concreto:

1) Permite obtener una imagen de cómo es el estado del neurodesarrollo de los niños y adolescentes de los países estudiados. Actualmente se desconoce el número de niños/as en muchos países en vías de desarrollo, que presentan retraso o alteración del neurodesarrollo por acontecimientos psicosociales y problemas de desnutrición y estilos de vida.

2) Permite obtener una línea base que pueda ser utilizada para futuros estudios longitudinales y generar Observatorios del Neurodesarrollo. Al conocer qué

niños presentan retraso o alteración en el neurodesarrollo, también será posible iniciar un seguimiento de su evolución.

3) Permite evaluar programas de intervención que actualmente se están implementando y futuros que se puedan poner en marcha.

4) Permite saber si la alteración en el neurodesarrollo puede influir en el rendimiento académico de estos niños. Habilidades como la memoria o la atención, que típicamente evolucionan durante el neurodesarrollo, tienen un alto impacto en el rendimiento académico y, por tanto, dicho rendimiento académico se puede afectar si las habilidades cognitivas están también afectadas, sobre todo si son afectaciones leves de difícil identificación.

5) Permite diseñar programas de intervención para problemas de neurodesarrollo. Como resultado de la evaluación de las habilidades cognitivas del neurodesarrollo será posible identificar que dominios (por ejemplo, memoria, atención, razonamiento, entre otros) están más afectados y esto permitirá implantar programas de estimulación adecuados a las necesidades detectadas en una segunda fase.

6) Generar herramientas específicas, bien validadas y en la propia cultura para futuros programas, estudios o evaluaciones. La adaptación y baremación de la Bateria de Evaluación Neuropsicológica Computarizada Infantil (BENCI) y el Programa de Estimulación en Funciones Ejecutivas para niños de 4 a 6 años de edad (PEFEN), supone poner a disposición de la comunidad escolar y científica tecnología específica y validada para evaluar el estado del neurodesarrollo de los niños/as y adolescentes de los países donde se ha intervenido con esta acción y que se implementa en todas las comunidades educativas.

7) Permite generar un impulso a la investigación generando instrumentos gratuitos que se pueden usar por los investigadores de cada uno de los países estudiados.

¿Cuál es el objetivo de la práctica que se está describiendo?

Objetivo General: Evaluar e intervenir de forma temprana en situaciones de estrés tóxico (Violencia, desnutrición, pobreza, conflictos bélicos, entre otros) y desarrollar programas de prevención, seguimiento e intervención para niños, niñas y sus familias, el contexto educativo y social, para proteger y optimizar su progreso en las distintas etapas del ciclo vital y evitar la cronificación de los problemas en las distintas áreas de la salud así como el coste que genera en sufrimiento personal, social y de recursos a corto y largo plazo.

Objetivos específicos

- 1) Generar conocimiento, evaluar e intervenir sobre factores protectores y de riesgo en la infancia y adolescencia.
- 2) Desarrollar instrumentos de evaluación fiables, válidos y adaptados culturalmente para tal fin, así como programas de intervención.
- 3) Contribuir, a transformar la realidad de vulnerabilidad de las comunidades estudiadas dotando a los profesionales que trabajan en ellas de formación e instrumentos fiables para tal fin, así como, generar líneas estables de cooperación e intercambio entre instituciones que sean fuente de desarrollo científico y social y repercuta en la salud infanto-juvenil.

Línea de base / Antecedentes

¿Nace de una necesidad o problema diagnosticado?

Vivir en ambientes saludables y disponer de las mejores condiciones de salud constituye uno de los derechos humanos. Si bien la salud es un objetivo prioritario de la mayoría de los países, no es menos cierto que la desigualdad en salud es una realidad evidente en todo el mundo (OMS, 2009). Se ha planteado que de los factores que están relacionados con la salud, el 50% se relacionan directamente con factores sociales, seguidos en importancia, por su proporción, de factores relacionados con la atención que se suministra en salud, factores biológicos y por último los relacionados con factores ambientales (CEPAL, 2005, 2009, 2013; Muñoz- Vinuesa, 2018). Estos datos ponen en evidencia la importancia de prevenir y educar en temas de salud y poner en marcha programas de detección de riesgo y de intervención orientados a cambiar aquellos factores que son lesivos o pueden llegar a serlo para la población en general, y de la mas vulnerable en particular como es, en la mayor parte del mundo, la población infanto-juvenil. Desde este planteamiento, los organismos internacionales, desde hace ya más de dos décadas, vienen incidiendo en la necesidad de impulsar y apoyar investigaciones orientadas a demostrar de qué manera y cuáles son los mecanismos de la influencia de los factores sociales en la salud y de evaluar intervenciones específicas cara a justificar la viabilidad de los recursos que se invierten y priorizar y propiciar una

mejor distribución de los mismos en aquellos programas que se muestren eficaces a partir de la evidencia (Muñoz- Vinuesa, 2018).

¿Cuál era el principal problema para abordar?

Lo que ocurre durante la infancia puede tener consecuencias para toda la vida (Almond y Currie, 2018; Curri y Almond, 2011). Los efectos y consecuencias de los problemas del neurodesarrollo causados por la exposición a situaciones de estrés tóxico (eventos traumáticos, violencia o desnutrición) (Fasfous et al, 2013; Luby et al., 2013; Thabet et al, 2004) se desarrollan durante la niñez y la adolescencia obstaculizando el neurodesarrollo y se extienden a lo largo de la vida afectando al rendimiento académico, la situación profesional y la salud mental durante la edad adulta (Johnson et al., 2013; Shonkoff, 2010; Shonkoff y Garner, 2012). Cuanto más precozmente y durante más tiempo se produzcan estas condiciones de estrés tóxico, peor serán los efectos sobre la salud a corto, medio y largo plazo. Es claro por tanto que, la detección temprana de estas situaciones y el contar con programas de prevención, seguimiento e intervención para el/la niño/a, las familias, el contexto educativo y social, son elementos claves para proteger y optimizar su progreso en las distintas etapas del ciclo vital y evitar la cronificación de los problemas en las distintas áreas de la salud así como el coste que genera en sufrimiento personal, social y de recursos a corto y largo plazo (Shonkoff y Garner, 2012).

¿El problema se definió de forma individual por la entidad líder, o colectiva y participativa con la población beneficiaria?

Cada uno de los proyectos planteados y temáticas estudiadas, se han desarrollado de forma conjunta con las instituciones colaboradoras en cada uno de los proyectos (Universidades, Gobiernos Municipales, Comunidades, Sociedades ciudadanas).

¿Se vincula esta Buena Práctica con algún marco referencial a nivel legislativo, planes locales, o regionales?

Todos los proyectos desarrollados en cada uno de los países donde se ha intervenido están relacionados con planes de desarrollo del país, re-

gional o bien local, así como con el marco legislativo vigente en cada país. Cada uno de ellos ha contado con los permisos pertinentes, han formado parte de planes y acciones de desarrollo de los países y han estado avalados por los comités de ética de cada una de las instituciones competentes en la evaluación y visto bueno de cada proyecto.

¿Esta línea de investigación que se presenta está relacionada con varios ODS y Agenda 2030.

1. Fin de la Pobreza: Erradicar la pobreza en todas sus formas y para todos.

3. Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

4. Educación de Calidad: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida.

5. Igualdad de Género: Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas.

16. Paz, Justicia e Instituciones Sólidas: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas.

¿Cuál es la población a la que se dirige esta buena práctica?

Esta práctica está dirigida a la población infanto-juvenil, a sus familias y a la formación de profesionales. Han participado por el momento más de 3.753 niños/as, de entre 6 y 18 años y sus familias en los 11 proyectos desarrollados durante estos 16 años de Cooperación Internacional al Desarrollo, junto con los profesionales que han participado a partir de la formación planificada y los agentes locales y de comunidades.

Actores de la Buena Práctica

1) **Colombia (Bogotá, 2008).** Proyecto “Ambientes seguros en la infancia y adolescencia: Modelo de atención para víctimas del abuso se-

xual en edad preescolar, escolar y adolescente en Bogotá (Colombia)". PI-27VII. Coordinado: Universidad de Granada. Socio: Universidad de Bogotá. Financiado: CICODE de la UGR.

2) **Argentina (San Luís, 2009-2011):** "Proyecto intracomunitario de evaluación y promoción del desarrollo neurocognitivo en niños y niñas entre los 0-11 años de edad, en una comunidad en situación de pobreza estructural y con índices elevados de fracaso y/o abandono escolar (experiencia piloto)". PI18IX. Coordinado: Universidad de Granada. Socios: Universidad Nacional de San Luís y la Cátedra de Salud Comunitaria de la UBA (Argentina). Financiado: CICODE de la UGR.

3) **Palestina (2009):** proyecto "El estrés post-traumático en estudiantes palestinos de secundaria". Coordinado: Universidad de Granada (España). Socios: Centro Palestino de Infancia y Desarrollo.

4) **Marruecos (2012-2013):** Proyecto "Factores de riesgo sobre el neurodesarrollo en niños en edad escolar de Chefchauen (Marruecos). Diagnostico e intervención". PIO6XI. Coordinado: Universidad de Granada (España). Coordinado: UGR. Socios: Universidad de Tetuán (Marruecos). Financiado: CICODE de la UGR.

5) **Ecuador (Guayaquil, 2011-2013).** Proyecto "Observatorio para el estudio del neurodesarrollo y la calidad de vida en la infancia y adolescencia". A3/042954/11. Coordinado: Universidad de Granada (España). Socios: Universidad de Guayaquil y la Universidad de San Luis (Argentina). Financiado por la AECID.

6) **Ecuador (Chimborazo, 2012-2013).** Proyecto "Suicidio infantil, consecuencias de la emigración: evaluación, intervención psicosocial y formación de personal local, en la Municipalidad del Cantón Chunchi, Chimborazo-Ecuador". PIO6XI. Coordinado: UGR. Socios: Universidad de Chimborazo y el Cantón de Chunchi. Financiado: CICODE UGR.

7) **Palestina (2014-2015):** Proyecto de "evaluación del neurodesarrollo en niños/as palestinos de campos de refugiados (NEUROPALES)". C14P11_9359). Coordinado: este proyecto fue reconocido como uno de los proyectos estratégicos de la UGR. Socios: Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el

Cercano Oriente (UNRWA), Centro Palestino de Infancia y Desarrollo y Universidad de Belén. Financiado: CICODE de la UGR.

8) Palestina, Jordania (2020-2023). Proyecto Neurodevelopmental Care for Refugees (NeuroCaRe) Programa: Erasmus+. Acción: Desarrollo de Capacidades KA2. Coordinado: UGR. Socios: Universidad de Belén y Universidad de Hebrón (Palestina), Universidad de Yarmouk y Petra for Education (Jordania) (<https://neucare.eu/>).

9. CUBA 2020-2023. Proyecto “Evaluación del Neurodesarrollo en niños/as cubanos/as de 6 a 18 años mediante la Batería de Evaluación Neuropsicológica Computarizada Infantil (BENCI)”, financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID) (España). Coordinado: UGR. Socios: Universidad de Cienfuegos-CUBA. Este proyecto está apoyado por el Ministerio de Educación Superior de Cuba.

10) España 2023. Proyecto: Validación en población española de la Batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil Computarizada (BENCI). Coordina: Universidad de Alicante. Financiado: Generalitat Valenciana (España) (Proyectos I+D+id (GV/2017/166).

11) Palestina, Jordania (2020-2023). Proyecto Neurodevelopmental Care for

Refugees (NeuroCaRe) Programa: Erasmus+. Acción: Desarrollo de Capacidades KA2. Este proyecto está coordinado por la Universidad de Granada (España) y cuenta como socios con la Universidad de Belén y Universidad de Hebrón (Palestina), Universidad de Yarmouk y Petra for Education(Jordania). Toda la información junto con la metodología completa del proyecto se puede consultar en <https://neucare.eu/>.

Proceso Metodológico

El enfoque metodológico está orientado a objetivos. Tanto la orientación del trabajo como la composición de los grupos de trabajo que se han conformado en cada proyecto realizado es multidisciplinar porque los problemas que se tratan son complejos y así lo exigen. La metodología empleada está ampliamente desarrollada en cada uno de los proyectos

que se citan que de forma mayoritaria se han conseguido en convocatorias de proyectos de Cooperación al Desarrollo. De manera general el procedimiento seguido ha sido:

1) Especificar el tema de estudio y los factores de riesgo para el neurodesarrollo. En cada proyecto ha sido diferente (Pobreza, conflictos bélicos, condiciones de vida, salud y equidad, prácticas de crianza, nivel socioeconómico (SES), violencia; 2) Constitución de los equipos de trabajo de las instituciones participantes; 3) Formación del personal que va a realizar el trabajo en terreno (Seminarios de formación: a) Neurociencias y educación, b) Neurodesarrollo en el contexto educativo, c) Evaluación del neurodesarrollo: BENCI, y d) Neurodesarrollo: intervención educativa).

2) Selección de la población de estudio de cada país y contexto cultural y socioeconómico en el que se encuentra.

3) Adaptación de los instrumentos del protocolo de evaluación. En todos los casos se ha evaluado el Neurodesarrollo con la Batería de Evaluación Neuropsicológica Computarizada Infantil (BENCI).

4) Implementación del estudio con la evaluación del neurodesarrollo. De manera general se pone un ejemplo de las variables:

A cada niño/a seleccionado de la muestra se le efectúa:

1) *Una evaluación física consistente en:*

a) *Antropometría:* cada niño fue evaluado para conocer su peso, talla y estado físico general.

2) *Una evaluación dietética y nutricional a partir de:* una historia dietética, el Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos y el Cuestionario “Recordatorio de 72 horas”. Ambos cuestionarios están adaptados a la población de estudio.

3) *Una evaluación neuropsicológica consistente en* una Batería Neuropsicológica (BENCI) con pruebas específicas para evaluar: memoria, atención, funciones ejecutivas, fluidez verbal, tiempo de reacción. Esta Batería se adapta a la cultura por miembros participantes en el proyecto.

4) *Una evaluación de salud mental (Para evaluar experiencias traumáticas, estrés postraumático y otros trastornos emocionales y conduc-*

tuales). Se implementan pruebas adaptadas para evaluar el estado emocional y el comportamiento de los niños y detectar posibles problemas, así como las notas escolares o información similar.

5) *Evaluación de la familia* (estatus socioeconómico, variables socioeducativas, pautas de crianza, estilos de vida y psicopatología).

6) *Análisis de los datos del estudio*. Elaboración de informes para autoridades académicas y políticas, así como informe para las familias que lo solicite.

7) *Trasferencia y difusión de resultados*.

8) *Medidas y seguimiento*.

Recursos utilizados. Recursos humanos, financiación, materiales, herramientas, guías, protocolos, asignación de tiempos.

Recursos utilizados (Cruz-Quintana et al., 2022):

1) Los recursos provienen de convocatorias de proyectos de cooperación internacional al desarrollo el CICODE) de la Universidad de Granada, la AECID, la AACID), la Consejería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte de la Generalitat Valenciana (España), la Comunidad Europea y de los recursos puestos al servicio de los mismos por las Universidades e instituciones en los distintos países que han participado como socios en la puesta en marcha de estos proyectos (Universidad de Bogotá (Colombia), Universidad Nacional de San Luís, Universidad de Villa María, Universidad de Avellaneda, ACUMAR, UBA (Argentina), Universidad de Tetuán (Marruecos), Universidad Guayaquil, Chimborazo y Cantón De Chunchi (Ecuador), Universidad de Belén, UNURWA, Centro de infancia y adolescencia de Palestina, Universidad de Belén, Universidad de Hebrón (Palestina), Universidad de Jordania, Universidad de Yarmouk, y Petra for Education (Jordania), Universidad de Ciencias Médicas y Universidad de Cienfuegos (CUBA), Instituto Politécnico de Coímbra (Portugal), Universidad de Granada y Universidad de Alicante (España). Estos recursos unas veces han sido físicos como instalaciones, otras veces han aportado personal al proyecto y siempre han facilitado el desarrollo del mismo solventando los problemas relativos a su aprobación, permisos institucio-

nales y éticos y seleccionando, con arreglo a los criterios de la población de estudio en cada caso, las zonas de intervención, colegios, barrios, comunidades, grupos vecinales y personas de referencia en cada una de las comunidades en las que se ha intervenido.

2) Cada uno de los proyectos ha tenido como efecto la generación de una infraestructura básica (Observatorios de vigilancia del Neurodesarrollo), reconocida por las propias universidades, con material básico informático para su puesta en marcha, recursos de evaluación adaptados y validados culturalmente como la BENCI puesta al servicio de la investigación en esos lugares, protocolos de intervención y salud infantil, también programas de intervención adaptados en muchos casos, como el del Cantón de Chunchin, informes entregados en cada Universidad para presentarlos a las autoridades políticas y el trabajo de difusión a la comunidad científica y profesional a través de los artículos publicados en revistas de impacto y presentados en congresos internacionales.

Difusión. Cualquier medio utilizado para difundir la Buena Práctica.

La difusión de los resultados de los distintos proyectos realizados se ha realizado por una parte a la comunidad científica con la publicación de los mismos entre otras:

1) En revistas de alta calidad e impacto como: *Journal of Muslim Mental Health* (2013), *Archives of Clinical Neuropsychology* (2013), *Child Neuropsychology* (2014), *Children and Youth Services Review* (2019), *Journal Developmental Neuropsychology* (2019), *Frontiers in Psychology* (2020), *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2021). También se han presentado en muchos simposios, seminarios, jornadas y congresos, así como divulgado en redes sociales, en prensa y medios audiovisuales.

2) Por otra parte, con un matiz más profesional se ha realizado una difusión tanto de programas, instrumentos y metodologías diversas aplicadas a través de la publicación de libros como es el caso de “la estrategia de mínimo operante en el desarrollo salubrista de comunidades “ (Saforcada et al., 2011), donde se realiza el desarrollo de un programa sobre neu-

rodesarrollo desde una perspectiva comunitaria y también una escritura comunitaria del propio libro; el libro “Neurociencias aplicadas: medioambiente, desarrollo humano y bienestar comunitario (Enrique Saforcada; Oscar Fariña. - 1a ed . 2017) y el Programa de Intervención en funciones ejecutivas para niños/as de 4 años (PEFEN) (Cruz-Quintana et al., 2014), programa que se ha puesto en marcha tanto en población típica como clínica (García- Bermudez et al., 2018; García-Bermúdez et al., 2012).

3) Presentación del proyecto y los resultados del mismo a autoridades de cada uno de los países donde hemos intervenido y noticias en Canal noticias de cada una de las Universidades, Páginas web de los grupos de investigación, Página web del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC) de la UGR y redes sociales, así como programas de radio.

Evaluación. ¿Cómo incluye esta Buena Práctica los enfoques (DDHH, GED, DC, MA)?

- *Respeto de la diversidad cultural*: El objetivo principal de la práctica, se basa directamente en el respeto y la consideración de la diversidad cultural. La validación de instrumentos de evaluación a los países y culturas donde van a ser aplicados es una de las bases de un correcto trabajo asistencial y es la premisa de este proyecto. Utilizar instrumentos no validados de acuerdo a la cultura y el entorno de los niños y niñas evaluados, generaría resultados erróneos, pudiendo detectar falsos positivos (clasificar a niños/as con déficits que, en realidad no los tienen) y falsos negativos (clasificar a niños/as sin déficits, que en realidad sí los tienen).

- *Fortalecimiento institucional público y de las organizaciones representativas de la sociedad civil*: El protocolo de evaluación del neurodesarrollo establecido a través del proyecto permite que las autoridades educativas y sanitarias dispongan de un instrumento para identificar niños y niñas en situación de riesgo y poner en marcha medidas de actuación centradas en las necesidades específicas de estos menores.

- *Inclusión del enfoque basado en derechos humanos*: La práctica pretende, desde el trabajo de la investigación, contribuir a la mejora de la asistencia a menores. Es necesario contar con herramientas validadas

científicamente para poder trabajar con garantías de éxito en las intervenciones. Además, el proyecto se realiza desde el contexto de la cooperación.

- *Inclusión del enfoque de salud y la consideración de la infancia:* La práctica se centra en el estudio del neurodesarrollo infantil. Se está generando una herramienta de evaluación útil en el ámbito educativo y clínico para identificar necesidades específicas de los menores y potenciar fortalezas (BENCI). Están participando profesionales sanitarios (psicología, enfermería, fisioterapia, logopedia) y del campo de la educación (pedagogía, magisterio, psicopedagogía), expertos en el estudio de la infancia.

Equidad de género: En el diseño de los proyectos se contempla la participación igualitaria de niños y niñas en la evaluación del neurodesarrollo, así como la generación de baremos que tengan en cuenta diferencias de género. Por otra parte, la identificación de niños y niñas en situación de riesgo permitirá implementar medidas de actuación para conseguir un desarrollo normalizado, disminuyendo dificultades cognitivas, emocionales y conductuales, lo que revertirá también en la prevención de la violencia en general, y la violencia de género en particular.

- *Protección del medio ambiente y su gestión sostenible:* En todos los proyectos se han seleccionado zonas diferentes del país para comprobar si hay alguna influencia de la región en el nivel de neurodesarrollo. También se considera el lugar de residencia (rural y urbana) y la localización del colegio al que asisten.

La evaluación de cada uno de los proyectos se ha realizado de varias formas:

1) A través de la presentación de informes preceptivos tanto intermedios como finales a las instituciones que han financiado los proyectos (CI-CODE, AECID, AACID, Unión Europea), conforme a sus protocolos de evaluación y seguimiento.

2) También a través de los comités de cada una de las instituciones o bien en otros casos contratando a expertos externos que han evaluado la ejecución del proyecto y los objetivos conseguidos, así como su ejecución económica para las intuiciones que han financiado.

3) Evaluación de los resultados al presentarlos en congresos nacionales e internacionales a través de los comités científicos de los mismos, así como a través de la evaluación por pares cuando se han presentado artículos a revistas de alto impacto científico y comités de editoriales cuando se han realizado materiales y libros con las temáticas trabajadas en cada uno de los proyectos de esta práctica.

Cumplimiento de los criterios de calidad de la cooperación:

En la práctica llevada a cabo durante 16 años, se ha verificado en todo momento y en los 11 proyectos, el cumplimiento de los criterios de calidad de la cooperación tales como: eficacia, eficiencia y viabilidad, impacto, sostenibilidad, apropiación y fortalecimiento institucional, enfoque de género, sostenibilidad ambiental, respeto de la diversidad cultural, así como coordinación y complementariedad. Asimismo, se han plasmado orientaciones y programas que permitan mejorar la sostenibilidad de los beneficios.

Resultados e indicadores alcanzados. ¿Cuáles son los resultados y los logros más importantes de esta Buena Práctica?

Esta línea de investigación ha generado (Cruz-Quintana et al., 2022):

1) Redes de trabajo y cooperación que están permitiendo desarrollar líneas de trabajo conjuntas entre investigadores y agentes sociales de los países e instituciones que colaboran, en cada caso, en este momento. En la actualidad se mantienen los convenios de colaboración entre las distintas universidades socias en cada uno de los proyectos. Se han propiciado y en la actualidad están vivos intercambios de alumnos/as tanto de grado como de posgrado, y de estancias de investigación de investigadores de Latinoamérica y el Caribe (Universidad Nacional de Avellaneda, Universidad de San Luis, Universidad de Córdoba, Universidad de Cienfuegos y Ciencias Médicas de Cienfuegos) y Oriente Medio (Universidad de Belén, Universidad de Hebrón y las Universidades de Jordania). Estos programas han permitido una importante formación, intercambio de experiencias y propiciada investigación conjunta en redes de trabajo sobre neurodesarrollo. Una muestra de esta colaboración es el Congreso Internacional y los

Encuentros Hispano-cubanos en Ciencias de la Salud, que se desarrollan alternativamente en España y en Cuba.

2) Uno de los resultados de transferencia más importantes ha sido la generación de la propia batería de evaluación BENCI. Esta batería es un instrumento gratuito a disposición de investigadores y clínicos de todo el mundo. Un instrumento que se ha generado a partir de proyectos de cooperación y fondos públicos ha de tener una repercusión en lo social sin costo alguno. Se puede usar en tareas clínicas para la evaluación individual y también en estudios masivos como instrumento de screening en investigación. La Batería BENCI, constituye una propuesta que se puede adaptar a la realidad social sobre la que se actúa, que puede ser útil para ayudar a evaluar y paliar los factores que comprometen el neurodesarrollo de los niños y niñas que viven en ellas y puede ser utilizada tanto por clínicos como por investigadores de manera gratuita salvando así el obstáculo de la carestía de los instrumentos de evaluación. El desarrollo de esta herramienta de evaluación cumple así con otro de los objetivos de esta línea de investigación que no es otro que poner la investigación al servicio de la solidaridad y del bien comunitario y social.

3) Elaboración de documentos para las distintas universidades con los resultados obtenidos y con pautas de recomendaciones a realizar en cada caso, a partir de los resultados de cada proyecto. Estos documentos son valiosos y muy necesarios para la formación y también para concienciar tanto a agentes políticos como sociales sobre las consecuencias en la salud física y psicológica y el coste social y económico que, a corto y largo plazo, tiene el no proteger el neurodesarrollo de los niños/as.

¿Cuáles son las lecciones aprendidas?

1. Conocimientos sobre Evaluación del neurodesarrollo en niños/as de 6 a 18 años mediante la Batería de Evaluación Neuropsicológica Computarizada Infantil BENCI.

2. Formación de los profesionales colaboradores en los diferentes lugares donde se implementó el Proyecto BENCI, mediante curso de superación “Neurociencias y Educación” y Entrenamiento para la aplicación de la BENCI.

3. Relaciones de respeto, colaboración y buena comunicación del equipo de trabajo (UGR y los equipos de los distintos países)

4. Permisos del Gobierno Provincial, de las máximas autoridades (Directivos del Órgano Central, Provincial, Municipal y de Instituciones Educativas), así como la creación de un Comité de Ética para velar por el respeto de los principios éticos y humanitarios de la Investigación.

5. Estrategia de trabajo para la implementación del Proyecto fue adecuada, sin embargo, consideramos necesario: Una de las fortalezas del proyecto BENCI es la incorporación de diversos interesados y actores que son pertinentes para el desarrollo de un proyecto de este tipo. El grado de complementariedad y colaboración entre actores, tanto provinciales, municipales, escuelas y familias, ha sido importante. No sólo ha surgido un compromiso “formal” entre participantes, sino más bien una voluntad de las personas participantes del proyecto en llevarlo a cabo, pese a las dificultades del contexto y contingencias surgidas durante la ejecución.

¿Cuáles son los factores a tener en cuenta para considerar esta Buena Práctica sostenible y replicable en otros contextos?

1) Los resultados obtenidos en los distintos proyectos, han aportado un conocimiento más ajustado de los efectos específicos de las condiciones y factores adversos, para la salud infantil de las poblaciones estudiadas, tan diversos como el abuso y la violencia sexual, la nutrición, factores tóxicos y las condiciones de vida, la guerra, la pobreza y la pobreza extrema. 2) Ha permitido generar un instrumento, la BENCI, para la evaluación de los efectos neuropsicológicos adaptado a las condiciones culturales de las poblaciones estudiadas, así como protocolos y programas de intervención. 3) También los resultados muestran la importancia de generar programas de colaboración, movilidad e intercambio entre las instituciones que han desarrollado dichos proyectos y la importancia que este trabajo supone para la investigación, la docencia, la transferencia y la transformación de parámetros de la realidad social de estas poblaciones vulnerables. El modelo de trabajo de colaboración entre instituciones Universitarias y trabajo en Red. El trabajo de colaboración entre instituciones es un parámetro que no hay que descuidar como modo de fortalecer las relaciones de investigadores, docentes y personal voluntario que a su vez van a incidir

en la protección de la salud infantil, la mejora de la calidad de vida y la equidad en educación y acceso a los recursos. 4) Contar con un protocolo ya diseñado para la evaluación del neurodesarrollo en la infancia y adolescencia. La BENCI es un instrumento de evaluación fiable y adaptado al contexto cultural de cada país y de acceso gratuito para su uso en la clínica y en la investigación. 5) Concienciación de las autoridades de los propios países como de los organismos internacionales de la necesidad de invertir en programas que incorporen la evidencia encontrada por la investigación científica cara a reducir la desigualdad en salud. Los programas de cooperación Internacional al desarrollo es una de las vías que hemos encontrado para financiar investigaciones que respondan a las necesidades y contextos culturales de la población de estudio. 6) La investigación y la formación de la población en general y de profesionales competentes en particular, son dos pilares fundamentales en el estudio y la vigilancia del curso del desarrollo en la infancia y adolescencia.

La formación que se ha realizado esta planificada según niveles:

- *Agentes Primarios de Salud en general y de neurodesarrollo en particular.* Un ejemplo de ello es el programa APDEM dirigido a personas que son referencia en sus comunidades, que no son profesionales y que en algunos lugares como en los barrios de pobreza extrema de Guayaquil fueron imprescindibles para poder entrar a las comunidades que fueron evaluadas. Esta formación está orientada a modificar en la medida de lo posible y a través de estas personas de referencia comunitaria, parámetros de salud que de otra forma no se podrían llevar a cabo o sería mucho más complejo implementar. Contar con estas personas es abrir las puertas de sus comunidades.

- *Formación profesionalizante.* El objetivo de la misma está orientado a la formación de especialistas que se encarguen a su vez, de la formación de futuros profesionales en este campo. Un ejemplo de este nivel de formación es el Diploma que se está realizando a partir del proyecto Neuro-care Erasmus+ financiado por la Unión Europea.

Conclusiones

1) La cooperación internacional para el desarrollo infantil es clave para asegurar un futuro más equitativo y sostenible para los niños de todo el mundo. A pesar de los desafíos, el compromiso de gobiernos, ONG y organismos multilaterales permite avanzar en la creación de oportunidades para la infancia. La inversión en educación, salud y protección infantil es una responsabilidad global que beneficia no solo a los niños, sino también al desarrollo de las sociedades en su conjunto.

2) La responsabilidad social universitaria implica un compromiso ético con los problemas de su entorno. A través de la docencia, investigación y extensión, las universidades pueden generar proyectos que aborden las causas estructurales y contextuales de la pobreza infantil y adolescente.

3) El desarrollo de esta línea de trabajo desde la Universidad pública (UGR), asociada a proyectos internacionales de cooperación al desarrollo, se puso en marcha articulada al estudio del neurodesarrollo y tomando en consideración las directrices de los organismos internacionales como la OMS (2009) para investigar y disponer de datos fiables y ajustados de la manera en que los factores sociales de la salud repercuten en la infancia y adolescencia. Entendemos la importancia que el trabajo que se puede realizar desde las Universidades articulado a la financiación de proyectos de Cooperación tanto con fondos propios como con fondos de convocatorias de instituciones como las Agencias de Cooperación Internacional al Desarrollo es sumamente importante.

4) En este contexto hay que plantear que la tarea de vigilar el neurodesarrollo, no se puede realizar de cualquier modo. Implica partir de una serie de requisitos imprescindibles. En primer lugar, es imprescindible propiciar líneas de investigación que permitan dar un conocimiento adecuado y científico de cuáles son las problemáticas y sus efectos. Generar evidencia es fundamental.

5) El desarrollo de esta línea de investigación cumple así con otro de los objetivos de esta acción, que no es otro que poner la investigación al servicio de la solidaridad y del bien comunitario y social.

Referencias bibliográficas

- Ander-Egg, E. (2003). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad 1. ¿Qué es el desarrollo de la comunidad?* Grupo Editorial Lumen.
- Aranda-Ramírez, P. (2021) *ODS UGR. Estrategias de desarrollo sostenible de la Universidad de Granada 2030*. Vicerrectorado de Igualdad, Inclusión y Sostenibilidad.
- Arias Robles, M. (2014). Políticas públicas en infancia y desarrollo. *Revista Española de Desarrollo y Cooperación número extraordinario*, 55-65. <https://revistas.ucm.es/index.php/REDC/article/view/86265>
- Banco Mundial. (2020). *World Development Report 2020: Trading for Development in the Age of Global Value Chains*. World Bank Publications.
- Burneo-Garcés, C., Cruz-Quintana, F., Pérez-García M., Fernández-Alcántara, M., Fasfous, A., & Pérez-Marfil, MN. (2019). Interaction between socioeconomic status and cognitive development in children aged 7, 9, and 11 years: a crosssectional study. *Journal Developmental Neuropsychology*. 44 (1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/87565641.2018.1554662>
- Burnell, P. (2008). *Foreign Aid in a Changing World*. Routledge.
- Bretón, V., García, F., y Roca, A. (1999). *Los límites del desarrollo. Modelos rotos y modelos por construir en América Latina y África*. Icaria Editorial.
- Cano-Ginés, A. (2018). *El papel de la Universidad en la Cooperación Internacional al Desarrollo. Los ODS y el horizonte 2030*. XVI Congreso Nacional Educación Comparada Tenerife. <http://doi.org/10.25145/c.educomp.2018.16.082674>
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2009). *Panorama Social de América Latina 2009*. Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Tres décadas de crecimiento desigual e inestable*. Naciones Unidas. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1085/1/S2013574_es.pdf
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Panorama Social de América Latina. Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35904/1/S2013868_es.pdf
- Collier, P. (2007). *The Bottom Billion: Why the Poorest Countries Are Failing and What Can Be Done About It*. Oxford University Press.
- Currie, J., & Almond, D. (2011). Human capital development before age five. In *Handbook of Labor Economics* 4, Part B, 1315-1486. [https://doi.org/10.1016/S0169-7218\(11\)02413-0](https://doi.org/10.1016/S0169-7218(11)02413-0)

- CRUE (2001). Universidad: Compromiso social y voluntariado. Madrid: CRUE.
- CRUE (2015). Código de conducta de las universidades en materia de cooperación internacional. Madrid: CRUE.
- Cruz-Quintana, F., Saforcada, E., Fasfous, A. F., Muñoz-Vinuesa, A., Fernández-Alcántara, M., Pérez-García, M., y Pérez-Marfil, M. N. (2022). Evaluación del neurodesarrollo en población infantil y adolescente a partir de programas internacionales de cooperación al desarrollo. Informe y recorrido del proyecto BENCI (Batería de Evaluación Neuropsicológica Computarizada Infantil), 2009-2022. *Erasmus. Revista para el diálogo intercultural*. XXIV, 1-38.
- Cruz-Quintana, F., Pérez-García, M., Pérez Marfil, M^aN., Pérez-García, P., Hidalgo-Ruzzante, N., Pérez-Lobato, R., Fernández-Alcántara, M. y García- Bermúdez, O. (2014). *Programa de Estimulación para el Desarrollo de la Función Ejecutiva en Niños y Niñas de 4 Años de Edad (PEFEN)*. Ediciones Sider S.C.
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Waffarn, F., & Sandman, C. A. (2011). Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(2), 119–129. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02314.x>
- Douglas, A., Currie, J. & Duque, V. (2018). “Childhood Circumstances and Adult Outcomes: Act II.” *Journal of Economic Literature* 56 (4): 1360–1446. DOI: 10.1257/jel.20171164
- Easterly, W. (2006). *The White Man’s Burden: Why the West’s Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*. Penguin Press. https://www.academia.edu/7953560/The_White_Mans_Burden_Why_the_Wests_Efforts_to_Aid_the_Rest_Have_Done_So_Much_Ill_and_So_Little_Good_By_William_Easte
- Estévez González, M.D. (2020). Así se decide la salud de nuestro cerebro antes y después de nacer. *The Conversation*, <https://theconversation.com/asi-se-decide-la-salud-de-nuestro-cerebro-antes-y-despues-de-nacer-140865>
- Fasfous, A. F., Peralta-Ramírez, I., & Pérez-García, M.(2013). Symptoms ofPTSD among Children Living in War Zones in Same Cultural Context andDifferent Situations. *Journal of Muslim Mental Health*, 7 (2). <http://hdl.handle.net/2027/spo.10381607.0007.203>
- Fasfous, A.F., Pérez-Marfil, M.N., Cruz-Quintana, F., Pérez-García, M., Al-Yamani, H.R., & Fernández-Alcántara, M. (2021). Differences in Neuropsychological Performance between Refugee and Non-Refugee Children in Palestine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (11), 5750. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115750>
- Flores, M. (2021). The Conversation, *Atacar la pobreza infantil: una inversión a largo plazo*. <https://theconversation.com/atacar-la-pobreza-infantil-una-in>

version-a-largo-plazo-155946

- Gallart Parramon, S. (2016) Introducción: *La Cooperación Universitaria al desarrollo en la Universidad Carlos III de Madrid*. En Pedraza Córdoba, J. Cooperación Universitaria para la educación (1-11). Comares.
- García-Bermúdez, O., Cruz-Quintana, F., Sosa, M.A., de la Cruz, J., Mañas, M., y Pérez-García, M. (2012). Alteraciones neuropsicológicas y emocionales en niños prematuros de muy bajo peso al nacer. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 4 (2), 3-10.
- García-Bermúdez, O., Cruz-Quintana, F., Pérez-García, M., Hidalgo-Ruzzante, N., Fernández-Alcántara, M. y Pérez-Marfil, M^aN. (2018). Improvement of executive functions after the application of a neuropsychological intervention program (PEFEN) in pre-term children. *Children and Youth Services Review*, 98 (2019) 328–336. Doi: 10.1016/j.childyouth.2018.10.035
- Glover V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Hanson, J.L., Chandra, A., Wolfe, B.L., & Pollak, S.D. (2011) Association between Income and the Hippocampus. *PLoS ONE*, 6(5): e18712. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018712>
- Hanson, J.L., Hair, N., Shen, D.G., Shi, F., Gilmore, J.H., & et al. (2015) Correction: Family Poverty Affects the Rate of Human Infant Brain Growth. *PLOS ONE* 10(12): e0146434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146434>
- Johnson, S.B., Riley, A.W., Granger, D.A., & Riis, J. (2013). The Science of Early Life Toxic Stress for Pediatric Practice and Advocacy. *Pediatrics*, 131 (2): 319–327. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0469>
- Jones, S. L., Dufoix, R., Laplante, D. P., Elgbeili, G., Patel, R., Chakravarty, M. M., King, S., & Pruessner, J. C. (2019). Larger Amygdala Volume Mediates the Association Between Prenatal Maternal Stress and Higher Levels of Externalizing Behaviors: Sex Specific Effects in Project Ice Storm. *Frontiers in human neuroscience*, 13, 144.
- Lancaster, C. (2007). *Foreign Aid: Diplomacy, Development, Domestic Politics*. University of Chicago Press.
- Larrea, C. y Martínez, M. (eds.) (2012) *Contribuciones antropológicas al estudio del desarrollo*. UOC
- Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M.P., Babb, C., Nishino, T., & Barch, D. (2013). The effects of poverty on childhood brain development: the mediating effect of caregiving and stressful life events. *JAMA Pediatrics*. Dec;167(12):1135-42. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3139.

- Martín- Fernández, MV. (2021) *ODS UGR. Estrategias de desarrollo sostenible de la Universidad de Granada 2030*. Vicerrectorado de Igualdad, Inclusión y Sostenibilidad
- Martínez de Soria, B. y Carrica Ochoa, S. (2016). Educación para el desarrollo y enseñanza obligatoria. *Revista española de pedagogía*, 74 (265), 499-515
- Martínez-Mauri, M., y Larrea-Killinger, C. (2010). *Antropología social, desarrollo y cooperación internacional*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5628250>
- Masten, Ann S. (2019). Resilience from a developmental systems perspective, 102 *World Psychiatry* 18:1. <https://doi.org/10.1002/wps.20591>
- Moyo, D. (2009). *Dead Aid: Why Aid Is Not Working and How There Is a Better Way for Africa*. Farrar, Straus and Giroux.
- Muñoz-Vinuesa, A. (2018). Determinantes sociales de la salud y neurodesarrollo infantil. Efectos del SES sobre el neurodesarrollo infantil en población ecuatoriana. Tesis Doctoral. Universidad de Jaén. <https://hdl.handle.net/10953/1036>
- Muñoz-Vinuesa, A., Cruz-Quintana, F., Pérez-García, M., y Pérez-Marfil, MN. (2025). El derecho a la salud, la cooperación Internacional y la orientación solidaria de la ciencia. En: Cruz-Quintana et al., (Coord): *Neurodesarrollo en la infancia y adolescencia. Proyectos de cooperación internacional al desarrollo: Una orientación solidaria de la investigación científica*. Ed. Universidad de Granada.
- McLaughlin K. A. (2016). Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 53, 45(3), 361–382. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823>
- OECD/UNDP (2020). *Hacia una cooperación al desarrollo más eficaz: Informe de avances 2019*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/edoe092e-es>.
- Olaguíbel, A (coord). (2009): *La Convención sobre los Derechos del Niño. Una Revolución Silenciosa*. UNICEF Comité Español. Madrid.
- OMS, (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Pérez-Marfil, M. N., Fernández-Alcántara, M., Fasfous, A. F., Burneo-Garcés, C., Pérez-García, M, & Cruz-Quintana F. (2020). Influence of Socio-Economic Status on Psychopathology in Ecuadorian Children. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 43. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00043>
- Qiu, A., Rifkin-Graboi, A., Chen, H., Chong, Y. S., Kwek, K., Gluckman, P. D.,

- Fortier, M. V., & Meaney, M. J. (2013). Maternal anxiety and infants' hippocampal development: timing matters. *Translational psychiatry*, 3(9), e306. <https://doi.org/10.1038/tp.2013.79>
- Sachs, J. (2005). *The End of Poverty: Economic Possibilities for Our Time*. Penguin Press.
- Saforcada, E. (2006). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Ed. Paidós.
- Saforcada, E., De Lellis, M., y Mozobancyk, S. (2011). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Ed. Paidós.
- Sarkar, S., Craig, M. C., Dell'Acqua, F., O'Connor, T. G., Catani, M., Deeley, Q., Glover, V., & Murphy, D. G. (2014). Prenatal stress and limbic-prefrontal white matter microstructure in children aged 6-9 years: a preliminary diffusion tensor imaging study. *The world journal of biological psychiatry*, 15(4), 346-352. <https://doi.org/10.3109/15622975.2014.903336>
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental frame work to guide the future of early childhood policy. *Child development*, 81(1), 357-367.
- Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The life long effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1). Disp. en www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/1/e232.
- Sogge, D., (2004). *Dar y tomar: ¿Qué ocurre con la ayuda internacional?*. Icaria. Barcelona. En: Martínez-Mauri, M. y Larrea-Killinger, C.(2010). Antropología social, desarrollo y cooperación internacional. UOC.
- Strüber, N., Strüber, D., & Roth, G. (2014). Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 38, 17-37. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.10.015>
- Teicher MH, & Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*, 57(3):241-66. doi: 10.1111/jcpp.12507. Epub 2016 Feb 1. PMID: 26831814; PMCID: PMC4760853.
- Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2014). *Economic Development*. Pearson.
- Tollenaar, M. S., Beijers, R., Jansen, J., Riksen-Walraven, J. M., & de Weerth, C. (2011). Maternal prenatal stress and cortisol reactivity to stressors in human infants. *Stress*, 14(1), 53-65. <https://doi.org/10.3109/10253890.2010.499485>
- Thabet, A.M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 45, 533-542.

- Tünnermann-Bernheim, C. (2019). La reforma universitaria de Córdoba. *Revista Educación Superior Y Sociedad (ESS)*, 9(1), 103-127. <https://ess.iesalc.unesco.org/index.php/ess3/article/view/182>
- UNESCO. (2019). *Global Education Monitoring Report*. UNESCO Publishing.
- UNICEF. (2021). *State of the World's Children Report*. UNICEF.
- Vallaes, F. (2008b). *Responsabilidad social universitaria: una nueva filosofía de gestión ética e inteligente para las universidades*. En: Educación Superior y Sociedad, 1382). Caracas: Instituto Internacional de UNESCO para la Educación Superior en América latina y el Caribe (IESALC-UNESCO).
- Van den Bergh, B. R. H., van den Heuvel, M. I., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S. R., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., King, S., & Schwab, M. (2020). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 117, 26–64. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.003>
- OMS. (2020). *World Health Statistics*. World Health Organization.
- Zumbuehl, M., Dohmen, T., & Pfann, G. (2021). Parental Involvement and the Intergenerational Transmission of Economic Preferences, Attitudes and Personality Traits, *The Economic Journal*, Volume 131, Issue 638, Pages 2642–2670, <https://doi.org/10.1093/ej/ueaa141>

AUTORES

Agustín Edi Orlando. Estudiante avanzado de la Licenciatura en Psicología (en realización de Trabajo Integrador Final), de la Universidad Nacional de San Luis. Integrante del Colectivo de Psicología Comunitaria San Luis y de la Red Comunitaria Norte, San Luis. Correo de contacto: aguorlando93@gmail.com

Antonio Muñoz Vinuesa. Dr. en Cuidados de Salud. Profesor Colaborador Extraordinario del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada (España). Investigador del Grupo de Investigación CTS-436 “Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad” (CIMCYC). Correo de contacto: amunozv@ugr.es

Beatriz Ferreira Lucas, Docente del Programa APEX de la Udelar, Asistente Grado 2 de la UAT -Ciclos de Vida y Comunidad con énfasis en infancias y adolescencias Especialista en Odontopediatría, otorgado por la Facultad de Odontología (Udelar). Doctora en Odontología, otorgado por la Facultad de Odontología (Udelar). Áreas de estudio: infancias, adolescencias, odontopediatría, salud y odontología comunitaria. Correo de contacto: beatriz.ferreira@apex.edu.uy

Carlos Torrado Lois, Profesor Adjunto del Programa APEX de la Universidad de la República. Maestrando en Educación Popular de Adultos de la Universidad Nacional de Lujan. Especialización: “Memorias Colectivas, Derechos Humanos y Resistencias”; Especialización en Infancias y Juventudes “Ciencias Sociales, Niñez y Juventud”; Especialista en Educación Artística, Edición Uruguay. Correo de contacto: carlos.torrado@gmail.com

Cecilia Inés Isla. Musicoterapeuta (UBA), Lic. en Artes (UNSaM), Prof. de Teatro (Andamio '90). Diplomada en ESI (UBA) y Equidad de Género y Salud (UNLP). Especializada en Educación y Promoción de la Salud (UNTREF) y Gestión Educativa (FLACSO). Asesora de la Dirección General de Enseñanza Artística del Ministerio de Cultura CABA. Docente en Universidad Favaloro, UMAZA, IES 1 y EMAD. Trabaja en la articulación entre arte, salud comunitaria y educación en intervención territorial, investigación, formación profesional y gestión de equipos. Correo de contacto: ceciliaiisla@gmail.com

Eliana Noemí González. Licenciada y Doctorada en Psicología. Facultad de Psicología- Universidad Nacional de San Luis (UNSL). Docente de asignatura Procesos Psicológicos Básicos y Psicología para la Facultad de Ciencias Humanas y Facultad de Salud de la UNSL. Docente del Curso Optativo “Derechos Humanos, Salud y Adicciones” para la Facultad de Psicología de la UNSL. Directora de Línea del Proyecto de Investigación “Historias policéntricas sobre investigación y formación universitaria en psicología”. Directora del Proyecto de extensión “Preve-

nir, cuidar y abrazar en adicciones”. Coordinadora del Programa Universitario de Prevención de Consumos Problemáticos y Adicciones de UNSL.

Francisco Cruz Quintana. Dr. en Psicología. Catedrático de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada (España). Director del Grupo de Investigación CTS-436 “Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad”, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Correo de contacto: fcruz@ugr.es

Francisco Morales Calatayud. Psicólogo cubano, Especialista en Psicología de la Salud y Doctor en Ciencias de la Salud. Desde 2013, trabaja en el Polo de Salud Comunitaria, de la Sede Paysandú del Centro Universitario Regional del Litoral Norte, Universidad de la República, Uruguay. Durante más de cinco décadas, su trabajo ha estado enfocado en la promoción de un enfoque integral de la psicología en el campo de la salud, afincado en las realidades de Nuestra América. Correo de contacto: franciscomoralescalatayud@gmail.com

Gabriela Melina Elena Luciano. Licenciada en Psicología. Profesora de Enseñanza Media y Superior en Psicología. Doctora en Psicología (UNSL. Argentina). Docente de la Facultad de Ciencias Humanas en el área metodológica en materias de Investigación Educativa. Integrante de la Coordinación del Centro de Prácticas Pedagógicas y Sociocomunitarias de la FCH. Co-Directora de la Especialización en Investigación en Ciencias Sociales y Humanas. Directora de línea del Proyecto de investigación: Formación en investigación en ciencias sociales y humanas en grado y postgrado. Análisis crítico de propuestas situadas de formación en clave generativa y latinoamericana. Estudia temas vinculados a la formación en investigación, desigualdades sociales y epistemologías feministas y decoloniales. Correo de contacto: gabime.luciano@gmail.com

Juan Miguel Flores. Licenciado en Psicología. Maestrando en la carrera Maestría en Políticas Públicas para el Desarrollo con Inclusión Social - FLACSO. Se desempeña como Profesor Responsable del Curso “Psicología Social” en la FaPsi - UNSL. Desarrolla tareas de investigación y extensión universitarias desde la Psicología Social Comunitaria. Trabaja desde la Psicología social crítica temáticas relacionadas al bienestar comunitario de las mayorías populares. Correo de contacto: flores.juanmiguel@gmail.com

Julia Sabez. Profesora y Licenciada en Psicología. Magíster en Psicología Social. Profesora Universitaria. Desarrolla actividades de docencia, investigación y práctica clínica en el campo de la terapia familiar. Sus líneas de trabajo se centran en la salud comunitaria, la psicología rural —con especial interés en la agroecología—, la psicología ambiental y la psicología del desarrollo, particularmente en torno al juego. Correo de contacto: juliasabez@gmail.com

Luciana Hernández Coria, Licenciada en Psicología de la Universidad de la República. Diplomada en Género y Políticas Públicas por la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar. Se desempeña como docente asistente en la Unidad Académica Temática Ciclos de Vida y Comunidad con énfasis en niñeces y adolescencias del Programa APEX, Udelar. En investigación estudia temas relacionados a feminismos y violencia basada en género y generaciones. Correo de contacto: luciana.hernandez@apex.edu.uy

Luis Giménez, Psicólogo (Universidad de la República), Especialista de Posgrado en la Problemática del Uso Indebido de Drogas (Universidad de Buenos Aires). Profesor Titular Grado 5 del Instituto Psicología de la Salud (Facultad de Psicología - UDELAR). Co-coordinador del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud (en convenio con la Administración de Servicios de Salud del Estado) Trabaja desde la Psicología de la Salud, con enfoque en salud colectiva y Psicología Comunitaria. Actualmente ejerce como Coordinador del Programa Nacional Abordajes del Uso Problemático de Drogas y otras Dependencias del Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Correo de contacto: luisg@psico.edu.uy

Marcelo Alejandro Muñoz: es Licenciado en Psicología y Dr. en Psicología. Es estudiante de la Maestría en Derechos Humanos y Ciudadanía (en instancias de realizar la tesis). Se desempeña como docente e investigador de la Facultad de Psicología en: Historia de la Psicología, de la Lic. en Psicología y Metodología de la Investigación 2, para Lic. en Psicomotricidad. Es integrante de dos Proyectos de Investigación en la Universidad Nacional de San Luis: PROICO-12-0718- "Historias policéntricas sobre investigación y formación universitaria en psicología". PROICO-12-0423- "El bienestar comunitario de las mayorías populares. Hacia procesos de construcción de soberanías intersectoriales". Es integrante del Programa Universitario PITSA y del Programa de Prevención en Consumos Problemáticos y Conductas Adictivas. Integrante de proyecto de extensión vinculado con el trabajo en adicciones y consumo problemáticos de sustancias y en ese marco participa en talleres en diferentes espacios, como son las escuelas y el Sistema Penitenciario de San Luis. Correo de contacto: marcelo-munoz80@gmail.com

María Eugenia Basco, profesora y licenciada en Psicología. Especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Psicología Social. Docente investigadora de la Universidad Nacional de Cuyo, se especializa en las áreas de Psicología del Desarrollo y Educación Sexual Integral. Además, trabaja en el acompañamiento de infancias y sus familias desde un enfoque sistémico y comunitario. Correo de contacto: mariaeugeniabasco@gmail.com

María Eugenia Fritz es profesora, licenciada y doctora en Psicología por la Universidad Nacional de San Luis. Actualmente se desempeña en el ámbito de la salud pública, articulando su práctica profesional con la participación en proyectos de investigación universitarios. Su trabajo se orienta al estudio de los procesos de salud y bienestar comunitario, con especial énfasis en juventudes en contextos rururbanos, desde una perspectiva situada y crítica. Correo de contacto: eugeniafritz.85@gmail.com

María Paula Juárez. Licenciada en Psicopedagogía y Magíster en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC), Argentina. Doctora en Psicología, Universidad Nacional de San Luis. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesora Adjunta en el Dpto. de Trabajo Social de la UNRC. Integrante de la Red Iberoamericana de Investigación Cualitativa en Salud (REDIICS). Directora de la Revista Contextos de Educación (UNRC). Estudia temáticas vinculadas a la salud comunitaria, la psicopedagogía comunitaria, diálogos entre la salud, las pedagogías críticas-educación popular y la psicología sanitaria y comunitaria. Correo de contacto: mpaulajuarez@gmail.com

María Teresa Almaraz. Dra. en Odontología -UdelaR, Magister en Ciencias-Multiversidad Franciscana de América Latina, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria - AOU. Trabaja desde la salud comunitaria, interdisciplina y educación popular. Correo de contacto: almarazaloha@gmail.com

Mariana González, Obstetra Partera egresada de la Escuela de Parteras - Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Docente del Programa APEX de la Udelar, Asistente Grado 2 de la UAT - Ciclos de Vida y Comunidad con énfasis en infancias y adolescencias. Obstetra Partera asistencial en el sector privado. Áreas principales de trabajo y formación continua; Salud sexual y Salud Reproductiva. Educación Integral en Sexualidad. Correo de contacto: mariana.gonzalez@apex.edu.uy

Mariela Ávila. Dra. En Psicología. Profesora adjunta responsable de: Promoción de Actividades Comunitarias, Lic. Comunicación Social FCH-UNSL, Curso Optativo: Comunicar en Clave de Género. Dictado de Cursos de Posgrado sobre “Perspectiva de géneros y Educación Sexual Integral”. Trabajó de extensión e investigación en Violencias. Trabajo en el ámbito clínico con perspectiva de género; acompañamiento clínico y judicial a mujeres sobrevivientes de abusos sexuales. Correo de contacto: mvavilaunsl@gmail.com

Mariela Muñoz Rodríguez. Profesora y Licenciada en Psicología (UDA), Especialista en educación y derechos humanos (Ministerio de Educación de la Nación), Magíster en Psicología Social (UNCuyo) y Doctora en Psicología (UNSL).

Se desempeña como docente en la Universidad Nacional de San Luis en materias vinculadas con la Psicología Social y la investigación. Es becaria posdoctoral de CONICET- UNSL. Miembro de grupos de investigación en temáticas de Psicología social comunitaria y Determinación social de la salud Participa en equipos de extensión en temas de Salud Comunitaria. Correo de contacto: lamunoz@email.unsl.edu.ar

Marina Tolli. Dra. en Psicología (UNSL), Máster en Salud Pública (Universidad Libre de Berlín, Alemania), Profesora y Licenciada en Psicología (UDA). Docente e investigadora en psicología comunitaria y salud colectiva. Integra el equipo de ModoSi, espacio de salud integral para adolescencias y juventudes, Dirección de Salud Mental y Consumos Problemáticos, Mendoza. Correo de contacto: tolli.marina@gmail.com

Martín de Lellis. Licenciado en Psicología. Profesor Titular Regular en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Desarrolla actividades docentes en el grado y posgrado. Dirige proyectos de extensión e investigación. Trabaja en temas de Salud Pública Salud Mental y Psicología Comunitaria. Correo de contacto: martindelellis80@gmail.com

Miguel Pérez García. Catedrático de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada (España). Director del Grupo de Investigación CTS-581: Neuropsicología y Psiconeuroinmunología Aplicadas (CIMCYC). Correo de contacto: mperezg@ugr.es

Mérida Ramírez Burgos. Profesora de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato (ESO). Colaboradora del Grupo de Investigación CTS-436 “Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad” (CIMCYC). Correo de contacto: merida1893@gmail.com

María Nieves Pérez Marfil. Catedrática de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada (España). Investigadora del Grupo de Investigación CTS-436 “Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad” (CIMCYC). Correo de contacto: nperez@ugr.es

Santiago Andrés Martín. Licenciado en Psicología (UM). Magister en Estudios Latinoamericanos (UNCU). Doctorando en Psicología (UNSL). Es docente universitario. Realiza investigación en temáticas de salud colectiva y psicología comunitaria en escenarios rurales. Correo de contacto: santiagoomartin18@gmail.com

El libro que se presenta al lector tiene la peculiar cualidad de constituir un homenaje a la memoria de Enrique Saforcada y, al mismo tiempo, una prueba palpable de algunas de las aristas más significativas de su enorme legado.

En los capítulos que integran el texto, se muestran importantes contribuciones realizadas por académicas y académicos en cuya formación tuvo Enrique una influencia significativa a través de sus enseñanzas y su ejemplo. Esa influencia es también apreciable en algunos de los capítulos en los que se muestran desarrollos teóricos y metodológicos, así como experiencias y resultados de proyectos, en los que la articulación de su aporte representó un enriquecimiento notable.

Francisco Morales Calatayud