

ESTA INFORMACIÓN SOBRE LA RESIDENCIA EN PSICOLOGIA COMUNITARIA EN LA PROVINCIA DE SALTA (REPÚBLICA ARGENTINA), NOS HA PARECIDO DE GRAN INTERÉS, MOTIVO POR EL CUAL HEMOS DECIDIDO SOCIALIZAR LA INFORMACIÓN PARA QUIEN LE INTERESE. REPRODUCIMOS A CONTINUACIÓN LA INFORMACIÓN QUE NOS ENVIARON

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

PROVINCIA DE SALTA

PROGRAMA

RESIDENCIA PSICOLOGIA COMUNITARIA

EQUIPO DOCENTE

INSTRUCTORA

LIC. PAULA ULIVARRI

JEFE DE RESIDENTES

LIC. VIRGINIA JAIME

SUPERVISION DOCENTE

AREA CLINICA

Supervisión de adultos: Lic. Richard Maciel Cornejo. Hospital San Bernardo

Supervisión de niños: Lic. César Montellano. Centro de salud N° 54

Supervisión de familia: Lic. Gladis Betancur. Centro de Salud N° 9

AREA INSTITUCIONAL/ COMUNITARIA (AD HONOREM)

Supervisión Primer Año: Lic Anabel Sanchez.

Supervisión Segundo Año: Lic. Ivón Martinich

Supervisión Tercer Año: Lic. Verónica Cuevas

Asesora Docente : Lic. Alicia Torres. Centro de Salud R. Romero

FUNDAMENTACIÓN

Uno de los principales objetivos de la reforma que se está imponiendo en el Plan Federal de Salud es construir un sistema de salud más justo, que iguale las oportunidades de acceso a toda la población y que tienda a equilibrar las grandes diferencias sociales que se observan en estos momentos.

El propósito es implementar un nuevo modelo sanitario basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, creando y fortaleciendo las redes de Atención y rejerarquizando el rol de Primer Nivel. En Salta, en este sentido, somos pioneros y nos encontramos un paso adelante que la mayoría de las Provincias del País. Y esto es reconocido a nivel nacional permanentemente, lo que nos impulsa a continuar con nuestra tarea y mejorarla con el trabajo concreto.

Consolidar un modelo de Atención que priorice las actividades de Prevención y Promoción de la Salud con participación de la comunidad a fin de promover un compromiso intersectorial para la resolución de los problemas sanitarios del lugar es una meta que resulta ineludible y esencial en Primer Nivel de Atención.

Esto se logra a través de la orientación y el fortalecimiento de la formación en APS y en Salud Social y Comunitaria; ampliando la cobertura de la Atención, en este caso, de Salud Mental con una mirada en la salud global de la población; fortaleciendo la búsqueda activa de las familias más vulnerables o en situaciones de riesgo socio-sanitario; reforzando las actividades de prevención y promoción de la salud como así también el trabajo extramuros con la comunidad, entre otras tareas.

Esto sólo es posible en un ámbito que trabaje con un equipo de salud consolidado desde una perspectiva interdisciplinaria y comunitaria. La Residencia en Psicología Comunitaria apunta a acompañar a los equipos de salud de los Centros de Salud de Primer Nivel de Atención en su labor cotidiana, fortaleciendo su formación y creando un espacio donde APS sea más que una promesa.

Como parte del Programa, los residentes se incorporan a los equipos de salud de los Centros de Salud y desarrollan actividades de reconocimiento, prevención y promoción de la salud con la participación activa de la comunidad; seguimiento y búsqueda activa de promotores de salud como también tareas asistenciales de su especialidad.

Sabemos que este es el mejor espacio que tenemos desde el sector salud para disminuir las inequidades que sufre la población y para esto es importante formar un recurso humano que se adecue a las problemáticas presentadas, con una orientación que implique e incorpore la estrategia de APS, que aporte su formación, su mística y su compromiso.

El actual panorama social y económico de crisis obliga a prestar particular atención a los sectores más desprotegidos, marginales y excluidos por el sistema de producción. Estos sectores, privados en su acceso a dicho sistema, presentan un verdadero desafío en sus formas de manifestar el malestar, siempre en el límite de lo que puede clasificarse como síntoma social.

En este marco, el esfuerzo de cada profesional debe dirigirse a desarrollar intervenciones adecuadas a su pertinencia disciplinar, sin perder de vista las problemáticas actuales en salud en general de la población de la Provincia.

La Residencia en Psicología Comunitaria, inserta en el Primer Nivel de Atención, es el ámbito adecuado para formar nuevos profesionales en esta orientación.

PLAN DE TRABAJO

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Procurar a profesionales psicólogos una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud en general y Salud Mental en particular de la población de referencia del sistema de salud de la Provincia de Salta.

Objetivos Específicos

Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en los distintos ámbitos: Consultorios externos, Urgencias, Interconsulta y Salud Mental Institucional y Comunitaria.

Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.

Incentivar la inserción en áreas de interés propio y la definición de su orientación teórica - clínica profesional.

Desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y con otras Residencias.

Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas en salud mental.

Programar y desarrollar actividades interdisciplinarias, formando equipo de salud capaces de modificar situaciones de riesgo.

Realizar proyectos que logren un mayor impacto de los programas existentes en los Centros de Salud al que son destinados.

Fomentar modelos de integración entre los Residentes de Salud Mental y los de las restantes Residencias de salud.

Estimular la producción científica y la investigación en salud mental.

Identificar las necesidades y recursos en Salud Mental en el contexto de la organización sanitaria nacional.

PERFIL PROFESIONAL

Se espera que los profesionales psicólogos egresados del sistema de Residencia en Psicología Comunitaria hayan recibido una formación de post grado científico-académica y teórico-práctica asistencial tanto disciplinaria como interdisciplinaria, orientada a la comprensión y resolución de los problemas actuales de la salud mental de la población (incluyendo aquellas patologías detectadas como prevalentes en la comunidad donde ejerce su práctica profesional); con capacidad para intervenir en los tres niveles de Atención, desarrollando actividades de investigación, promoción y asistencia en el marco de la Estrategia de APS.

METODOLOGIA

El sistema de Residencias se concibe como una Red de Capacitación en Servicio que aprovecha la magnitud y diversidad de ámbitos y estrategias presentes en el sistema sanitario donde se desarrolle.

El concepto de "Red" relativiza a los distintos servicios y otros ámbitos asistenciales como unidades autosuficientes de formación, transformándolos en recursos complementarios.

En esta modalidad, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia: Jefes de servicios; Coordinadores de Programa y de rotaciones, Jefes e Instructores de Residentes, Docentes y Supervisores para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

La práctica profesional e institucional que ofrece la Residencia en Psicología Comunitaria en particular, viene demostrando año tras año la eficacia de las prácticas interdisciplinarias y extramurales, respetando tanto perspectivas comunes como especificidades.

Este programa se desarrolla por un lado, bajo la premisa del respeto y sobre todo el aprovechamiento de la potencialidad de las diferencias y especificidades disciplinarias y por otro lado, la integración en el trabajo común y compartido en la atención de la salud en general de la población.

El foco de detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia continua no sólo comprende a un sujeto y su familia sino también a la comunidad en su totalidad.

El cuidado de la Salud Mental de la comunidad requiere un relevamiento previo de su situación de salud en general. Este proceso permite conducir racionalmente la intervención que se considere más adecuada para mejorar el estado de salud de la comunidad en cuestión. Es por esto que es de suma importancia un diagnóstico inicial de la situación institucional y comunitaria del lugar en el que se inserte el residente.

Una vez detectadas las problemáticas, recién se puede pensar en un trabajo de investigación serio que posibilite realizar cambios significativos en la situación de salud de la población.

El trabajo que se realiza en el último año de la residencia tiene como base este primer tiempo de análisis y comprensión.

Las intervenciones comunitarias requieren de acciones sostenidas y sistemáticas, no es posible desarrollar un plan de trabajo que busque generar cambios significativos en un período menor al contemplado por esta Residencia. Es por eso que se justifica designar un área de trabajo en el cual el residente pueda desarrollar sus actividades durante toda su residencia.

Esto le permite conocer, vivenciar, programar e implementar proyectos de investigación acordes y según las necesidades reales de la comunidad en cuestión, trabajando con un mismo equipo de salud y con instituciones del medio.

El profesional residente, durante sus tres años de formación, debe realizar sus actividades programadas en los diferentes niveles de atención ofrecidos por el sistema de salud de la Provincia.

ROTACION POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Expectativas de logro

Al concluir el período de formación correspondiente al Primer Nivel de Atención, del sistema de salud de la Provincia, el residente estará capacitado para:

- Delimitar el lugar del psicólogo en el equipo de salud.
- Participar activamente en las reuniones del equipo de salud y ateneos interdisciplinarios.
 - Elaborar diagnósticos comunitarios, respecto a las problemáticas prevalentes en el campo de la Salud Mental en el contexto donde realiza su práctica profesional.
 - Efectuar análisis y diagnóstico institucional del Centro de Salud correspondiente.
 - Diseñar e implementar estrategias de prevención y promoción de la salud.
 - Efectuar evaluaciones de casos, intervenciones diagnósticas, terapéuticas y eventuales derivaciones.

- Atender al paciente en crisis y evaluar estrategias conjuntas con el equipo de salud.
- Resolver la interconsulta en el marco del equipo de salud.
- Desarrollar actividades de investigación vinculadas con la Salud Mental.

ROTACION POR EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION

Expectativas de logro

Al concluir con su formación en estos niveles, el residente será capaz de

- Delimitar el lugar del profesional psicólogo en el equipo de salud y en el Servicio de Salud Mental en el ámbito del Hospital Público.
- Evaluar casos, intervenciones diagnósticas, terapéuticas y derivaciones, según la modalidad del Servicio.
- Atender el paciente en crisis y evaluar las estrategias conjuntas del Servicio.
- Resolver la interconsulta con los diferentes Servicios de un Hospital Público.
- Realizar psicodiagnósticos e informes.
- Delimitar la función del psicólogo en una Guardia de un Hospital Público.

AREAS DE FORMACIÓN ACADEMICA

La formación, a lo largo de los tres años de residencia, contempla las siguientes áreas:

PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

Análisis de las estructuras y funcionamiento de las instituciones, como punto de partida para la conformación de redes sociales.

OBJETIVOS

Adquirir y profundizar los conocimientos académicos que fundamentan las intervenciones institucionales.

Incorporar conocimientos de los hechos o sucesos desde una perspectiva institucional

Conocer la estructura y el funcionamiento de una Institución

Reconocer la relación entre institución y comunidad

Identificar formaciones intrínsecas y extrínsecas de las instituciones

Delimitar la imagen de la institución en la comunidad y viceversa

Formar redes institucionales

CONTENIDOS ACADEMICOS Y DE FORMACION

Institución. Conceptos. Constitución.

Análisis Institucional. Instituciones comunitarias: redes formales e informales.

Estrategias de animación institucional

Clasificación de las instituciones

Funciones de las instituciones para la comunidad.

Poder e instituciones

Elementos para un diagnóstico institucional

Intervención institucional: objetivo y pertinencia

El Centro de Salud como institución. Historia. Estructura. Funciones

Relación del Centro de Salud con otras instituciones del medio.

MODALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN

Junto con el Diagnóstico de situación, la primera tarea una vez inserto en el Centro de Salud, es el análisis de la institución. El mismo se lleva a cabo con una metodología participativa, a través de la observación, entrevistas, encuestas, conocimiento y análisis de historias clínicas, etc.

Este análisis institucional servirá para insertarse de manera sólida y segura al lugar donde desarrollará sus actividades a lo largo de su residencia; al mismo tiempo que le permitirá conocer al equipo de salud, los programas que se desarrollan, así como sus fortalezas y debilidades, sus recursos, en fin, lo necesario para cumplimentar con los objetivos propuestos.

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Conocimiento de las comunidades, sus acciones de salud y enfermedad y recursos con los que cuenta, aplicando esto a la resolución de distintos problemas en situaciones sociales reales.

OBJETIVOS

Realizar un diagnóstico de situación del área de responsabilidad del Centro de Salud al cual se destine.

Realizar un diagnóstico institucional del centro de salud al que se incorpora.

Abordar los problemas de Salud Mental de la población interviniendo desde los niveles institucional y comunitario de la población

Participar en distintas instancias de desarrollo de programas de Atención Primaria de la Salud y Salud Comunitaria.

Analizar sistemáticamente los conceptos y desarrollos teóricos principales respecto del Primer Nivel de Complejidad, la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, la Salud Comunitaria y, especialmente la Salud Mental Comunitaria.

Desarrollar la perspectiva de la Salud Mental a partir de la inclusión en equipos de trabajo con otras profesiones y con la comunidad.

Entrenar en estrategias de conducción de grupos de trabajo, talleres con organizaciones de la comunidad o con la población.

CONTENIDOS ACADEMICOS Y DE FORMACION

El sistema de salud. Organización y gestión. Modelos de atención. La estrategia de APS.

Análisis de las principales características del contexto actual socio sanitario y cultural en el que interviene el residente.

Investigación en Salud Mental.

Funcionamiento grupal con la comunidad y con otros profesionales.

Problemáticas actuales prevalentes de Salud Mental Comunitaria.

Estrategias de trabajo comunitario.

Epidemiología

Dinámica de grupos. Técnicas participativas

Planificación estratégica

Evaluación de programas. Evaluación de procesos - resultados e impacto.

ESTRATEGIAS PARTICULARES

Además de las actividades generales de la residencia se asegura la participación de los residentes en Programas en desarrollo que garanticen espacios de formación y supervisión y diversidad de experiencias grupales con la comunidad y/u otras instituciones.

MODALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN

Incorporación al Centro de Salud en el que realizará su práctica los tres años de residencia.

Reconocimiento y adaptación a la comunidad, a través de salidas a terreno.

Programación de un trabajo de investigación incorporándose a uno de los Programas existentes en el Centro de Salud.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

La asistencia individual permite tener en cuenta la singularidad del sujeto y arribar a un diagnóstico epidemiológico. Es el pilar de la práctica en Salud Mental: la concepción de la constitución subjetiva determina la mirada, el recorte de la realidad y la posición desde donde opera el profesional asistente.

Su objetivo es formar para la intervención profesional adecuada frente al paciente ambulatorio a partir de la experiencia responsable y la reflexión crítica.

Se realizan en el marco de una asistencia supervisada y de organización, de manera tal que permita la inclusión gradual del residente en las diferentes actividades programadas: admisión, asistencia, guardia, interconsultas y trabajo comunitario.

Los residentes están a cargo de la atención de pacientes de la zona de responsabilidad del Centro de Salud designado. Al mismo tiempo, la residencia cuenta con supervisores externos, los cuales son responsables tanto del marco teórico como el seguimiento de los casos clínicos.

OBJETIVOS

Conocer y aplicar los criterios de admisión y funcionamiento del servicio de Salud Mental de un Hospital Público.

Realizar entrevistas de admisión.

Establecer motivos de consulta.

Realizar diagnóstico presuntivo psicopatológico.

Realizar diagnóstico diferencial de patología orgánica.

Seleccionar estrategias terapéuticas e implementarlas.

Decidir derivaciones y /o interconsultas.

Confeccionar historias clínicas.

Conducir tratamientos

Realizar diagnósticos diferenciales

Diseñar estrategias terapéuticas

Reconocer los efectos de las propias intervenciones

Conocer los aspectos legales y administrativos vinculados a la práctica según los criterios institucionales.

Evaluar la eficacia de las estrategias clínicas implementadas

Operar en situaciones de crisis en el curso de las entrevistas de admisión o en el tratamiento propiamente dicho

Diagnosticar situaciones de crisis

Dirigir una entrevista con el familiar del paciente

Ubicar la enfermedad actual y antecedentes personales

Conocer y aplicar criterios de internación de la institución

Hacer uso de la Red de Salud Mental y /o lugares de Derivación

CONTENIDOS ACADEMICOS Y DE FORMACION

Concepto de sujeto.

La demanda y sus modalidades

Concepto de síntoma

Formas clínicas.

Elementos para la clínica con niños y adolescentes.

Elementos para la clínica con adultos

Estrategias de abordaje

Estrategias de intervención sobre patologías prevalentes detectadas en la comunidad.

Teoría de grupos

MODALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN

Se realiza una formación teórica-práctica en clínica, que le brinda las herramientas para el manejo de entrevistas, diagnóstico presuntivo y estrategias terapéuticas. La misma está supervisada por profesionales externos a la residencia.

En el Centro de Salud destinado para tal fin, realiza la práctica una vez que haya finalizado el diagnóstico institucional.

Es la investigación el eje rector de estas tres áreas, indagando sobre la práctica, interrogando los modos de abordar la realidad y actuando como formadora de una conciencia crítica.

GUARDIA HOSPITALARIA

Por otro lado, el nexo entre Primer Nivel de Atención y el sistema de salud también está dado por las guardias que se llevan a cabo en el Hospital de niños y San Bernardo.

El trabajo de un psicólogo en una guardia hospitalaria fue ganando su importancia a medida que se hacía presencia en las mismas.

Una clínica de la urgencia es la que se ocupa de hacer frente a las consecuencias de un momento significativo en la vida de una persona, situación crítica que se presenta con fenómenos de desesperación, angustia o agitación donde el sujeto se ve desbordado en su cuerpo y en su pensamiento.

En estos momentos, de crisis social, se presentan problemáticas de características que rebasan la causa orgánica y que el médico de guardia muchas veces no puede hacer frente de manera individual. Hoy, más que nunca, resulta imprescindible la presencia de un profesional psicólogo en estos espacios donde la angustia se viste de formas diferentes; siendo un lugar de aprovechamiento imposible de obviar y una oportunidad de espacios diferentes para el paciente y su familia (alcoholismo, intentos de suicidios, crisis, etc.), que brindará la posibilidad de crear redes de contención y derivaciones pertinentes.

Es imprescindible anudar este trabajo en las guardias de los hospitales con los servicios de psicología respectivos. Los ateneos, las supervisiones de casos y las derivaciones posteriores desde la guardia son más efectivas si se coordinan las acciones entre el Servicio y los profesionales que trabajan en la emergencia.

OBJETIVOS

Diagnosticar y resolver situaciones de urgencia.

Conocer el funcionamiento de la guardia de un Hospital Público.

Identificar los factores de riesgo que hacen de la consulta una urgencia.

Conocer las normas de seguridad para el equipo de salud.

Realizar diagnóstico diferencial entre patología psicológica y enfermedades médicas que cursan con síntomas psicológicos.

Realizar hipótesis de diagnóstico.

Realizar diagnóstico de situación.

Utilizar adecuadamente los recursos de la red de salud mental del sistema de salud.

Implementar la estrategia adecuada para resolver la urgencia.

Justificar el criterio adoptado para la estrategia implementada.

Conocer los aspectos administrativos de la internación de pacientes.

Considerar las implicancias jurídico-legales del trabajo en guardia.

Realizar un correcto abordaje familiar en crisis.

Confeccionar historia clínica.

CONTENIDOS ACADEMICOS Y DE FORMACION

Urgencia psiquiátrica/ psicopatológica

Modalidades de urgencia en diferentes grupos etareos: gerontes, adultos, adolescentes y niños.

Diferentes dispositivos de guardia: hospital general; pediátrico; monovalente.

Funcionamiento de guardia

Factores de riesgo

Normas de seguridad para el equipo de salud

Diagnóstico y diagnóstico diferencial en Salud Mental.

Diagnóstico de situación.

Red de Salud Mental.

Alternativas de resolución de una urgencia.

Criterios de internación en salud mental.

Aspectos jurídico-legales del trabajo en guardia.

Abordaje familiar en crisis

Historia Clínica

CARGA HORARIA MÍNIMA

1 año , una vez por semana, 12 hs.

ROTACIÓN RURAL Y ROTACION LIBRE

Otro punto importante en la metodología de trabajo son las rotaciones, ya que son esenciales para la formación y capacitación de los profesionales residentes.

Se entiende por Rotaciones a las pasantías que se realicen por áreas del Sistema de Salud de la Provincia o por áreas o instituciones que estén fuera del ámbito de salud. Están directamente relacionadas con los ejes de este programa.

Estas rotaciones, que se realizan en el último año de residencia, son obligatorias, sin embargo, ya definidas las orientaciones y expectativas de cada uno de los residentes, podrán elegir su lugar de realización, en base a las opciones con posibilidades de cumplimentarse.

OBJETIVOS

Incluirse en diferentes ámbitos y / o áreas de inserción profesional , tanto en el ámbito provincial como nacional.

Transferir a la residencia su experiencia de formación.

MODALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN

4 meses a tiempo completo u 8 meses a tiempo parcial.

En el segundo año, se realiza una rotación rural, la cual se desarrolla en una localidad de la Provincia durante dos semanas, durante las cuales el objetivo es reconocer el trabajo rural y las actividades posibles en un ámbito desfavorable. El programa de dicha rotación se determina junto con el Gerente del Hospital destinado y el supervisor docente de esa institución.

FUNCIONES DE DOCENCIA Y SUPERVISIÓN

Las actividades docentes tienen por objetivo desarrollar los contenidos programáticos previstos para la disciplina, integrar los conocimientos teóricos con los prácticos, promover la reflexión crítica respecto de la práctica profesional, los fundamentos que la sustentan y desarrollar conocimientos a partir del trabajo concreto.

Se debe entender la supervisión del instructor de una residencia profesional como un acompañamiento; estimulando y facilitando el análisis crítico y fomentando la investigación.

La conducción, entendida así, respeta las motivaciones e iniciativas de cada uno de ellos, estimulando y orientando, asumiendo una participación constante y una presencia permanente.

La responsabilidad de crear condiciones favorables para el aprendizaje, estimula al docente a cargo a crear un ámbito participativo, de trabajo y catalizador.

Se propicia, para esto, los medios necesarios a través de diferentes recursos: Seminarios, Talleres, Cursos de capacitación, Ateneos semanales, Lecturas bibliográficas, registro de campo, Análisis de casos clínicos, Reconocimiento de Historias clínicas, Supervisiones internas y externas, evaluación permanente.

Sobre los siguientes ejes temáticos se realizan actividades sistemáticas obligatorias de formación con distintas modalidades de implementación: invitación de expertos, cursos, talleres, estudio de casos, clases teóricas, etc.

CONTENIDOS CENTRALES

Clínica individual, familiar y grupal

Estructuras o configuraciones clínicas

Semiología

Urgencias

Psicodiagnóstico

Interconsulta

Salud mental comunitaria

Análisis institucional y grupal

ACTIVIDAD ACADÉMICA

La actividad académica de la Residencia (**Actividades de formación básica y desarrollo de los contenidos centrales**) es de suma importancia para su capacitación. La protección de estos espacios es esencial para la adecuada formación de graduados recientes.

Las actividades académicas podrán ser centralizadas (un curso para todos los residentes) o descentralizadas (por año).

En el segundo caso, se procura el mayor agrupamiento posible en pos de garantizar de manera eficiente la participación de los profesionales más destacados en la función docente.

Por otra parte, se plantea la necesidad de que los contenidos y abordajes presentados en los espacios de formación garanticen la presencia de pluralidad teórica teniendo en cuenta las escuelas de mayor vigencia en la actualidad en la comunidad profesional y en el sistema de salud.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación en servicio. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua.

La evaluación puede estar dirigida hacia distintos elementos o aspectos del sistema, así como al sistema mismo.

De los posibles objetos a evaluar se prioriza: **La evaluación del desempeño de los Residentes y la evaluación general del desarrollo de cada rotación por el residente.**

A.- EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de un sujeto para realizar una práctica profesional. Esto incluye los modos de organización, retención y uso de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para esa práctica.

Esta modalidad de evaluación se basa en la observación de la práctica profesional directa o a través de distintos indicadores.

Hay una evaluación bimestral, interna, con el fin de medir el desempeño de los profesionales para, de esa manera, trabajar con las dificultades que se presenten en el desarrollo de sus actividades.

La evaluación semestral sirve para medir el desempeño en el área clínica y comunitaria, a través de un informe presentado en forma oral y escrita, con la presencia de los Jefes de los Centros de salud respectivos y supervisores de Primer Nivel de Atención.

La evaluación integradora será la evaluación final de cada año, en la que se volcará todo lo realizado durante el mismo.

Con respecto a la frecuencia, tanto en las rotaciones anuales como en las de menor duración, hay una instancia de evaluación formativa o de proceso al promediar la rotación y otra sumativa o de producto al finalizarla.

Autoevaluación del residente.

En todas las instancias de evaluación, se realiza una entrevista de devolución de resultados y sugerencias al Residente, oportunidad en la que el mismo firmará la aceptación y conocimiento de su evaluación.

B.- EVALUACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA RESIDENCIA

Esta es una oportunidad para relevar información acerca de la percepción del residente acerca de la capacitación obtenida, quien la completará al finalizar la rotación y se adjunta a su evaluación del desempeño en esa misma rotación.

Los profesionales responsables de la formación en cada rotación deben conocer el Programa docente con los objetivos de aprendizaje, los instrumentos de evaluación y el instrumento con que se evaluará esa experiencia de formación.

ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

Este programa establece una serie de criterios para seleccionar y priorizar actividades, que deberán adecuarse a las siguientes finalidades:

- Asegurar una fuerte formación práctica
- Promover la integración con los equipos de planta
- Estimular la integración Asistencia - Docencia - Investigación.
- Integrar la formación teórica con la práctica
- Fomentar la interdisciplina
- Estructurar sistemas de supervisión decreciente de la tarea
- Fomentar el compromiso del Residente superior con el aprendizaje de los Residentes de años inferiores

Si bien en cada año de residencia se propondrá un proyecto anual que planteará la modalidad en que este programa macro se implementará en cada lugar, teniendo en cuenta las posibilidades y características propias de cada servicio, la Residencia tiene:

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN BÁSICAS

- Docencia
- Ateneos de la Residencia ,del Servicio y /o del hospital(*)
- Grupos de reflexión y discusión
- Cursos y talleres
- Supervisiones

(*)Ateneos

El Ateneo es una actividad central. Los Residentes deberán participar activamente en los Ateneos de la Residencia, y en los del Servicio o los generales del hospital, según corresponda a la rotaciones que esté desarrollando.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PRIMER AÑO

Incorporación al Centro de Salud destinado a realizar su práctica

Diagnóstico de situación. Comunitario e Institucional

Realización de un trabajo interdisciplinario de investigación en un Programa que se encuentre en funcionamiento en el Centro de salud.

Asistencia psicológica

Incorporación al Servicio de guardia de Hospitales de II Nivel de Atención.

Devolución al equipo de salud y a la comunidad con la que se trabajó sobre lo realizado durante el año.

EVALUACIÓN

Área clínica: informe rotación por Servicios de Salud Mental de los Hospitales destinados para tal fin y supervisión de casos clínicos.

Servicio de guardia: informe sobre la rotación

Área comunitaria: informe diagnóstico de situación e institucional.

SEGUNDO AÑO

Análisis e investigación de la realidad de la comunidad de la zona de responsabilidad del Centro de salud. Utilización de criterios epidemiológicos.

Asistencia psicológica.

Guardia en los Centros de Salud correspondientes.

Introducción al trabajo interdisciplinario e intersectorial: proyecto comunitario

Formación de referentes comunitarios

Rotaciones por Hospitales e Instituciones de la Provincia. Con el objetivo de conocer realidades y problemáticas de las diferentes regiones de la provincia y las estrategias implementadas.

Devolución al equipo de salud y a la comunidad con la que se trabajó sobre lo realizado durante el año

EVALUACIÓN

Área clínica: supervisión y seguimiento de casos clínicos.

Rotaciones: informe del docente a cargo y del residente

Área comunitaria: presentación de la elaboración del proyecto comunitario

TERCER AÑO

Implementación de un proyecto comunitario

Ejecución de un Programa de prevención, conformando redes institucionales

Asistencia Psicológica

Continuación de las guardias en los Centros de Salud.

Rotaciones libres.

Devolución al equipo de salud y a la comunidad con la que se trabajó sobre lo realizado durante el año

EVALUACIÓN

Área clínica: supervisión y presentación de casos clínicos. Evaluación de desempeño.

Área comunitaria: evaluación del proyecto comunitario. Estrategias de intervención de las problemáticas sociales. Impacto

Rotaciones: informe del docente a cargo y del residente.

ANEXOS

RESIDENCIA DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROVINCIA DE SALTA

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA PARA INGRESANTES

2008

Ejes temáticos

Eje clínico

Corsi, Jorge *Violencia familiar*

Freud, S Escritos técnicos. Compendio del psicoanálisis. Interpretación de los sueños, Cap 7. Pulsión y sus destinos. Introducción al narcisismo. La represión. Psicología de las masas y análisis del yo, Cap 7. Malestar en la cultura. Lo inconsciente, Cap 4. Duelo y melancolía. Conferencia 31.

Fiorini, H Teorías y técnicas de psicoterapias. Cap 2 y 6.

Kohut Heinz. Los trastornos del self y su tratamiento.

García Arzeno, Maria Esther *El psicodiagnóstico clínico.*

Segal, Ana. *Introducción a la obra de Melanie Klein*

Joël, Dor *Introducción a la lectura de Lacan*

Sotelo, Inés *Clínica de la urgencia.* 2007

Otto, Kernberg *Organización de la personalidad borderline*

Nardone, *Terapia breve estratégica.* Editorial Paidós

Eje comunitario

Bertucelli, Sebastián *Redes comunitarias en Salud Pública*.1997
Articulación de un sistema de información geográfica a la estrategia de APS. 1997

Dabas, Elina *Red de redes*. Editorial Paidos

Fernández, Ana María *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Nueva Visión. Bs As. 1989

Fernández, Ana María *Instituciones estalladas*

Fucks, S. *Reflexiones acerca del trabajo comunitario en salud mental*.

Galende, E *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud mental en la sociedad actual*. Ed Paidos. 1998

Montero, M *Introducción a la psicología comunitaria*. Editorial Paidos. Tramas sociales. 2004

Montero, M *Hacer para transformar*. Editorial Paidos. Tramas sociales. 2006

Montero, M *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Editorial Paidos. Tramas sociales. 2003

Róvere, M *Redes en salud. Los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. El ágora. Rosario.

Torres, Alicia *La Iglesia que nos robaron*. Capitulo 1.

Lapalma, Antonio *El escenario de la intervención comunitaria*. (disponible en la residencia)

Eje APS y Sanitario

Maceira, D *Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Editorial Paidos. Tramas sociales. 2007

OPS/OMS *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. 2005

Declaración de ALMA-ATA 1978

Atención Primaria en Salud. Ginebra. 1978

Las metas de desarrollo del milenio. ONU. 2000

Sacchi, Mónica *Las políticas de salud en Argentina. Análisis y perspectivas*. (disponible en la residencia)

Sforcada, E *Psicología Sanitaria*. Ed Paidos

Torres, Tomás *La salud como derecho de todos. APS como estrategia para lograrlo*.(disponible en la residencia)

Temas de Salud Mental en la comunidad. OPS. PALTEX. 1992

RESIDENCIA DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROVINCIA DE SALTA

Modalidad de trabajo

La Residencia de Psicología Comunitaria desarrolla sus actividades de lunes a viernes de **08:00 a 17:00 hs**.

Durante los cuatro años de la Residencia el profesional ingresante trabaja bajo **Dedicación Exclusiva**, es decir, que no puede realizar actividades como

profesional psicólogo fuera del ámbito de formación. Por otro lado, a pesar que el horario es el arriba mencionado, por las características del trabajo comunitario y la dinámica de los barrios donde desarrolla sus actividades, este horario puede extenderse.

Al ingresar, el profesional tiene ya destinado un Centro de Salud elegido desde la instructoría, donde desarrollará las actividades durante los tres años. Dicha Institución cumple con requisitos pre determinados: ubicado en zonas periféricas de la capital, jefe de servicio que incorpore y estimule en su equipo los conceptos de APS, trabajo interdisciplinario, programas en funcionamiento, presencia de agentes sanitarios, presencia de otro profesional psicólogo, entre otros.

La importancia de la existencia de otro profesional psicólogo en el Centro de Salud se debe a que el psicólogo que ingresa en la residencia de Psicología Comunitaria no cumple el trabajo asistencial requerido para un psicólogo en un Centro de Salud convencional.

El residente comenzará sus actividades asistenciales (atención de pacientes en consultorios externos) a partir de los seis meses de ingreso a la institución, siguiendo los lineamientos del Programa. Además, la tarea asistencial no es la tarea prioritaria para los residentes, sí lo es la comunitaria.

El residente tiene 10 días anuales de licencia anual complementaria más 5 días de licencia por salud mental que se toman en el mes de enero y 5 días pro receso académico que se toman en el mes de julio.

Lunes y viernes

08.00 a 13.00: actividades teóricas, ateneos, supervisiones. Sede en la residencia

13.00 a 14.00: almuerzo en la residencia y traslado a los centros de salud respectivos

14.0 a 17.00: actividades asistenciales y comunitarias en los centros de salud

Martes y miércoles

08.00 a 13.00: actividades asistenciales y comunitarias en los centros de salud

13.00 a 14.00: almuerzo en la residencia y traslado a los centros de salud respectivos

14.0 a 17.00: actividades teóricas, ateneos, supervisiones. Sede en la residencia

Jueves

08.00 a 17.00: Guardia (primer año Hospital de niños/hospital San Bernardo, segundo y tercer año en los centros de salud)

El cuarto año de la residencia se denomina año de devolución. Esto significa que se realiza durante ese año las actividades en una localidad del interior de la provincia, seleccionada por Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Salta. El residente de cuarto año no pertenece al ámbito de la Residencia, dependiendo directamente del Hospital designado para cumplir con sus actividades.

Información: repsicom@gmail.com

**BUENOS AIRES 960. CENTRO DE SALUD Nº 43. Bº EVITA
HORARIOS PARA CONSULTAS:**

LUNES Y VIERNES DE 08.30 A 12.00

RESIDENCIA DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROVINCIA DE SALTA

ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES GENERADAS DESDE LA RESIDENCIA

Paralelamente a las actividades programáticas implícitas en el programa de la residencia surgieron acciones que se capitalizaron como nuevos aprendizajes en la modalidad de trabajo.

Aunque algunas de ellas no fueron propiciadas desde la residencia (por ej, intervenciones en catástrofes y la reducción de cupos), se trabajó de manera responsable a partir de experiencias previas, se reflexionó sobre lo realizado y se incorporó lo nuevo, lo que motorizó nuevos proyectos.

Los residentes realizaron **Intervenciones de Emergencias socio sanitarias** de la provincia, que implicaron una mirada comunitaria a las problemáticas que surgieron y la formación de redes intersectoriales, sin desconocer la necesidad de la realización in situ de acciones de prevención y promoción de índole psicológica.

Algunas de las acciones que se llevaron a cabo a lo largo de la residencia son: abordaje en intentos de suicidios adolescentes producidos en Nazareno (2001), Intoxicación masiva en H. Irigoyen (2002), Intentos de suicidios masivos en Cachi (2003), Inundación en la Ciudad de Tartagal(2006) y en Salvador Mazza (2007), entre otros.

En diciembre del 2006 se llevó a cabo el **I Foro De Discusión De Experiencias Rurales En A.P.S.**

Dicha actividad fue declarada de interés ministerial.

A partir de las experiencias realizadas desde la Residencia de Psicología Comunitaria en ámbitos rurales, surgieron interrogantes que merecen un espacio de reflexión y discusión junto a quienes desde el ámbito de salud están vinculados al tema.

Siendo Salta una de las provincias pioneras en la implementación de la estrategia de APS, resulta importante recuperar la riqueza de la historia e implementación de APS en el Noroeste Argentino.

De esta manera consideramos que un foro de discusión como el ámbito apropiado para poner en común experiencias geográficamente distantes.

Los **objetivos propuestos** para dicho foro fueron:

Compartir y reflexionar sobre experiencias de APS en zonas rurales

Difundir experiencias de APS en zonas rurales del N.O.A.

Socializar interrogantes y construcciones conceptuales acerca del desarrollo de las prácticas en ámbitos rurales.

Contribuir a un espacio de formación e intercambio entre profesionales en formación.

Presentaron sus trabajos y experiencias en el Foro

Residencia de Psicología Comunitaria

Nadia Marengo, Claudia Pauloni y Virginia Jaime: Rotación rural en Iruya

Sebastián Martínez, Gustavo Marini y María Lima: Rotación rural en Nazareno

Residencia de Medicina Familiar

Natalia Zarsur: Rotación rural en Las Lajitas

Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria de Jujuy

Rotaciones programáticas por el interior de la provincia

Coordinadora: Dra Elizabeth Ferrer

Profesionales que se desempeñan en el interior de la Provincia:

Lic. Alicia Torres: Experiencia en Iruya y La Caldera

Lic. Elfy Jockers: Experiencia en Rivadavia Banda Sur y Campo Quijano

Lic. Verónica Cuevas: Experiencia en La Caldera y Las Pircas - La Merced

Dra. Marta Urzagasti: Experiencia en Las Pircas – La Merced

Lic. Belén Serpa: Experiencia en Chicoana

Coordinadora: Lic Paula Ulivarri

Ejes temáticos

Trabajo comunitario: dificultades y posibilidades

Legitimidad de lo comunitario: los registros en las salidas a la comunidad

Interdisciplinariedad e interinstitucionalidad: el trabajo con otros. El respeto a las diferentes disciplinas y saberes.

Transculturalidad: tolerancia a la diversidad. Lo naturalizado y lo sufrido

¿Trabajo asistencial vs trabajo comunitario?

Cuando la estadística es un mero registro de datos

Conclusiones de lo presentado

Exposición sobre lo compartido y experimentado a lo largo de la jornada a través de un afiche.

Coordinadora: Lic. Virginia Jaime

A partir de las experiencias compartidas, pudimos rescatar las particularidades del trabajo rural en cada comunidad, lo cual posibilita el encuentro con el otro a partir de trabajos similares.

Las vivencias compartidas, el intercambio entre residentes que están en proceso de formación, junto a profesionales con larga trayectoria en el ámbito comunitario posibilitan el crecimiento y el aprendizaje, el cual de la mano de otros es más rico, productivo e interesante.

Surgieron interrogantes, propios de la especificidad de un campo que esta en constante cambio y crecimiento, junto a eso entendemos la necesidad de poder registrar y legitimar nuestro trabajo en la comunidad.

La posibilidad de pensar en el trabajo en lo rural, habilitó a pensar en las similitudes y diferencias con las que nos encontramos, en el día a día, en nuestros ámbitos diarios en las periferias de la capital.

Rescatamos la importancia de poder realizar en un futuro encuentros con otros que como nosotros están en el complejo campo de lo comunitario.

En marzo del 2007, se intentó **reducir los cupos** de la Residencia de Psicología Comunitaria con el objetivo de redistribuirlos en subespecialidades médicas. Así se desestimó el trabajo que se venía realizando en los diferentes barrios junto al impacto del mismo.

Frente a esta situación generamos estrategias en las que nos articulamos a las redes que teníamos y que construimos en el trabajo a lo largo de los nueve años. (Personales, barriales, institucionales), contando con el apoyo tanto de los jefes de los centros de salud en los que trabajaron residentes y ex residentes; directores y jefes de Servicios de Hospitales; comunidad en general; Universidades del país; Profesionales del país, idóneos en el ámbito comunitario; reconocidos a nivel nacional e internacional; entre otros.

A partir de este acontecimiento, se entiende necesario construir un espacio que visibilice las actividades que jerarquizan el campo de lo comunitario, tan desconocido por quienes tienen a su cargo la Agenda en el sector de la Salud Pública.

Desde la Residencia se comienzan a organizar las ***I Jornadas Científicas de Salud Comunitaria: Un desafío a múltiples encuentros***. Las mismas se llevaron a cabo los días 06 al 08 de septiembre del 2007.

Los propósitos que nos llevaron a pensar en estas jornadas son:

En tiempos donde mucho se habla de esto (salud comunitaria, médicos comunitarios, psicólogos comunitarios, etc.), nos desafía la posibilidad de distinguir nuestra mirada propia y demarcar sentidos. No todo es lo mismo, aunque se enuncie de forma parecida. Lo que nos distingue es la explicitación de un hacia dónde, de un a favor de, un en contra de y un junto a quiénes.

Insistíamos en la idea de **ENCUENTRO** porque entendemos que es la condición necesaria para poner en juego lo que hacemos y pensamos. Sólo desde ese deseo de ponernos y exponernos frente a otro que tiene para compartir (proyectos, ideas, experiencias, etc) es posible generar alternativas a las ineficaces acciones que intentan cambiar hábitos, costumbres y culturas. Es decir, acciones construidas como dispositivos educativos, en pro de lo que se considera adecuado para el bienestar de la comunidad. Esto desconoce saberes previos, necesidades genuinas, etc.

Lo vivimos desde sus comienzos como un **DESAFÍO**. Pensábamos que nos costaría transmitir nuestra convicción en sostener este espacio ya que en primer lugar no son temas convocantes si observamos las pocas actividades científicas y formativas que tienen como eje el trabajo comunitario. Por otro lado, no son temas prioritarios en la agenda de salud pública tanto: la formación en general y lo comunitario en específico. No hay formación obligatoria en salud pública.

Los **objetivos** fueron:

Propiciar un espacio de intercambio y discusión acerca de las prácticas en salud comunitaria

Construir conocimientos que lleven a un posicionamiento activo y crítico en el ámbito de lo comunitario.

Compartir criterios redefiniendo conceptos fundamentales del quehacer comunitario.

Pensar estrategias de abordaje para las dificultades que se presentan cotidianamente en el ámbito comunitario.

Ejes temáticos

Modalidades y herramientas técnicas – metodológicas en la intervención comunitaria

Trabajo interdisciplinario en salud comunitaria

Abordajes en la diversidad cultural

Especificidad en la formación y posibilidades de inserción laboral

El lugar de la Salud Comunitaria en las Políticas Públicas

Participaron

316 personas de todo el país:

Salta Capital: 124; Salta interior: 60; Tucumán: 51; Jujuy: 22; Buenos Aires: 20; Santa Fe: 9; Córdoba: 9; Catamarca: 9; Otras: 11

Asistentes:

Psicólogos: 87; Agentes Sanitarios/ Promotores: 84; Estudiantes: 44; Médicos: 28; Enfermeros: 21; Asistentes Sociales/ trabajadores sociales: 9; Otros: 32

Personal y equipos de salud, en especial: agentes sanitarios, enfermeros, psicólogos, médicos, promotores de salud.

Organizaciones e instituciones interesadas en el ámbito de trabajo de lo comunitario: escuelas, ONG,

Trabajadores comunitarios en formación: operadores

Estudiantes universitarios y terciarios de carreras afines a la temática.

Total de hs. cátedra 35 hs

Disertantes

↪ **Enrique Saforcada:** Dr. en Psicología. Lic. en Psicología en la Universidad de Córdoba, Director del Centro de Estudios de Psicología Social. Actualmente es profesor de Salud Pública en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Ex-vice decano (UBA) Profesor Consulto Titular – Facultad de Psicología – UBA. Buenos Aires.

↪ **Saúl Fuks:** Dr. en Psicología. Director del Centro de Asistencia a la Comunidad. (UNR) Rosario. Profesor Cátedra de Psicología Clínica. Universidad Nacional de Rosario.

↪ **Sebastián Bertucelli:** Lic. en Psicología. Consultor Temporario de OPS/OMS, Psicoterapeuta. Córdoba.

↪ **Antonio Lapalma:** Dr. en Psicología. Facultad de Psicología. UBA. Cátedra Estrategias de Intervención Comunitaria. Buenos Aires.

↪ **Silvia Plaza:** Lic. en Psicología. Adjunta a cargo cátedra “Estrategias de Intervención Comunitaria” (UNC). Córdoba.

↪ **Omar Barrault:** Lic. en Psicología. Jefe de Trabajos Prácticos, cátedra “Estrategias de Intervención Comunitaria” (UNC). Córdoba.

↪ **Tomás Torres:** Médico. Hospital de La Caldera. Reconocida trayectoria en APS, especialmente en ámbitos rurales. Salta.

↪ **Elfy Jockers:** Lic. En Psicología, Magister en Salud Pública (UNSA). Gerente Sanitaria, Hospital Campo Quijano. Reconocida trayectoria en APS en ámbitos rurales. Salta.

↪ **Mónica Sacchi:** Lic. Sociología. Masters en Políticas Sociales y salud Pública. Coordinadora Maestría de Salud Pública. Profesora Facultad de Ciencias de la Salud. UNSA. Salta.

↪ **Mario Acuña:** Médico de Familia. Director de Desarrollo Institucional. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano. Bs As.

Estas jornadas fueron declaradas de interés provincial, municipal, cultural y turístico.

Auspiciaron este evento

- Ministerio de Salud Pública de Salta
- Universidad Nacional de Salta
- Universidad Católica de Salta
- Colegio de Psicólogos de Salta
- Colegio de Médicos de Salta
- Coordinación provincial de compromiso social. plan políticas públicas. 2005-2010

Actividades realizadas a lo largo de las Jornadas, en diferentes espacios.

Espacios Programados:

1. Espacios de taller programados
2. Punto de encuentro
3. Buzones de opinión
4. Taller de cierre

Espacios Espontáneos:

5. Técnica (propuesta por lo disertantes) de coffee word
6. Espacios informales de encuentros
7. Reunión de residentes

Quienes nos acompañaron

Apoyo constante y sostenido de los disertantes de Rosario, Córdoba, Buenos Aires. Quienes confiaron en la iniciativa desde el primer momento y se comprometieron sin garantías de éxito, sin honorarios, a un trabajo codo a codo. Así mismo, nos transmitieron generosamente su coherencia entre el hacer y el decir.

Presencia de ex - residentes

Proyecciones concretas

- Foro virtual de salud comunitaria
- Blog de residentes
- Descentralización de actividades científicas
- Publicación de un libro de Salud Comunitaria
- Socialización de materiales teórico- prácticos

Obstáculos:

- Presupuesto para actualización y formación del personal de salud.
- Falta de compromiso de los decisores. Sensación de apoyo por “buena voluntad” o insistencia y constancia, convicción nuestra.
- Necesidad de justificar constantemente el valor científico y la relevancia del trabajo comunitario.
- Dificultad en la autorización a participar, especialmente en el grupo de agentes sanitarios (particularidades)

El 16 de noviembre del 2007 se realizó la **Jornada de Trabajo y Supervisión: la investigación y acción participativa**, destinada a profesionales residentes de la Residencia de Psicología Comunitaria, ex residentes y público en general.

La misma fue coordinada por el Dr. Antonio Lapalma, Dr. en Psicología. Facultad de Psicología. UBA. Cátedra Estrategias de Intervención Comunitaria. Buenos Aires.

El **objetivo** de la Jornada fue:

Propiciar un espacio de intercambio y discusión acerca de las prácticas en Psicología Comunitaria.

Actividades

Supervisión del Dr. A. Lapalma, de las actividades realizadas por los residentes en los Centros de Salud.

Aportes teóricos a las practicas en marcha. Discusión y análisis del escenario de intervención de la Psicología Comunitaria en la Argentina.

Animación socio cultural: técnicas de trabajo con la comunidad y los equipos de salud.

Conclusiones y cierre.

Esta Jornada fue declarada de interés ministerial, con R.M. 815/90.

Durante el año 2007 se actualizó y organizó la **biblioteca de la residencia** con la incorporación de un número importante de nuevos textos. Así mismo se construyó una **biblioteca virtual** con un caudal de más de 500 artículos y libros adecuadamente categorizados. Dicha biblioteca se conformó con aportes de la Cátedra de Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional de Córdoba, la Cátedra de Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional de Buenos Aires, la Cátedra de Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional de Rosario- Santa Fe.

La intención de este emprendimiento refiere a la necesidad de optimizar los recursos teóricos necesarios para la formación que se pretende. Así mismo posibilidad de socializar con otros profesionales e instituciones los materiales de los que disponemos.