



LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TRABAJO FINAL CON PROYECTO DE CAMPO

TITULO

Calidad de Vida y Representaciones Sociales: La Educación para la Salud y las configuraciones en la salud integral

Estudiante

Claudia Patricia Donaire

Tutor

Lic. Ignacio Bejarano

2026

Agradecimientos

Con estima y reconocimiento, extendiendo mi más sincera gratitud a la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y al colectivo de docentes de la carrera que han cultivado en mí un interés siempre latente por el conocimiento y un compromiso ético político con el desempeño profesional.

Expreso mi gratitud además a los compañeros de la carrera que supieron transitar conmigo los vaivenes de la formación y el ejercicio de la profesión, compartiendo miradas, experiencias y saberes que han permitido a lo largo del año construir un posicionamiento basado en el respeto, la equidad y la justicia en el desarrollo profesional.

A mi director de tesis por la paciencia, el aliento y compromiso. Un especial reconocimiento a los que fueron parte fundamental de este proceso, que guiaron y acompañando el proceso y que sin ellos no hubiera sido posible.

Por ultimo al pilar fundamental y motor que día a día alientan sin importar hacia dónde vamos, la Familia.

Dedicatorias

Dedicado a mi madre, mi abuela y mis ancestras, por la fuerza transgeneracional transmitidas para llegar a culminar este camino, donde confluyen deseos y anhelos de muchas de ellas.

A mí querido amigo Carlos Daniel Corbalán que hoy ya no está en este plano, por las interminables charlas compartidas, su pasión por la política, la historia, y por sobre todo por creer en mí.

A mis hermanas Amanda, Carolina y mis sobrinos/as, que desde el calor de su compañía diaria, alientan cada uno de mis proyectos.

Finalmente a todos aquellos que les apasiona lo comunitario, que creen en el fortalecimiento de las bases como pilar fundamental para las trasformaciones sociales.

INDICE

Agradecimientos.....	2
Dedicatorias	3
Tema	5
Introducción.....	5
Planteo del Problema	6
Definición del problema.....	9
Objetivos	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos	9
Marco Teórico	10
Antecedentes	21
Metodología.....	26
Muestra.....	28
Criterios de inclusión y exclusión	29
Análisis de la información.....	30
Análisis de Categorías	30
Categorías de Análisis	30
Conocimientos de calidad de vida	31
Sentido de Salud	34
Significaciones de la calidad de vida	37
Discusión.....	41
Conclusiones.....	43
Proyecto de Intervención.....	46
Fundamentación	46
Objetivo General:.....	48
Objetivos específicos:	48
Metas:	48
Actividades:	49
Recursos:.....	49
Evaluación	50
Bibliografía.....	51

Tema

Calidad de Vida y Representaciones Sociales. La Educación para la Salud y las configuraciones en la salud integral en residentes del Barrio 25 de Mayo de la Ciudad de Monterrico en el primer semestre de 2018.

Introducción

Entender la salud como un proceso complejo nos invita a pensar en las intervenciones de los Educadores para la Salud, como una oportunidad para desentrañar prácticas y condiciones en la comunidad que hacen que las personas enfermen o vivan su cotidianidad con salud.

Pero la salud no solo depende de las condiciones que las propias personas pueden generar a su alrededor, es importante conocer los factores externos, ya sea determinados por políticas públicas, representaciones sociales en torno a un grupo y sobre todo la influencia del medio ambiente en las condiciones de vida.

Por eso es relevante aproximar como estos factores van confluyendo y aportando en un espacio territorial con una población diversa, a la configuración de nuevos escenarios de salud, como estos factores van aportando o no a mejores condiciones de vida y de calidad de vida.

El acceso a la Vivienda es un derecho de las personas, pero en las mejores condiciones de habitabilidad, cuando no están presentes esas condiciones surgen problemáticas que repercuten directamente en la salud de las personas.

El modo en que las personas se van apropiando de los nuevos espacios territoriales van configurando en ellas además, una imagen de su propia existencia y la de su salud, su sentido de pertenencia y su calidad de vida.

Planteo del Problema

La presente investigación tuvo como espacio de estudio el Barrio 25 de Mayo de la Ciudad de Monterrico, Pcia. de Jujuy. Este espacio surge a partir del programa de *“Un lote para cada Familia que lo necesite”*. Actualmente la población de Monterrico es de aproximadamente 16.000 habitantes, distribuidos en su casco céntrico y sus zonas aledañas de fincas de producción tabacalera (Censo, 2010).

En el año 2011 se creó el programa en el marco de la emergencia habitacional por la que atravesaba la provincia. Tal es así que en la localidad de Monterrico se destinan 16 Hectáreas, parceladas para la adjudicación de lotes a las familias del lugar. El lugar elegido se encuentra sobre la ruta provincial N° 42 a escasos 15 km del casco céntrico de la localidad, en el lugar se distribuyen 50 manzanas con 24 Lotes por manzana (Municipalidad de Monterrico, 2015).

Desde el inicio del programa en el 2011 a la actualidad se fueron adjudicando los lotes a las familias que cumplían los requisitos de no poseer bienes inmuebles, tener familia a cargo y una situación económica que impida la adquisición de propiedades por otros medios, otro de los requisitos fundamentales fue la posesión inmediata de los espacios.

La constitución del barrio con respecto a las familias que fueron recibiendo los lotes son en su gran mayoría personas de escasos recursos provenientes de las fincas que por la precariedad de su trabajo no podían acceder a otro tipo de vivienda. Así también muchas familias jóvenes fueron beneficiarias de este programa, que previamente vivían en viviendas de los padres o abuelos.

En cuanto a los servicios el barrio desde sus inicios contó con muy pocas condiciones para su habitabilidad, solo con la delimitación de calles y la red de tendido eléctrico se fue realizando de a poco por las diferentes manzanas.

La red de agua potable se fue instalando de manera progresiva. No cuenta con cloacas ni gas natural, la recolección de residuos no es diaria se realiza por sectores en determinados días de la semana.

Al momento del desarrollo de la investigación habitaban en el lugar alrededor de unas 70 familias, que pudieron realizar la construcción de sus viviendas en muchos casos de manera precaria. Si bien los lotes se encuentran adjudicados en un 80%, los mismos se encuentran en obra, pero no habitados por la escases de servicios que garanticen condiciones mínimas de habitabilidad (Censo Tierra y Vivienda, 2016).

Es importante poder conocer los nuevos procesos de organización territorial principalmente en aquellos aspectos que hacen a la construcción de condiciones de mejor calidad de vida para las personas, y como esto van configurando una mejora en la salud integral.

El concepto de salud en su sentido más amplio contempla el acceso a diferentes servicios como educación y vivienda en las mejores condiciones que garantice que el lugar a habitar garantice el desarrollo integral de la persona, con los lazos de solidaridad, que ayuden a superar las situaciones de precariedad, en la que la mayoría de las personas que habitan el barrio vienen padeciendo desde muchos años por la falta de acceso a una vivienda, en muchos casos desde el inicio de sus vidas y en otros casos a partir del hacinamiento con familias extendidas.

En la nueva configuración de un espacio territorial también es importante ver cómo este nuevo modo de apropiación del espacio van marcando el modo en el que las personas perciben y significan la enfermedad y la salud.

Para poder aportar a la mejora de la calidad de vida y lograr una efectiva promoción de la salud es necesario conocer los procesos organizativos, representativos que configuran el pensamiento de las personas en un determinado territorio, como educadores para la salud es necesario poder desentrañar esos procesos que nos ayuden a realizar intervenciones sostenidas, y que tengan impacto en la comunidad, aportando a la planificación, la promoción de mejores condiciones de salud.

A partir de estas consideraciones surgen las siguientes preguntas que guiaron el proceso de la investigación:

¿Cuál es el conocimiento que poseen las personas del barrio 25 de mayo sobre la calidad de vida?

¿Cuáles es el sentido que lo otorgan a la salud las personas del barrio 25 de mayo?

¿Cuáles son significaciones le otorgan a la calidad de vida las personas del barrio 25 de mayo?

Definición del problema

En función de lo expuesto surgió una interrogante:

- *¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la calidad de vida que poseen los residentes del barrio 25 de Mayo de la Ciudad de Monterrico en el año 2018?*

Objetivos

Objetivo General

- *Analizar las representaciones sociales sobre la calidad de vida que poseen los residentes del barrio 25 de Mayo de la Ciudad de Monterrico.*

Objetivos Específicos

- Explorar los conocimientos que poseen las personas del barrio 25 de mayo sobre la calidad de vida
- Indagar el sentido que lo otorgan a la salud las personas del barrio 25 de mayo
- Describir las significaciones le otorgan a la calidad de vida las personas del barrio 25 de mayo.

Marco Teórico

Para poder entender los procesos que en esta investigación queremos abordar es necesario poder contextualizar desde donde vamos a mirar la realidad más precisamente desde el enfoque de la Educación para la Salud como disciplina. Para esto es necesario posicionarnos desde el eje central que es la Salud.

Para entender este concepto es necesario pensarlo como un reto; El reto consiste en conocer y actuar sobre las variables bio-psico-socioculturales presentes en la vida de las personas y los modos en que ellos actúan en la cotidianidad de las misma, y determinando sus formas de entender y significar la salud..

La estructura social, la situación de una organización que puede satisfacer las necesidades básicas y las otras, las múltiples y variadas modalidades de relaciones de vida de los hombres entre sí, los aspectos culturales, las expectativas individuales, son algunos de los factores básicos que intervienen y condicionan el bienestar del hombre.

Huelga decir que la concepción preparatoria de la enfermedad con su apéndice, la prevención, no cuentan con las herramientas idóneas y pertinentes para abordar estas consideraciones. Por el contrario, se halla cautiva de ellas al pertenecer al cuerpo social que la sustenta: *"la medicina, en consecuencia, tiene una historia paralela a la cultura en general, con sus etapas, progresos y retrocesos"* (Programa Médicos Comunitarios, 2009:32).

Cabe señalar que con esta posición no ponemos en duda que los avances de la biología sean válidos y útiles; pero sí creemos que son doblemente insuficientes para interpretar las necesidades de salud del hombre actual: por un lado el paradigma científico de la medicina dominante resulta incompetente

como *"modelo explicativo de la salud-enfermedad colectiva"* y por otro hay que subrayar *"la incapacidad de la práctica médica de transformar las condiciones de salud de la población"*. (Programa Médicos Comunitarios, 2009:32).

La **Salud** no constituye un objeto científico cuya lógica esté gobernada por el conocimiento. Salud es la delimitación de un campo social, de bordes difusos que obligan a una definición valorativa permanente, en el cual están en juego la vida, los riesgos de enfermedad y la presencia amenazante de la muerte.

Enunciar a la salud como cuidados integrales bio-psico-sociales, si luego las tres esferas funcionan como regímenes de conocimiento y formación académica diferenciada, criterios disciplinarios basados en la especialización y diferenciación, instituciones sociales separadas, prácticas excluyentes y practicantes en oposición o indiferencia de uno con otros.

La racionalidad en salud incluye la razón científico- técnica de la medicina científica actual como parte esencial de la misma, como también integra conocimientos racionales y científicos de las ciencias sociales, pero no es en sí ajustable ni reductible a los paradigmas científicos de los médicos ni a los científicos sociales.

Se basa en una perspectiva cultural e histórica, debe hacer su centro en la construcción social de valores, significados y prácticas que puedan ser tomados por el conjunto de individuos y estar dispuesta a sostener el debate cultural ineludible en las relaciones de poder y competencia en que debe desarrollarse socialmente.

No se trata de un objeto de conocimiento ni de una ciencia sobre el mismo, se trata de la complejidad que posee todo recorte social, incluye dimensiones sociales, políticas, modos de vida, culturas locales, instituciones de salud,

prácticas y distintos actores sociales, que tienen siempre procesos históricos de formación y transformación y culturas particulares en proceso de creación permanente de sus valores (Galende, 2004).

Por lo antes expuesto es que podemos decir que cuando hablamos de Salud hablamos de una **salud Integral**. Que tiene en cuenta una multiplicidad de factores y de posiciones principalmente comprender la Salud como un derecho humano pasa por tener claro que los derechos son inherentes a todos. Fueron formulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y aprobados por la asamblea de la ONU en 1948.

La Organización mundial de la Salud los define como *“garantías legales universales que protegen a los individuos y a los grupos contra las acciones que interfieren con sus libertades fundamentales y su dignidad humana”* (Corona y Ortiz, 2003:18).

Por tal razón la salud vista como un derecho humano representa que todas las personas tienen el derecho a tener el más alto nivel de salud, tener información y educación adecuada que les permita adoptar comportamientos y estilos de vida saludables, derecho a tener acceso a condiciones sanitarias mínimas como agua potable, saneamiento ambiental. Poder decidir sobre su persona y planificación familiar, derecho a una maternidad sana y segura, a no ser discriminado por su opción sexual, acceso a servicios de salud acorde a sus valores y necesidades, a la confidencialidad y a la opción de información para recibir tratamiento o no.

En esto la **Educación para la salud** dicen Kroeger y Luna (1992) acerca de su importancia: la estrategia de A.P.S pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud,

adquiriendo así responsabilidad sobre ella. La única forma posible en que esto se realice, es que la comunidad pueda tomar conciencia de cuál es su situación, que problemas ha de resolver por sí misma y sobre qué aspectos tiene derecho a exigir soluciones al nivel central.

Esta toma de conciencia y participación no brota espontáneamente en la comunidad si no es propiciada a través de la apertura de espacios de discusión y reflexión sobre aquellos problemas que más los afectan. Aquí entra la **Educación para la Salud** como creadora de esos lugares, convirtiéndose en instrumento imprescindible para implicar responsablemente al individuo y la comunidad en la toma de decisiones en defensa y promoción de la salud.

La educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en construcción de alternativas y soluciones.

Entendemos la educación para la salud como un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas.

La **Educación para la Salud** es importante: Porque intenta fomentar la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales, que inciden en su estado de salud de la población en función de acciones concretas y organizadas para transformarlas.

Propicia y estimula un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico- científico y otras formas de conocimiento local a través de un dialogo democrático entre ellos. Reconoce la Pluralidad Cultural en que se desarrolla y la legitimidad de otras lógicas,

facilitando el encuentro horizontal entre distintas vertientes culturales y racionales.

Al involucrar a la comunidad en actividad de salud, va ganando experiencia de participación y por consiguiente abre camino hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo (Programa Médico Comunitario, 2009).

Cuando pensamos en la posibilidad de trabajo colectivo desde la educación para la salud no podemos dejar de abordar y pensar, las **condiciones de vida** de las poblaciones pensadas a partir de los **determinantes de la salud**: La salud no depende sólo de los sistemas de salud, es producto final de una serie de determinantes sociales. Como resalta Roses M. directora de la OPS (2010:123), son *“agua potable, nutrición, educación, vivienda, empleo, seguridad”*. Agrega *“Si tiene todo eso, un 70% de su salud está bien”*.

El enfoque de determinantes sociales de salud permite razonar la producción de salud o de enfermedad como un tema complejo y amplio en que múltiples factores externos a los sistemas de atención generan en estrecha interacción un resultado final (Klisberg, 2013).

La salud de las personas no es un fenómeno aislado y los mayores determinantes de la salud son de carácter social, especialmente la pobreza, la desnutrición y el desempleo, pero también las condiciones de género, etnia y raza.

En 2005 la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes sociales de la Salud con el propósito de analizar el impacto de las condiciones socioeconómicas y el entorno en la salud de la población. La comisión enfatiza

el papel de la persistencia de desigualdades, la pobreza, la explotación de determinados grupos de población, la violencia y la injusticia en la falta de salud.

En todo el mundo las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así que enferman y mueren con mayor frecuencia aquellos que pertenecen a grupos más vulnerables.

Paradójicamente, pese a los adelantos actuales de la ciencia médica y pese a que nunca antes el planeta había tenido acceso a tanta riqueza la brecha de inequidad es cada vez mayor. La comisión subraya que la salud no es un acontecimiento sólo de orden biológico y del ámbito individual, sino que por su propia naturaleza, es un resultado de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la persona, su entorno y sus condiciones de vida en los órdenes económicos, ambiental, cultural y político (Spinelli, 2007).

Desde lo antes expuesto vamos a tratar de esbozar algunos conceptos que van a guiar nuestra investigación en terreno, principalmente aquellos que nos van a ayudar a interpretar los hechos. Un concepto clave es el de Representaciones Sociales, tomando como referencia las ideas desarrolladas en Francia por Jodelet en 1985, dice que las representaciones sociales son: *“...modalidad del conocimiento práctico orientadas a la comunicación y la comprensión de la situación social, material e ideativa en la que vivimos. Son, en consecuencia, formas de conocimiento que se manifiestan como elementos cognitivos – imágenes, conceptos, categorías, teorías- pero que no se reduce jamás a los componentes cognitivos”* (Spink, 1993:302).

Refuerza también un punto que es crucial en la comprensión de las representaciones: *“....al ser socialmente elaboradas y compartidas contribuyen*

a la construcción de una realidad común, que posibilita la comunicación. De este modo, las representaciones son esencialmente fenómenos sociales, que incluso accediendo a partir de su contenido cognitivo, deben ser entendidos a partir de su contexto de producción. O sea, a partir de las funciones simbólicas e ideológicas a las que sirven y de las formas de comunicación que circulan” (Spink, 1993:302).

La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersecan lo psicológico y lo social. Antes que nada concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano.

Representaciones sociales y prácticas sociales desde la sociología, a través de la perspectiva de Bourdieu. Tomando de este pensador la conceptualización del hábitus, en tanto sistema de esquemas de percepción, apreciación y producción de prácticas, es decir, que es un sistema de esquemas prácticos e informacionales (en el sentido de “dar forma”) que incluye principios de clasificación, jerarquización, etc. Principios que son casi siempre implícitos y que sólo se explicitan en la acción misma. Estos esquemas informacionales permiten al sujeto producir pensamientos y prácticas sensatas y reguladas sin necesidad de que medie una intención de sentido o la obediencia consciente a reglas.

De igual manera, este autor afirma que la génesis del habitus (y de la representación que es uno de sus productos) es social. De ahí que varíe según la posición social de los sujetos (dada por la distribución del capital económico, cultural y simbólico). Los sujetos o grupos que ocupan posiciones semejantes o

vecinas son situados en condiciones y sometidos a condicionamientos semejantes y tienen todas las posibilidades de tener intereses y disposiciones semejantes y de producir prácticas y representaciones también semejantes.

Para poder entender el proceso de construcción de las representaciones sociales es necesario que pongamos de relieve los conceptos sobre percepción: Según Guski (1992:13) *“la percepción es el conocimiento sensible, es el reflejo de la realidad en la conciencia de los hombres. Posible y transmitida a través de unos órganos sensoriales y a través de la actividad nerviosa”*.

Según propuso Hermann von Helmholtz (1886), uno de los principales creadores de la teoría de la percepción, denomina a la percepción como un proceso de carácter de relación y construcción, creando una representación interna de lo que sucede en el exterior a modo de hipótesis.

Para que esto ocurra, el cerebro recopila la información que recibe de los receptores, la analiza paulatinamente junto con lo que le brinda la memoria. Y así, se ayuda a interpretar y formar una representación del exterior. Así se crea un modelo virtual de lo que se percibe, utilizando la información almacenada y con procedimientos internos que utiliza el cerebro para decodificarla.

El problema social de la salud del hombre no puede reducirse por medio del análisis simplista. La biología ve solo algunos aspectos de la salud y de la enfermedad; el hombre tiene todas las posibilidades de generar los instrumentos para alcanzar un modo de vida saludable en bienestar. Para ello, y desde el lugar de la práctica científica, en el análisis interpretativo deberían confluir todos los órdenes del saber: el biológico, el psicológico y el socio-cultural, para configurar un ángulo de observación integral, total, complejo y dialéctico.

Es así que el campo complejo actual de los problemas de la salud humana, en el cual se multiplican las esferas conflictivas del que hacer del hombre, constituye un desafío para los profesionales e investigadores de la salud y para los científicos sociales, llamados a innovar en los conceptos y formas de abordaje de la práctica en salud.

A pesar de las series de éxitos y soluciones obtenidas, los esfuerzos de las prácticas ante la enfermedad, no deberían centralizarse en las tareas reparadoras, restauradoras de la salud perdida. El esfuerzo social para alcanzar la salud no debe circunscribirse a la acción y vigilancia sistemáticas (que consisten en prevenir o rechazar el agente agresor colonizador del cuerpo).

Este conjunto de acciones individuales ha generado un campo de desigualdades sociales en las políticas públicas. Una sociedad conflictuada, presa del autoritarismo, castigada por la inequidad en la cual se promocionan hábitos dañinos como el tabaco o el alcohol, se acepta la discriminación de cualquier tipo, que no atiende los patrones de consumo, que no planifica su recreación, no comprende a sus ancianos o sus adolescentes no puede tener individuos saludables. Pero mucho menos aún la medicina reparadora tendrá posibilidades de subsanarlo (Programa Médicos Comunitarios.2009)

El reto consiste en conocer y actuar sobre las variables bio-psico-socioculturales capaces de acompañar un estilo de vida saludable para el hombre. Es el modo de vida el determinante del bienestar humano. Señalamos una consecuencia importante de la concepción biológica: la delimitación de dos instancias, el hombre y el medio externo al hombre, como polos enfrentados entre los que se produciría el fenómeno.

En dicho medio externo acecharía la enfermedad esperando el momento oportuno para el ataque. *“El semblante que es la enfermedad...constituiría... la máscara con la que sería identificado el enfermo”* (Abed, 1993:127).

Hemos mostrado a todo lo largo de este trabajo la importancia de la organización social del hombre en donde se perfilan los caracteres sociales, económicos, ecológicos, culturales, políticos, psíquicos, entre otros; que confieren identidad a la producción social de situaciones de salud o enfermedad. Porque si bien la enfermedad, como la entiende el corpus epistémico biológico (biologisista) actual, puede ser el resultado de un desequilibrio del organismo o más aún, de un órgano- que puede resultar del desencuentro de los factores que conforman la tríada ecológica o epidemiológica, la salud está lejos de ubicarse como su antinomia.

La estructura social, la situación de una organización que puede satisfacer las necesidades básicas y las otras, las múltiples y variadas modalidades de relaciones de vida de los hombres entre sí, los aspectos culturales, las expectativas individuales, son algunos de los factores básicos que intervienen, y condicionan, el bienestar del hombre. Huelga decir que la concepción preparatoria de la enfermedad con su apéndice, la prevención, no cuentan con las herramientas idóneas y pertinentes para abordar estas consideraciones. Por el contrario, se halla cautiva de ellas al pertenecer al cuerpo social que la sustenta: *“la medicina, en consecuencia, tiene una historia paralela a la cultura en general, con sus etapas, progresos y retrocesos”* (Abed, 1993:130)

Cabe señalar que con esta posición no ponemos en duda que los avances de la biología sean válidos y útiles; pero sí creemos que son doblemente insuficientes para interpretar las necesidades de salud del hombre actual: por un

lado el paradigma científico de la medicina dominante resulta incompetente como *"modelo explicativo de la salud-enfermedad colectiva"* y por otro hay que subrayar *"la incapacidad de la práctica médica de transformar las condiciones de salud de la población"* (Albed, 1993).

Si bien es cierto que hay una expectativa social de tener la posibilidad de recuperar la salud perdida y aumentar los años de vida, también es cierto que cada vez hay mayor conciencia de que estos años deben estar dotados de una mejor calidad.

Se entiende por calidad de vida a un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. *Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva.* Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

Es por eso que creemos necesario generar otro espacio que trascienda al del orden médico, para interpretar, desde una teoría social, los complejos procesos sociales de la salud colectiva. Esto no quiere decir de ninguna manera que haya que sustituir el orden médico: el campo médico tiene su teoría y su práctica; y cuanta mayor eficiencia logre para desarrollarla, mayor será su posibilidad de certificar y legitimar las conquistas adquiridas con es fuerza.

Por esto es fundante el investigar los proceso de salud en el territorio con una mirada amplia y precisa que permita conocer los diferentes factores que se hallan en juego y poder intervenir con herramientas claves y precisas, ya que las

comunidades no son todas iguales y por lo tanto requieren que desde el enfoque de la educación para la salud y desde la promoción de la salud podamos encontrar los tiempos y espacios adecuados que ayuden a una mejora de la calidad de vida de las personas.

Antecedentes

Uno de los primeros artículos referidos al tema es el trabajo de Lucero et al. (2007) quienes investigaron sobre *Calidad de vida y espacio: una mirada geográfica desde el territorio local*. El propósito de este trabajo fue revisar las contribuciones de los estudiosos en diferentes disciplinas científicas a la construcción del concepto Calidad de Vida, y ensayar el papel posible de la Geografía en esa tarea interdisciplinaria.

El esfuerzo consiste en interpretar el significado de la calidad de vida de la población, explorar las miradas desde especialidades distintas en la trayectoria conceptual de esta categoría analítica, reconocer el aporte que brinda la Geografía al andamiaje de la calidad de vida desde su objeto de estudio: el espacio geográfico, y desde la diversidad de líneas de investigación que abordan el tema del bienestar social, y experimentar sobre una escala territorial que se espera pertinente por su significación social para el análisis del grado de excelencia de vida: el barrio.

La aplicación al caso particular de la ciudad de Mar del Plata (Argentina) se realiza al combinar los resultados obtenidos en trabajos anteriores referidos a este tema, donde se emplearon técnicas cuantitativas y cualitativas de análisis espacial, sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001, y de una encuesta estructurada con muestreo por cuotas realizada en el 2007.

Se arriba a la conclusión de que la falta de vínculos entre los acercamientos desde la medición y desde la percepción, conduce a un importante desafío en la Calidad de vida y espacio, meta de lograr la convergencia entre los conceptos y métodos, y entre la elaboración objetiva y subjetiva.

Otro de los antecedentes encontrados es el trabajo de Nikolas Rose (2007) quienes investigaron sobre *¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno*. Rose parte de considerar que lo social, como territorio de pensamiento y acción, ha sido central tanto para el pensamiento como para la programación política, desde mediados del siglo XIX.

El presente trabajo sostiene que, incluso cuando los temas de la sociedad y las preocupaciones por la cohesión y la justicia social sean aún significativos en la discusión política, lo social no es ya una zona clave, blanco y objetivo de estrategias de gobierno.

El lenguaje de globalización señala que las relaciones económicas no son ya tan fácilmente inteligibles, ni organizadas mediante una economía nacional definida. La comunidad ha devenido una nueva especialización del gobierno; heterogénea, plural, que interconecta individuos, familias y otros dentro de ensamblajes culturales, de identidades y lealtades que compiten entre sí. Las divisiones entre los sujetos de gobierno son codificadas de maneras novedosas; ni los excluidos ni los incluidos son gobernados como ciudadanos sociales.

Estrategias no-sociales son desarrolladas para el gerenciamiento de la autoridad experta. Consignas antipolíticas como el asociativismo y el comunitarismo, que no tratan de gobernar a través de la sociedad, están en ascenso en el pensamiento político. El presente artículo sugiere algunas formas

de diagnosticar y analizar estas nuevas territorializaciones del pensamiento y de la acción política.

Si pensamos en antecedentes de incursión en salud integral podemos mencionar el trabajo de María Fernández et al. (2012) que en su artículo, *Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar*, plantea que: Los determinantes individuales y sociales de salud juegan un papel de primera importancia en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La atención médica a estos determinantes va más allá de su promoción a través de los medios de difusión masiva. Se requiere de un procedimiento sistemático e individualizado que provea a los individuos de los conocimientos necesarios para modificar su estilo de vida mediante una actitud consciente ante las situaciones que a menor o mayor plazo pueden contribuir al desarrollo de estas enfermedades. La introducción de estos conceptos en la práctica social podría llegar a constituir un sustancial aporte al bienestar de la población y al logro de una salud pública más efectiva y económicamente sustentable.

El objetivo propuesto es introducir en la práctica social un instrumento metodológico mediante un proyecto de investigación, que permita inducir la necesidad de cambios en el estilo de vida de cada individuo en la comunidad para mantener e incrementar su salud y que además, permita evaluar de forma confiable, precisa y periódicamente, el nivel de conciencia alcanzado y los resultados derivados de los cambios en el estilo de vida. La viabilidad de tal instrumento metodológico pasa por un período de constatación en la práctica. Los resultados de este trabajo muestran la factibilidad del instrumento, a un año

de su puesta en práctica en el Policlínico Universitario "Tomás Romay" en el municipio de la Habana Vieja.

Otro de los trabajos que investiga el papel relevante del tema en salud es María Raquel Agost Felip et al. (2011) en el artículo "*Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud*" plantea que: La exclusión social se considera un determinante social estructural que determina desigualdades en salud. Esta se ha intentado vincular con problemas de salud específicos, por ejemplo con las enfermedades cardiovasculares, sobre las que se plantea la interrogante de si la exclusión social juega un papel determinante en la elevada incidencia de muerte súbita cardíaca en la era actual y si factores de índole políticos son de abordaje impostergable en virtud de lograr resultados favorables en la disminución de la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades; se apunta que los costos por concepto de atención médica de urgencia ante una dolencia cardíaca, y la toma de decisiones en relación con conductas de intervención, llevan aparejado la condición social de quien la sufre.

También se señala la exclusión social como un concepto útil para comprender las experiencias sociales de aquellos con problemas de salud mental y la necesidad urgente de un trabajo más conceptual y metodológico en este terreno.

Desde hace algunas décadas, la OMS y la OPS han trabajado la exclusión en salud en el terreno teórico, metodológico y estratégico. A los efectos se definió la exclusión en salud como "*la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan*". De este

enunciado se desprende que se trata de un fenómeno que involucra al sector de la salud y trasciende en él.

A partir de la definición, se señalaron las siguientes proposiciones: la exclusión en salud es una entidad distinguible y susceptible de caracterizar, es posible identificar indicadores para medirla, puede a su vez ser utilizada como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud, y los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de esta al interior de un sistema de salud.

La exclusión en salud puede aparecer ligada a la pobreza, la marginalidad, la discriminación racial y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales que incluyen el idioma, la informalidad en el empleo, el subempleo y el desempleo, el aislamiento geográfico, en especial ligado a la vida del campo y a sus labores; la falta de servicios básicos como electricidad, agua potable y saneamiento básico y un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios.

Una de las manifestaciones de la exclusión social, definida como la falta de acceso a los bienes, las oportunidades y las relaciones sociales disfrutadas por otros, es la falta de acceso a los servicios de salud, de este modo se podría considerar que la exclusión en salud es una expresión de la exclusión social, lo cual se refleja en la literatura en el tema que presenta casos de exclusión en salud como un ejemplo de exclusión social. Algunos incorporan el componente de salud dentro de su definición de exclusión social. Por ejemplo, para el Gobierno Inglés, exclusión social es lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como

desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebra en la estructura familiar.

Metodología

Esta investigación, se encuadro dentro de los estudios cualitativos, ya que se buscaba actuar sobre contextos reales y mediante los métodos seleccionados se pretende acceder a estructuras de significados propias de esos contextos, mediante la participación en los mismos (Vasilachis de Gialdino, 1993). En este caso indagar sobre las perspectivas de salud integral y calidad de vida de los habitantes del Barrio 25 de Mayo.

El presupuesto fundamental de las metodologías cualitativas es que el investigador social tiene que ser más fiel al fenómeno que se estudia que a un conjunto de principios metodológicos, y que: *Los fenómenos sociales son distintos a los naturales y no pueden ser comprendidos en términos de relaciones causales mediante la subsunción de los hechos sociales a leyes universales porque las acciones sociales están basadas e imbuidas de significados sociales: intenciones, actitudes y creencias* (Fielding, 1986: 57).

Teniendo en cuenta lo antes expuesto esta investigación se posiciono sobre el paradigma **interpretativo**, desde este enfoque el foco se ubica en el contexto del mundo de la vida, el método para conocer este mundo de vida, no puede ser la observación exterior de los fenómenos, sino la comprensión de las estructuras significativas por medio de la participación en ellas a fin de recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas (Vasilachis de Gialdino, 1993).

Desde este paradigma, y a partir de la inserción en el territorio se buscó abordar las visiones de las familias en el barrio 25 de Mayo respecto a su

perspectiva de salud y el sentido y significaciones que le otorgan a lo que es la calidad de vida en su entorno social.

Mediante los datos cualitativos el proceso de análisis de los mismos se realizara mediante la inducción analítica, busca comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual (cómo vive, se comporta y actúa la gente; qué piensa: cuáles son sus actitudes, etcétera). Los estudios cualitativos no pretenden generalizar de manera intrínseca los resultados a poblaciones más amplias, ni necesariamente obtener muestras representativas (bajo la ley de probabilidad); incluso, no buscan que sus estudios lleguen a replicarse. Asimismo, se fundamentan más en un proceso inductivo (exploran y describen, y luego generan perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general (Hernández Sampieri et al., 2006).

Para la recolección de datos se utilizó los propios a una investigación de tipo cualitativa (Yuni y Urbano, 2014), para ello se utilizó en el uso de técnicas como la revisión de fuentes que aporten información concreta antes de la inserción al campo. En primer término, sobre la organización institucional que permitirá diagramar las acciones y estrategias de inserción afines de aproximar sobre ejercicio profesional del trabajador social que se tenga en el registro documental en la institución.

En simultáneo se pretende aplicar la técnica de observación de tipo participante, la cual se considera como un acto intencional y consciente que implica total atención y predisposición investigativa (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). En concordancia con la propuesta se plantea realizar entrevistas que se construirán a partir inferencias que emerjan de las observaciones. Las entrevistas son las más utilizadas en disciplinas como las

ciencias sociales y la Educación para la Salud. Se realizaron entrevistas de tipo abiertas, porque a partir de ellas se aproxima los tópicos planteados en relación a los objetivos específicos.

Muestra

El universo se constituyó en el barrio 25 de mayo de la ciudad de Monterrico, donde se presentan diversas poblaciones dentro del mismo y en particular son aproximadamente 50 familias. Para la Muestra se tomó a la población denominada vecinos de este barrio. Según Hernández Sampieri (2014) la muestra “es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (p.175).

Parafraseando a Taylor y Bodgan (1992), se realizó un muestreo no probabilístico e intencional conveniencia fines de la investigación y el tamaño de la muestra se estableció por el criterio de saturación, cuando se presentó un patrón de recurrencia en la información obtenida se procedió a la salida del campo de investigación.

Siguiendo Hernández Sampieri (2014) “en una investigación cualitativa la muestra puede tener cierto tipo definido de unidades iniciales, pero conforme avanza el estudio se pueden agregar otros tipos de unidades y aun desechar las primeras” (p.385), lo que deja entrever, nuevamente, lo dinámico, propio del enfoque y el diseño.

La muestra a seleccionar se definió a partir de algunos criterios, que tienen que ver con aquellos jefes o jefas de hogar del mencionado barrio que lleven viviendo más de un año en el territorio.

Quedaron excluidos aquellos que residían de forma temporaria o lleven viviendo menos de un año en el barrio, por lo que la muestra estará compuesta por 10 familias que serán seleccionadas siguiendo un muestreo de tipo intencional.

Para la recolección de los datos se propone una entrevista en profundidad que se desarrollara en el mismo barrio y análisis de fuentes documentales. Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos, reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1992).

Para complementar la recolección de datos se realizara el análisis de fuentes documentales, es decir información previamente recolectada por terceros en el territorio, tales como datos de la última ronda sanitaria del Hospital de Monterrico y datos censales de la municipalidad de Monterrico.

Criterios de inclusión y exclusión

Se estableció como criterio de selección para la muestra a personas que vivían barrio al momento de realizar los estudios mayores de edad y que manifestaron su voluntad de participación. Y se excluyó aquellas personas que al momento del estudio residían en el barrio pero no tenían una residencia mayor a un año en el lugar.

Análisis de la información

Para el analizar los datos obtenidos del registro de las observaciones se partirá de los ejes tópicos propuestos como: 1) Conocimiento de calidad de vida; 2) Sentido de salud; 3) Significaciones de la calidad de vida; y otros que emerjan del registro de observación del trabajo de campo.

El análisis de las entrevistas se constituirán categorías emergentes en sintonía con los aportes que del registro de la observación y para dar paso a la construcción de categorías analíticas de tipo *Ah doc*.

Análisis de Categorías

Para la organización de la información obtenida en el trabajo de campo se establecieron categorías de análisis, y sus correspondientes sub categorías, constituidas de forma *ah doc*.

Categorías de Análisis

1. Conocimiento de la Calidad de vida
2. Sentido de Salud
3. Significaciones de la calidad de vida

Conocimientos de calidad de vida

La calidad es una dimensión tomada en lo general, investigaciones en ciencias sociales, como un elemento valorativo. Esto puede llevar a pensar al hablar de calidad en asociar de esta característica dejando de lado un aspecto que puede tomar el concepto de calidad en relación a lo subjetivo. En esta categoría sobre la calidad de vida se centró en como los vecinos del barrio 25 de mayo aproximan sobre su conocimiento de la calidad de vida.

En relación a lo mencionado los vecinos del barrio dijeron lo siguiente:

"Para mí, la calidad de vida tiene que ver con hacer deporte y estar con mi familia después del trabajo (...) Que no nos falte nada"

Relato de entrevistado 1

(...) que mi calle esté limpia, que el alumbrado funcione, que haya un centro de salud cerca. Sin eso no funciona"

Relato de entrevistado 3

"La calidad de vida es poder caminar tranquilo a cualquier hora en mi propio barrio. Es que mis hijos puedan jugar afuera. (...) Acceder a servicios básicos de forma sencilla, como un trámite normal y que el basurero pase, que funciona"

Relato de entrevistado 2

"Es la tranquilidad de saber que, si hay un problema en el barrio, con los vecinos y yo nos organicemos. Es ver calles limpias y seguras, que permitan salir a caminar tranquilo (...) calidad de vida es importantes como el salario. Busco un trabajo que me permita eso"

Relato de entrevistado 5

"Es poder ir a un centro de salud cercano y ser atendido rápido y con respeto. Son esas cosas pequeñas la basura, las calles bien. Un buen empleo, para mí que me dé estabilidad"

Relato de entrevistado 1

"Un lugar donde haya seguridad, limpieza y servicios que funcionen bien. Cuando la gente no tiene que gastar energía en preocuparse por lo básico"

Relato de entrevistado 4

Los entrevistados al ser consultado sobre su conocimiento de la calidad de vida señalaron una constitución en base a múltiples dimensiones, centrados en su tiempo donde transitan en su cotidiana de forma más amplia que es lo barrial.

La calidad de vida que asocian es en base a la actividad deportiva y el tiempo familia, y a su vez en relación a la satisfacción de carencias en lo familiar. Los servicios públicos en el barrio como la limpieza y alumbrado se resaltan en los discursos constituyéndolos como constructores de calidad.

Los vecinos también señalaron que la tranquilidad de transitar los espacios del barrio hace a la calidad de vida. La posibilidad del uso de los

espacios como los destinados al ocio, de forma libre para ellos y su familia generaría en una asociación a la calidad de vida.

Otro elemento que se resalta en la calidad de vida para los vecinos es la confianza con los vecinos y saber que cuentan con ellos para afrontar situaciones. La seguridad sobre el funcionamiento de las instituciones del barrio sobre la salud y seguridad son un binomio relacional presente en los discurso de los vecinos del barrio 25 de mayo en relaciona a esta temática.

Se menciona que cuando funcionan forma eficiente los servicios que se prestan en el barrio se presentan un menor gasto de energías lo cual alivia en lo mental y contribuye a la calidad de vida.

Los vecinos en sus discursos que sus conocimientos se basan en una asociación de elementos carentes o restringidos en su día a día en lo barrial. Es recurrente en el discurso señalar que su asociación de calidad de vida no se basan en indicadores abstractos, sino en la experiencia, donde el acceso los servicios públicos agua, luz, cloacas resaltando la conectividad entendiendo como un servicio con la misma valoración que los denominados básicos.

Así también la seguridad y la limpieza barrial se establece en sus discurso como indispensable para la su existencia y convivencia barrial. En relación directa que establecen los vecinos del barrio 25 de mayo se adscribe en las dimensiones como “la tranquilidad” y las relaciones los vínculos familiares y vecinales.

Al describir los relatos de los vecinos sobre la calidad de vida los mismos se vinculan con cuestiones materiales concretos pero señalan que los mismos se constituyen o logran a partir de la organización y vínculos de los sujetos en el espacio comunitario.

Esto mismo plantea Max Neff en Heler (2010) plantea satisfacción de la necesidades tiene un componente material recurrentemente pero es en el plano de lo social donde realmente es donde se construye ese satisfactor para las necesidades. Como señalan los vecinos en sus demandas para lo que ellos entienden que es la calidad de vida se presenta esta vinculación directa entre lo material y lo social pero marcan que en el vínculo de las relaciones sociales que establecen en el barrio 25 de mayo son allí donde realmente se genera la génesis para la satisfacción de sus necesidades hacen a su calidad de vida.

Sentido de Salud

El sentido es una categoría conceptual remite a lo que los sujetos expresan y otorgan a sus experiencias y conocimiento otorgándole de forma individual una carga para aproximar y comprender su realidad. La salud es una categoría que muta de grupo a grupo humano adscribiendo elementos que hacen a su singularidad en función de su contexto.

Desentrañar la génesis o arraigos que los grupos de personas poseen sobre lo que es la salud puede aproximar a lo comprender el porqué de sus estrategias para la misma.

En relación a esto los actores sociales del barrio 25 de mayo dijeron:

“Es estar bien con todo (...) con uno mismo, con la familia, los amigos. Porque si no estás bien con eso no está bien con nada”

Relato de entrevistado 5

“es un bienestar emocional y físico que salvaguarda la vida de las personas”

Relato de entrevistado 2

“Estar sano (...) salud es no estar en casa en cama enfermo y no tener que ir a puesto de salud a ver al médico”

Relato de entrevistado 3

“Es todo, si me llego a enfermar se complica todo en casa (...) es necesario está sano para poder hacer las cosas”

Relato de entrevistado 1

“Compartir un mate con la familia o amigos y salir a la calle tranquilos”

Relato de entrevistado 6

Los relatos de los vecinos la primera asociación sobre los que es la salud se posiciona sobre la ausencia de enfermedad. El estar sano resuena en los discursos tanto en lo emocional y lo físico, no tener que ir a los centros de salud y consultar al médico.

A su vez mencionan que no tener salud repercute en otros ámbitos de la vida, en particular en lo económico

Los relatos de los entrevistados reflejan diversas perspectivas sobre la salud que van más allá de la simple ausencia de enfermedad. La salud se

presenta como un concepto holístico y multifacético que incluye aspectos emocionales, físicos, sociales y familiares.

El entrevistado 5 resalta la importancia de estar "bien con todo", lo cual podría implicar que la salud no solo involucra el estado físico, sino también relaciones satisfactorias con uno mismo, la familia y amigos. Esto sugiere que el bienestar mental y emocional es fundamental para la salud en general desde su perceptiva.

El entrevistado 2 señala que la salud es como un bienestar que "salvaguarda la vida". Esto aproxima a pensar que la salud para ellos es un estado que permite a las personas vivir de manera plena y activa, y que su ausencia puede tener consecuencias graves.

El entrevistado 3 presenta una asociación la salud principalmente con la capacidad de no estar postrado en cama o necesitar atención médica, lo que enfatiza una visión más tradicional y física de la salud.

El entrevistado 1 subraya que la salud es fundamental para el funcionamiento diario de una persona y su entorno familiar. La incapacidad para mantener la salud puede complicar las dinámicas del hogar.

El entrevistado 6 conecta la salud con la interacción social, indicando que actividades simples como compartir un mate con seres queridos contribuyen al bienestar general. Esto resalta el valor de las relaciones personales y las experiencias compartidas en la percepción de la salud.

Las diferentes perspectivas que mencionan los entrevistados sugieren que la salud no puede entenderse únicamente como la ausencia de enfermedad, así mismo en los discursos se apunta a que un enfoque integral de la salud debería considerarse.

El enfoque integral de la salud debe incluir estos cuatro componentes (físico, emocional, social y espiritual) y facilitar la interacción entre ellos, reconociendo que la mejora en uno puede influir positivamente en los demás. Este enfoque puede llevarse a cabo a través de programas de salud pública que integren múltiples disciplinas, favorezcan la educación en salud y promuevan entornos saludables, además de facilitar el acceso a recursos que atiendan a estos diversos aspectos del bienestar, los cuales son la demandas que están presentes en los discursos de los vecinos del barrio 25 de mayo.

Significaciones de la calidad de vida

En términos más amplios, la calidad de vida puede ser un indicador del desarrollo social y económico de una sociedad, reflejando el bienestar general de sus habitantes que se utilizan en estudios de tipo cuantitativos, lo que aproxima a una realidad solo desde la materialidad.

Pensar en las significaciones de la calidad de vida puede aproximar a una realidad donde lo subjetivo nos arroje otra perspectiva, donde se aborde el contexto cultural, social y económico de cada individuo o comunidad. Para algunas personas, la calidad de vida, puede estar relacionada con el disfrute de momentos y la felicidad, mientras que para otras, puede enfocarse en la estabilidad y la seguridad.

En relación a los actores sociales mencionaron que:

"Aquí nos conocemos todos (...) La solidaridad entre vecinos es fundamental; cuando uno está mal, los vecinos te ayudan si pueden"

Relato de entrevistado 3

"La inseguridad es un problema (...) En el barrio, aunque haya problemas, la confianza entre vecinos hace que cuidemos nuestros espacios y entre nosotros"

Relato de entrevistado 8

"No tenemos parques ni áreas recreativas donde los chicos puedan jugar. Un espacio para esto podría cambiar mucho, a veces nuestro chicos viven encerrados"

Relato de entrevistado 2

"No tenemos un acceso fácil a la atención médica, muchas veces tenemos que esperar muchos días para una consulta."

Relato de entrevistado 4

"La salud mental es algo que no se habla, pero es crucial, muchos tiene esos problemas y no saben qué hacer"

Relato de entrevistado 5

"sentimos que no hay nadie que se preocupe por nosotros ni que represente nuestras necesidades, solo para las elecciones vienen"

Relato de entrevistado 9

Los relatos de los vecinos constituyen una colección de testimonios que reflejan sus experiencias cotidianas, interacciones y percepciones sobre la vida en su comunidad. A través de estos discursos, se vislumbran diversos aspectos de la convivencia, como la relación con el entorno, los problemas de seguridad, la disponibilidad de servicios básicos, y las iniciativas comunitarias que surgen para mejorar la calidad de vida, los cuales son los que resaltan en estos discursos.

En estos relatos, los vecinos comparten historias de solidaridad, donde los lazos vecinales se fortalecen ante situaciones difíciles, como emergencias o problemas sociales. También relatan experiencias que evidencian tensiones, como conflictos por la escasez de espacios públicos, la falta de mantenimiento de las infraestructuras, o las preocupaciones sobre la delincuencia. Cada testimonio aporta una perspectiva única, que permite entender la diversidad de opiniones y vivencias dentro de la comunidad.

El análisis de estos relatos revela varios elementos que son fundamentales para la construcción de la calidad de vida en la comunidad, se desglosan diversos aspectos. La calidad de vida en la comunidad está fuertemente influenciada por las relaciones interpersonales. Los relatos que destacan la colaboración y la comunicación entre vecinos evidencian un sentido de pertenencia y apoyo comunitario. Estas interacciones positivas contribuyen a crear un ambiente seguro y acogedor.

La percepción de seguridad es un factor crucial en la calidad de vida. Los relatos que mencionan la preocupación por la delincuencia o la violencia en la zona reflejan una negatividad en la calidad de vida. La confianza en la policía y

en las instituciones locales también juega un papel esencial, ya que una intervención efectiva puede mejorar la percepción de seguridad.

La disponibilidad y la calidad de los servicios públicos, como el agua, la luz, la recolección de basura y la sanidad, son elementos determinantes en la calidad de vida. Relatos que abordan la falta de acceso o el mal estado de estos servicios resaltan las carencias que afectan la vida diaria de los vecinos del barrio 25 de mayo.

Los relatos sobre el uso y el estado de los espacios públicos, como parques y plazas, evidencian su importancia para la calidad de vida. Espacios bien mantenidos fomentan la interacción social y ofrecen un lugar para el esparcimiento, mientras que su abandono puede llevar al aislamiento y a una menor cohesión social.

Las iniciativas de los vecinos para mejorar su entorno, como proyectos de limpieza o actividades sociales, muestran un compromiso con la comunidad. Donde la participación activa en la vida comunitaria no solo mejora el entorno físico, sino que también contribuye a crear un sentido de identidad y orgullo.

En si los relatos de los vecinos no solo narran sus experiencias individuales, sino que también construyen un panorama colectivo que ayuda a entender la calidad de vida en su comunidad. La interacción social, la seguridad, el acceso a servicios y la participación comunitaria son elementos claves que, interrelacionados, construyen la percepción del bienestar y la satisfacción de los vecinos en su entorno.

Discusión

La calidad de vida y conocimiento de la salud son conceptos que van más allá de la simple suma de factores materiales y servicios disponibles como se plasma en los discursos de los vecinos. En el contexto de la comunidad del barrio 25 de Mayo, se observa que estos elementos son percibidos y valorados de manera interrelacionada, creando un sentido de pertenencia y bienestar que emerge de las interacciones sociales y la cohesión comunitaria.

En lo que refiere al sentido y las significaciones de calidad de vida en los relatos de los vecinos se construye a través de experiencias personales y colectivas que trascienden los indicadores tradicionales. Así, el acceso a servicios públicos básicos como agua, luz y cloacas se considera esencial, pero no suficiente para determinar el bienestar total de los individuos. La inclusión de factores como la conectividad, seguridad y limpieza resalta una dimensión más amplia de la calidad de vida. Esto sugiere que los habitantes privilegian un enfoque más holístico, donde la calidad de vida se manifiesta a través de la percepción de seguridad en el entorno y la existencia de vínculos sociales positivos y de apoyo.

La percepción de salud en los vecinos del barrio 25 de Mayo se vinculan a un concepto integral que abarca tanto el bienestar físico como el emocional y social. La salud no se observa solo en términos de la ausencia de enfermedad, sino como un estado en el que el individuo puede relacionarse, interactuar y convivir en su entorno de forma efectiva. Los discursos reflejan la necesidad de un enfoque multidimensional que empodere a la comunidad, integrando conocimientos locales y experiencias vividas en programas de salud pública.

La intersección de estos dos conceptos resalta el papel que juegan los vínculos comunitarios y la organización social en la promoción del bienestar. El

sentido de "tranquilidad" y las relaciones familiares y vecinales son mencionados como pilares de la vida cotidiana, vinculándose explícitamente a la salud mental y emocional de los individuos. Lo que los vecinos valoran no solo son los servicios, sino también la calidad de las interacciones humanas, la cooperación y el acceso a una red de apoyo, lo que conforma un sentido de comunidad fuerte y resiliente.

Al considerar la calidad de vida y la percepción de salud como constructores de la representación social, se evidencia que estas dimensiones no son solo categorías abstractas, sino que están profundamente arraigadas en la vivencia cotidiana.

Las representaciones sociales en este contexto se configuran a partir de experiencias compartidas y significados construidos colectivamente. Esto sugiere que las políticas de salud y desarrollo comunitario deben tener en cuenta las particularidades locales, incorporando el conocimiento y la voz de los vecinos en su diseño y ejecución.

En el barrio 25 de Mayo revelan que estos conceptos son dinámicos y profundamente interdependientes. Para alcanzar un bienestar integral, es crucial fomentar entornos que no solo satisfagan las necesidades materiales, sino que también promuevan la conexión social, fortalezcan la organización comunitaria y dinamicen la participación ciudadana pensado desde la educación para la salud en la búsqueda de la promoción que reconozca y valore la diversidad de experiencias dentro de la comunidad, fortaleciendo así su tejido social.

Conclusiones

A partir de los objetivos específicos, se logró evidenciar que los conocimientos sobre calidad de vida emergen como una construcción de múltiples dimensiones, centrados en su cotidianidad del barrial. Estos conocimientos no se basan en indicadores abstractos, sino en la experiencia vivida, donde el acceso a los denominados servicios básicos (agua, luz, cloacas, transporte) y la seguridad y la limpieza barrial se configuran como la base material indispensable de la existencia. Sobre la misma, se adscribe un valor mayor a las dimensiones relacionales, como “la tranquilidad” y las relaciones los vínculos familiares y vecinales.

Sobre el sentido de salud integral, trasciende ampliamente el modelo biomédico. La salud que conciben se entiende como la capacidad funcional para desempeñarse en la vida diaria trabajar, cuidar de la familia, participar en la comunidad y como un estado de equilibrio o bienestar general que integra lo físico, lo emocional y lo social. Se manifiesta una conciencia clara de que este equilibrio es constantemente desafiado por las condiciones de su entorno, percibiendo que la singularidad de su espacio social vulnerable en los que refiere al desarrollo (estructural), lo cual genera un malestar crónico que es que se expresa de forma recurrente en sus discursos.

Las significaciones sobre calidad de vida que articulan estos conocimientos y sentidos revelan una tensión. Por un lado, se identifica una calidad de vida “negada” o vulnerada por la precariedad estructural y la percepción de abandono institucional estatal que se reflejan en sus discursos. Por otro lado, se evidencian rasgos que construyen una calidad de vida “resistente” y alternativa, posicionada en los recursos simbólicos y comunitarios como el apoyo mutuo, la solidaridad

y la pertenencia a redes que proveen identidad y sostén. Por lo tanto, la calidad de vida se significa no solo como un estado a alcanzar, sino como un proceso de reinterpretación y negociación constante con un entorno, que consideran, adverso.

Las representaciones sociales que emergen se configuran como un entramado donde salud y calidad de vida son categorías interdependientes y profundamente situadas. Ambas se definen en la intersección entre las carencias impuestas por la vulnerabilidad en la que consideran estar y la capacidad de agencia y resiliencia comunitaria. Los resultados destacan la necesidad de que las políticas públicas en salud y desarrollo urbano abandonen enfoques fragmentados y adopten una perspectiva integral y territorial. Esto implica diseñar intervenciones que, partiendo de estos saberes locales, actúen simultáneamente sobre los determinantes materiales de la salud y fortalezcan deliberadamente el capital social y los mecanismos comunitarios de cuidado identificados como pilares fundamentales del bienestar en este contexto. Solo desde un enfoque integral que valore y articule tanto las necesidades como las potencialidades comunitarias se podría avanzar hacia una verdadera promoción de la salud y una mejora sustantiva de la calidad de vida en este territorio y particularmente sobre las personas del barrio 25 de mayo.

En la búsqueda de un empoderamiento sostenible en el tiempo y con prácticas emancipatorias se propone realizar acciones que promuevan la calidad de vida y la salud integral de los habitantes del barrio 25 de mayo mediante un modelo de intervención comunitaria que integre acciones en el fortalecimiento de estilos vida, los lazos comunitarios y el acceso a derechos, desde una perspectiva participativa y de equidad.



LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

AUTOR: Donaire, Claudia Patricia

TITULO

**“Barrio 25 de Mayo: Voces unidas para nuestra Salud y Calidad de Vida,
un abordaje desde la Educación para la Salud”**

2026

Proyecto de Intervención

Fundamentación

Es importante en esta propuesta atender a la mirada de la calidad de vida por parte de los vecinos del barrio, si bien desde una perspectiva teórica desde las ciencias sociales la calidad de vida es entendida desde una perspectiva valorativa relacionada con la satisfacción de un abanico de necesidades, desde la Educación para la Salud es importante poder encontrar las representaciones que las personas tiene de ella y partir de ahí para intervenciones que buscan transformaciones desde las bases.

Entender que las intervenciones desde la Educación para la Salud, al igual que la Salud varían atendiendo a cada comunidad, grupo, sus circunstancias y características, hacen que se piensen en intervenciones situadas, con anclaje en sus necesidades percibidas y construidas en un contexto específico, que permitan partir de sus representaciones para lograr que las intervenciones se constituyan en transferencia de capacidades y que las mismas sean aprendizajes colectivos que perduren.

El presente proyecto de intervención se basa en la necesidad de poder fortalecer los procesos socio participativo y emancipatorios que se evidenciaron en el barrio 25 de Mayo de la localidad de monterrigo, tomando a la salud y la calidad de vida como ejes transversales.

Si bien las condiciones estructurales de un contexto precario por la carencia de infraestructura y provisión de servicios coadyuvan constantemente la mirada y el sentir de los habitantes del barrio, existen otras condiciones que potencian y sostienen a la comunidad, y que son la resiliencia, las competencias colectivas, aprehendidas y desarrolladas en esos contextos adversos.

Desde una mirada de la salud como proceso y construcción social, intersubjetiva y multideterminada, como producto y conjunto de prácticas validadas por la comunidad, es donde cobran relevancia la posibilidad de abrir espacios que validen consoliden una mirada compartida y construida de la salud como necesidad imperante para garantizar mejores condiciones de vida, prácticas saludables y calidad de vida que persistan en el tiempo.

De lo antes mencionado la Educación para la Salud como acción profesional se presenta como una alternativa viable para el trabajo con la comunidad, basado en sus incumbencias en tanto ejercicio profesional que busca: el acompañamiento al desarrollo de planes comunitarios, que promuevan la participación autogestionaria de los grupos en el planeamiento, ejecución y evaluación. Como así también promover acciones tendientes a preservar la salud de la población.

Entendida así la Educación para la Salud se convierte en una estrategia donde confluyen múltiples dimensiones a abordar con la comunidad, integrar las miradas, acercar posicionamientos e fortalecer la toma de decisiones en relación a la salud.

Como procesos claves para la intervención se presentan la intersectorialidad y el reconocimiento de los procesos socio participativos presentes en la comunidad a partir del proceso de investigación. Es decir recurrir al fortalecimiento no solo desde el entramado vecinal, sino además lograr el involucramiento de otros sectores necesarios para garantizar a mediano y largo plazo procesos que colaboren a la mejora de condiciones estructurales como lo son los sectores de salud, educación y gubernamentales.

Desde el abordaje de la educación para la salud es fundamental poder recurrir a los saberes y conocimientos presentes en la comunidad, para poner en tensión esos procesos que permitan desde la interdisciplinariedad construir nuevos espacios para el conocimiento, poder trascender los problemas presentes desde una mirada diversa, compleja y participativa.

Objetivo General:

- Facilitar procesos participativos con los vecinos del barrio 25 de Mayo de la localidad de Monterrico, que acompañen la toma de decisiones sobre su entorno, su salud desde una perspectiva colectiva para la promoción de una mejor calidad de vida.

Objetivos específicos:

1. Promover espacios de encuentro para la construcción de una mirada colectiva desde la promoción de la salud. (Talleres)
2. Propiciar encuentros para la promoción de entornos saludables desde una mirada integral.(ferias, Kermes)
3. Acompañar el desarrollo de instancias de intercambio intersectorial para la construcción de estrategias para la mejora de la calidad de vida.(mesas de trabajo con los sectores CIC, municipio, escuelas)

Metas:

1. Incremento en la participación activa de los habitantes en la toma de decisiones.

2. Habitantes más informados y capacitados para defender sus derechos y mejorar su calidad de vida.
3. Establecimiento de redes de apoyo efectivas que contribuyan a la resiliencia comunitaria y mejora en la calidad de vida.

Actividades:

1. Encuentros- Talleres con referentes vecinales y vecinos donde se abordaron temáticas tales como: Participación y salud, Determinantes y entornos saludables, toma de decisiones y resiliencia, y Diseño y ejecución de proyectos comunitarios.
2. Ferias y Encuentros de socialización en espacios públicos con la apertura en la participación a los diferentes sectores, salud, educación y municipio, para socializar propuestas y proyectos de mejora tomando como eje central la salud y la calidad de vida.
3. Conformación de mesa de gestión con representantes de los diferentes sectores de la comunidad del barrio, CIC, escuela, municipio, Iglesias evangélicas y referentes vecinales.

Recursos:

1. Materiales: Para el desarrollo del proyecto va a ser necesario poder contar con los espacios comunitarios donde se va a desarrollar las acciones, especialmente contar con los equipamientos colectivos: plazas, centros integrador comunitario (CIC).
2. Técnicos: Para el desarrollo del proyecto será necesario poder articular con los diferentes sectores de la comunidad, salud, educación, municipio e

instituciones comunitarias. Dentro de las cuales se encuentran presentes recursos técnicos con amplio conocimiento del territorio y de sus procesos.

3. Financieros: El proyecto será financiado con recursos provenientes de los diferentes sectores, cabe mencionar que al ser una actividad comunitaria, las actividades se financiarán desde un presupuesto participativo.

4. Humanos: El principal recurso es la comunidad y los referentes barriales para acompañar las acciones planteadas.

Institucionales: Centro vecinal, Iglesias evangélicas, escuela primaria N° 34 Pedro José portal, Centro Integrados Comunitario CIC.

Evaluación

Se pretende realizar una evaluación de proceso en donde se implementan evaluaciones periódicas para medir el impacto de las actividades y ajustar las estrategias según sea necesario.

Antes de comenzar con los talleres y actividades, se realizará una evaluación inicial para establecer una línea de base sobre las habilidades de resiliencia, la gestión del estrés y el bienestar emocional de los estudiantes. Esta evaluación incluirá encuestas y cuestionarios que serán distribuidos a los estudiantes para evaluar su nivel de resiliencia, sus técnicas de manejo del estrés, y su percepción del bienestar emocional. Así mismo se realizarán entrevistas individuales con una muestra representativa de estudiantes para obtener una comprensión más profunda de sus experiencias y desafíos personales.

Durante el desarrollo de los talleres se realizará una evaluación continua, después de cada actividad plantada en los talleres, se solicitará a los estudiantes que completen encuestas breves para evaluar su satisfacción, los conocimientos adquiridos y la utilidad percibida de la actividad.

Así mismo se pretende realizar observaciones que estarán a cargo de los facilitadores de los talleres, ellos se encargarán de medir la participación y el compromiso de los estudiantes durante las actividades, tomando notas sobre el comportamiento, la interacción y la aplicación de las técnicas aprendidas.

Por último se organizarán grupos focales periódicos donde los estudiantes podrán discutir sus experiencias, compartir sus opiniones y sugerir mejoras para futuras actividades.

Bibliografía

- Abed, L. C. (1993). El proceso salud enfermedad: alcances y limitaciones del modelo biológico. *La enfermedad en la historia. Tesis de Doctorad. Universidad Nacional de Córdoba Pág*, 125-140.
- Agost Felip, M. R., & Martín Alfonso, L. (2012). Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de salud pública*, 38, 126-140.
- Ardila, R (2003) Calidad de vida: una definición integradora, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Corona Vasrgas, E y Ortiz Mtz, G. (Comps.). (2003). *¡Hablemos de educación y salud sexual! : manual para profesionales de la educación*. Asociación Mexicana de Salud Sexual (AMSSAC) ; UNFPA.
- Fernández, R. M., Thielmann, K., & Bormey Quiñones, M. B. (2012). Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista cubana de salud pública*, 38(3), 484-490.
- Fielding, N. G.; Fielding, J.L. (1986). *Linking data*, Sage Publications, Beverly Hills.
- Galende, E. (2004). Subjetividad y resiliencia: del azar y la complejidad. In *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida* (pp. 23-63).
- Heler, M., Casas, J. M., & Gallego, F. M. (2010). Lógicas de las necesidades: la categoría de "necesidades" en las investigaciones e intervenciones sociales.

- Hermann von Helmholtz (1886) On the Physical Significance of the Principle of Least Action,” *Crelle’s Journal für die reine und angewandte Mathematik*, Vol. 100.
- Hernández Sampieri, R. (2014) *Metodología de la Investigación*. (6ta edición). [Archivo PDF]. Editorial McGraw-Hill.
<https://www.uncuyo.edu.ar/ices/upload/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Hernández Sampieri, R. H. y Mendoza Torres C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Kroeger, A. (1992). Y LUNA R. *Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. Segunda Edición. Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman, SA México*.
- Lucero, P., Mikkelsen, C., Sabuda, F., Ares, S., AvENI, S., & ONDARTz, A. (2007). Calidad de vida y espacio: una mirada geográfica desde el territorio local. *Hologramática*, 7(4), 99-125.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Programa Médicos Comunitarios. Módulo 1: Salud Familiar y Comunitaria*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Rose, N. (2007). ¿ La muerte de lo social?: Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista argentina de sociología*, 5(8), 113-152.
- Spinelli, H, Alazraqui, M. y , Mota, E. (2007). El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 321-330.
- Spink, M. J. P. (1993). The concept of social representations in social psychology. *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 300-308.
- Taylor, J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós
- Vasilachis, I. (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa, S.A. Barcelona.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2014) *Técnicas para investigar: recursos Metodológicos para la preparación de proyectos de Investigación*. (1ª ed., Vol.2). Editorial Brujas, Córdoba. <https://abacoenred.com/wp->

<content/uploads/2016/01/Técnicas-para-investigar-2-Brujas-2014-pdf.pdf>.