



**Facultad de Humanidades**  
Instituto de Sociología  
Carrera de Sociología

**Promoción de Salud y Bienestar Subjetivo: estudio de  
caso del Centro de Promoción de Salud y Cultura de  
la comuna de Quillota**

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciado en Sociología y  
Título Profesional de Sociólogo

Fernando Alberto Sánchez Molina

Profesor Guía:  
Renán Jorge Chuaqui Kettlun

Valparaíso, octubre de 2016

## Dedicatoria

A mi compañera,  
la mujer de mis sueños y vigili-  
as  
la musa de mi inspiración, Lorena;  
a mis madres, Blanca y Mónica: por creer  
en mí siempre y ayudarme a sacar fuerzas para  
lograr *llevar esta investigación a puerto*.

A Strauss, Glaser, Corbin, Nietzsche, Weber,  
Han; por trazar el camino a mi propia comprensión  
como investigador y como  
ciudadano.

Al profesor Jorge Chuaqui,  
quien con su inacabable  
sabiduría me permitió  
*comprender* el objeto que tengo frente a mí.

Al Centro de Promoción de Salud  
y Cultura,  
que con su labor le permitió  
a mi generación  
disfrutar del bienestar de  
las actividades creativas.

Esta investigación está dedicada a todos(as) ellos(as).

## RESUMEN

La presente investigación sistematiza la labor que lleva a cabo desde hace más de 16 años el Centro de Promoción de Salud y Cultura de la comuna de Quillota. Una organización sin precedentes en la escena nacional y regional, pues no se conocen experiencias de promoción de salud que nacidas desde la atención primaria de salud hayan puesto en marcha programáticas libres de la influencia de su concepción tradicional, determinada por la dimensión biológica, o biomédica. En los hallazgos se observa, en los albores del programa, una resistencia al involucramiento del modelo médico de salud. Por el contrario se apuesta desde los inicios por una mayor participación de las bases en la definición de las actividades, mientras se tiene principalmente una orientación atenta al proceso de individualización y el consiguiente malestar que este reporta en la población chilena.

Sin perder de vista la misión – la salud de la población quillotana – se logran superar las dificultades que la Promoción de Salud ha reportado en su implementación de parte de los organismos públicos de salud, apostando por un modelo que trabaja con la subjetividad de las personas, en procesos de realización personal que resultan en fenómenos de Bienestar Subjetivo, Individual y Grupal/Social.

Palabras Clave: Promoción de Salud – Malestar / Bienestar Subjetivo – Relaciones primarias – Realización Personal – Teoría Fundamentada.

## INDICE

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Indice</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 1: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	9
1.1 Fundamentación.....	9
1.2 Objetivo General y Específicos.....	12
1.3 Relevancias de la investigación.....	12
1.3.1 Relevancia práctica.....	13
1.3.2 Relevancia teórica.....	13
<b>CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO</b> .....	14
2.1 El estudio de caso.....	14
2.2 Muestreo teórico.....	14
2.3 Diseño cualitativo orientado a la investigación cualitativa.....	15
2.4 Técnicas de producción de datos.....	16
2.5 Técnicas para el análisis de los datos.....	17
2.5.1 Plan de análisis.....	17
<b>CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO</b> .....	19
<b>3.1 Malestar y bienestar subjetivo: el proceso de individualización como trasfondo explicativo</b> .....	19
3.1.1 Individualización y Malestar.....	20
3.1.2 Bienestar subjetivo.....	23
<b>3.2 Promoción de salud</b> .....	25
3.2.1 Transición epidemiológica, estilos de vida y determinantes sociales: la emergencia de la dimensión social y psicológica de la salud.....	25
3.2.2 Dimensión crítica de la promoción de salud.....	29
<b>3.3 Grupos de relaciones primarias</b> .....	30
<b>CAPÍTULO 4: ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL PROCESO DE GÉNESIS DEL CENTRO DE PROMOCIÓN DE SALUD Y CULTURA</b> .....	32
4.1 A modo de antecedente: esbozo cronológico/histórico del CPSC.....	35
4.2 Contexto local de innovación.....	38
4.3 Comprensión: un equipo de salud empático.....	39

4.4 Crítica a la salud tradicional.....	42
4.5 Coherencia externa legitimadora.....	43
<b>CAPÍTULO 5: PROPIEDADES Y DIMENSIONES DEL MODELO DE GESTIÓN DE BIENESTAR SUBJETIVO DEL CENTRO DE PROMOCIÓN DE SALUD Y CULTURA.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Bienestar y malestar subjetivo con la sociedad: nostalgia de instituciones zombie....</b>	<b>46</b>
5.1.1 Familia.....	47
5.1.2 Salud.....	49
5.1.3 Escuela.....	52
5.1.4 Trabajo.....	54
<b>5.2 Bienestar subjetivo individual. Dimensión deportiva de participación.....</b>	<b>55</b>
5.2.1 Nivel práctico y material: necesidades básicas y salud.....	55
5.2.2 Nivel vincular, vínculos significativos: grupos de relaciones primarias.....	58
5.2.3 Nivel de sentido: reivindicación de la subjetividad.....	60
<b>5.3 Bienestar subjetivo individual. Dimensión creativa de participación.....</b>	<b>63</b>
5.3.1 Nivel práctico y material: un concepto de salud amplio.....	64
5.3.2 Nivel vincular, vínculos significativos: grupos de relaciones primarias.....	65
5.3.3 Nivel de sentido: el proyecto propio.....	67
<b>CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>6.1 Matriz lógica de programa.....</b>	<b>69</b>
<b>6.2 Protocolos descriptivos.....</b>	<b>70</b>
<b>CAPÍTULO 7: BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>75</b>

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud debe comprenderse como la integración de al menos 3 dimensiones generales: la biológica, la social y la psicológica, si bien históricamente ha prevalecido el enfoque biológico por sobre el social y el psicológico. Sobre esta materia se reportan importantes cambios en el último siglo.

En la segunda mitad del siglo XX ya puede observarse una tendencia general en la salud mundial, que emerge con el nuevo ordenamiento del mundo después de la segunda guerra mundial, de una variación en la *curva epidemiológica* referente a las principales patologías asociadas con la mortalidad mundial. Esta surge gracias a los avances en el campo de la medicina y la farmacología – principalmente de los avances tecnológicos y científicos en estas áreas – pues se logran controlar las enfermedades infectocontagiosas, que desde los inicios de la humanidad constituyeron la principal causa de morbilidad en la población. Un fenómeno asociado a este es el incremento de la esperanza de vida, que a su vez también ha contribuido al incremento exponencial de la población mundial y el envejecimiento de parte importante de esta. Paralela a esta *curva*, se observa la emergencia en la segunda mitad del siglo XX de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), determinadas por aspectos vinculados a la forma en la que viven las personas, a sus estilos de vida.

Esto último se relaciona principalmente a un estadio actual del capitalismo, que identificamos en la presente investigación con la consolidación de la sociedad de modelo económico y social neoliberal. En la dimensión estrictamente social, este está marcado por un profundo proceso de *individualización de los estilos de vida*, proceso que explica la emergencia de enfermedades vinculadas a estos, las llamadas ECNT.

Si bien se han reportado en la región y en Chile esfuerzos por poner en práctica conceptos de trabajo que atienden a estas condiciones globales – como la *promoción de salud*, una de las categorías principales de esta sistematización – en la literatura de las ciencias sociales, se sustentan hipótesis que señalan al enfoque tradicional de la salud, determinado por su dimensión *biomédica*, como principal responsable de echar por la borda los intentos de poner en práctica una *concepción más amplia*. Intentos que culminan trabajando de acuerdo a los mismos modelos basados en el proceso *salud-enfermedad* de la Salud Tradicional.

La presente investigación sociológica, describe de forma analítica la labor de una organización perteneciente a la red de programas y centros de salud del Departamento de

Salud Municipal (DDS) de la comuna de Quillota, llamada Centro de Promoción de Salud y Cultura. Este centro, ubicado en la comuna de Quillota, fue abierto a la comunidad en noviembre de 1999, albergando desde entonces un grupo diverso de usuarios(as), que ha ido incrementándose de forma progresiva en sus más de 16 años de trayectoria. El centro, ubicado en el que fuera el consultorio número 2 del sector CORVI de la comuna, recibe hoy semanalmente a cientos(as) de usuarios(as) de distintas edades, géneros y tendencias.

Este programa surge de la iniciativa de los propios profesionales del Departamento de Salud Municipal, liderados por su director. El programa se abre a la comunidad como una respuesta concreta a la pérdida de la sociabilidad evidenciada por el Informe de Desarrollo Humano del PNUD de 1998, que describe un contexto social chileno sumido en un profundo proceso de individualización; construido con una amplia participación de las bases en la definición de las primeras y más masivas actividades que posicionan al CPSC entre un sector de la población de Quillota. Hoy se observa un aumento exponencial en el volumen de participación, junto con la creciente diversificación de actividades que dado su peculiar y flexible modelo de trabajo alberga hoy el CPSC.

Para poder comprender sociológicamente su labor se recurrió a los criterios metodológicos y analíticos de la Teoría Fundamentada. Consiguientemente el trabajo de campo consistió en un proceso de muestreo teórico entre el equipo de gestores(as) y entre un grupo de usuarios(as) de las actividades *permanentes* del CPSC considerados claves tanto por dicho equipo como por el investigador, mediante entrevistas en profundidad y grupos focales.

El presente trabajo describe las propiedades y dimensiones de ese modelo, además de su Proceso de Génesis, para poner en evidencia las condiciones en las que este programa, único en su clase, emerge en la escena quillotana, nacional y regional, en un contexto histórico local de reformas a la Atención Primaria en Salud (APS).

La Investigación se organiza en los siguientes apartados.

1.- El capítulo 1 corresponde a la Fundamentación (presentación del fenómeno que se pretende estudiar) y el planteamiento de los objetivos, además de indicar las relevancias de estos.

2.- En el segundo capítulo se presenta el marco metodológico de la investigación en el que se fundamentan las estrategias y criterios metodológicos seguidos en torno al diseño investigativo.

3.- En el capítulo 3 se revisan los principales referentes teóricos que se relacionan con las principales categorías analíticas halladas en el proceso de investigación, poniéndolas en relación para mostrar las propiedades y dimensiones abordadas, aportando a la comprensión de las que aporta esta investigación.

4.- En los capítulos 4, 5 y 6 se desarrollan los 3 objetivos que guiaron el proceso analítico y que dan origen a un primer acercamiento desde los criterios de la Teoría Fundamentada a esta organización, ignota para la Sociología y para el sector público.

5.- En el capítulo 7 se plantean las principales conclusiones derivadas de este proceso analítico, que responden a los objetivos y sintetizan los hallazgos generales del estudio. En el capítulo 8 se entrega la Bibliografía que fue utilizada para la elaboración de la presente investigación.



# CAPÍTULO 1: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 Fundamentación

El abordaje que se ha hecho de la Promoción de Salud (PS) de parte de los organismos públicos en Latinoamérica ha sido objeto de críticas. Para comprender el objeto de este estudio, sostenemos que en la práctica la PS no ha sido capaz de elaborar programas de trabajo capaces de proporcionar a la población “medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Organización mundial de la salud, 1986), sin involucrar la influencia de los modelos preventivo y curativo-asistencialista. Si bien desde su definición la PS se basa en una concepción de salud amplia, los intentos que se han llevado a cabo desde el sector público de salud, en la región y en Chile, no han sido capaces de superar las categorías relacionadas con el proceso *salud/enfermedad* y sus factores de riesgo (Wald, 2009). Por el contrario, el enfoque *promocional* se basa en una concepción integral de la salud, como un estado de *bienestar* determinado social, psicológica y biológicamente, a diferencia de la *salud tradicional*, en donde tiene mayor peso el enfoque biológico y médico – o *biomédico* – razón por la que la teoría plantea que en la práctica debe ser un esfuerzo intersectorial, que no solamente involucre al sector salud.

La existencia del Centro de Promoción de Salud y Cultura de la comuna de Quillota (CPSC), ciertamente ha quedado fuera de esta discusión teórica. No hay duda de que la ausencia de evaluaciones y sistematizaciones relativas a su labor sean la causa por la que no es tomado como referente en tanto modelo de trabajo *promocional*, exento de la influencia de la *salud tradicional*. Pasados ya 16 años desde su creación, no ha sido aún objeto de algún levantamiento de información sociológica, desde ningún enfoque, pese a que han habido reiterados intentos informales – desde un punto de vista científico – de sistematizar su labor.

Por ello se adoptaron criterios metodológicos y analíticos de la Teoría Fundamentada (TF) con el objeto de captar el fenómeno en su estado natural y no condicionar sus hallazgos con categorías preestablecidas (Strauss y Corbin, 1998; citado en Andreu, 2007).

El muestreo teórico comenzó con el equipo de gestores de la organización, en los que se detectó la una visión crítica frente a la promoción de salud. Entre otras cosas, argumentaron que la *promoción de estilos de vida saludables*<sup>1</sup>- categoría central hallada en el Plan Nacional

<sup>1</sup> Categoría que se halla en esta forma en las bases programáticas del Consejo Vida Chile 1998, encargado de general el Plan Nacional de Promoción de Salud del mismo año (ver Salinas y Vío, 1998; Vío, *et al.* 2006)

de Promoción de Salud de 1998 – representa para ellos(as) un conjunto limitado de acciones para que la población se mantenga sana, si bien lo que la *promoción de salud* se propone es destacar que la salud implica un *bienestar* en 3 *dimensiones integradas*, determinando de forma *biopsicosocial* las acciones de salud. En la categoría propuesta por el citado plan ministerial, se identifican conjuntos de prácticas generales con el objeto de plantear modos de conducta *saludables*, considerando este fenómeno de forma unívoca, siguiendo la crítica hallada en el relato de los gestores del CPSC.

Con estas consideraciones, se llevó a cabo un grupo focal con el equipo de gestores internos del CPSC, compuesto por la directora, el subdirector y el encargado de la sala de música/ensayos. Una entrevista en profundidad con el sostenedor y gestor inicial de la idea, el director del Departamento de Salud de la Municipalidad de Quillota (DDS). Una entrevista en profundidad con un miembro del equipo de gestores del CPSC que llegara a la organización como usuario; 3 grupos focales con usuarios(as) del CPSC considerados clave, por su antigüedad: 2 usuarios de la sala de música, 3 usuarias del grupo de aeróbica y 7 usuarias del grupo de zumba. Para culminar se entrevistó en profundidad a un gestor cultural de la comuna, vinculado con las actividades de la sala de exposiciones del CPSC, quien participa como gestor, relator y facilitador en algunas actividades, así como en otras participa como usuario.

Los hallazgos aluden a la conformación de un modelo sin precedentes en el país y en la región. Si bien sus actores institucionales poseen un marco teórico definido y claro, la organización no ha formalizado una matriz lógica programática, tampoco una síntesis conceptual sobre su labor.

Comenzado el muestreo teórico, se detectó la conformación de grupos de relaciones primarias entre sus usuarios(as), organizados en torno a actividades recreativas y formativas de carácter grupal.

Si hacemos una descripción general, encontramos el desarrollo grupal de actividades deportivas, artísticas, de orden comunitario, oficios productivos alternativos, terapias y prácticas de salud alternativas. En esta amplia gama, se distinguen además algunas actividades de orden *permanente* y otras de tipo *itinerante*<sup>2</sup>. Las primeras, son aquellas que se hayan instaladas de forma fija en la programación del CPSC, cuentan con un sector definido del inmueble y con recursos propios, para el desarrollo de la actividad. Al alero de estas –

<sup>2</sup> De acuerdo a lo conversado con los distintos gestores, aspecto que se observó *in situ* además y que aparece consignado en el sitio web de la organización [www.centropromos.cl](http://www.centropromos.cl).

entre las que encontramos las actividades deportivas, musicales (sala de música o de ensayos) y la sala de exposiciones de obras de artes – se han conformado grupos de personas que mantienen un tipo de *relación primaria* que describiremos en los capítulos correspondientes al análisis. En segundo lugar, las actividades de tipo itinerante se caracterizan por ser propuestas por el equipo de gestores, por los(as) usuarios(as) del CPSC o por ambos estamentos juntos. Estas no cuentan con un lugar fijo de desarrollo, en la mayoría de los casos corresponden a iniciativas efímeras, como conciertos, reuniones vinculadas a dichas actividades o bien reuniones comunitarias de otros grupos del tejido social de la comuna u organizaciones no gubernamentales, ferias productivas sin una periodicidad fija dentro del CPSC, pero sí dentro de la comuna; por mencionar algunas de las que se observan en los registros del CPSC, principalmente sus redes sociales y su sitio web.

En los hallazgos se observa la emergencia de valoraciones de los(as) usuarios(as) vinculadas a su dimensión subjetiva, a la vez que se describieron fenómenos asociados al *malestar subjetivo*. Esto nos permite comprender su *imagen de sí e imagen del mundo* y la forma mediante la cual el CPSC es capaz de *cogestionar* la producción de actividades relativas a los intereses de sus usuarios(as).

Llevar a cabo un proceso de sistematización de esta experiencia, podría legitimarla teórica y analíticamente su experiencia, Por ello se optó por los criterios metodológicos y analíticos de la Teoría Fundamentada, para organizar los hallazgos y *expurgar* (Strauss y Corbin, 2002) el modelo de trabajo desde el que se organiza este espacio, ahondando en sus categorías analíticas centrales, con el objeto de *comprender* la labor que el CPSC desarrolla con sus usuarios(as). Por esto, se llevó a cabo una *inmersión* en el objeto de estudio, facilitada por la posición que detenta el investigador, quien desde los albores del programa, ha participado primero como usuario activo, luego como miembro del equipo de gestores y hoy como analista en la elaboración del presente estudio.

Durante el trabajo de campo se detectó que sus gestores no identificaban la labor del CPSC con las principales categorías de la Promoción de Salud, como se dijo, más bien con el diagnóstico referente al proceso de *Individualización* de la sociedad chilena. Sin embargo el nombre de la organización – altamente conceptual – cumplía una función legitimadora frente a la estructura en la que se inserta la APS, en donde las prácticas están dominadas por el enfoque *curativo-asistencial*, pero donde poco a poco se abre paso el enfoque de la *promoción de salud* que plantea otras dimensiones de trabajo dentro de la *salud tradicional*.

De esta forma el estudio organiza su análisis en torno en tres capítulos: primero, el proceso de génesis e implementación, en el que se organizan las categorías que definirán la forma en la que el programa hoy día trabaja con sus usuarios(as); segundo, el que acá llamaremos modelo de gestión de bienestar subjetivo, mediante el cual el programa y sus usuarios(as) gestionan y producen actividades, acciones, disciplinas y espacios formativos de forma *coparticipativa*. Y en tercer lugar, una matriz de marco lógico con los objetivos y productos asociados del programa y una serie de recomendaciones teóricas para la elaboración de futuras evaluaciones.

Teniendo en consideración todo lo señalado, el presente estudio pretende responder la siguiente pregunta investigativa:

¿Cuáles son las principales características del modelo de gestión de bienestar subjetivo del Centro de Promoción de Salud y Cultura de la comuna de Quillota?

## **1.2 Objetivos General y Específicos**

### *1.2.1 Objetivo General*

Sistematizar el modelo de gestión de bienestar subjetivo del Centro de Promoción de Salud y Cultura de la comuna de Quillota.

### *1.2.2 Objetivos Específicos*

- 1.- Describir y comprender los aspectos contextuales centrales del Proceso de Génesis del Centro de Promoción de Salud y Cultura.
- 2.- Describir y comprender el Modelo de Gestión de Bienestar Subjetivo del Centro de Promoción de Salud y Cultura.
- 3.- Elaborar una matriz lógica de objetivos del CPSC.

## **1.3 Relevancias de la Investigación**

### *1.3.1 Relevancias Prácticas.*

Para el Centro de Promoción de Salud y Cultura este constituye el primer levantamiento de información sociológica en sus años de trayectoria, que busca comprender y sistematizar conceptualmente su labor. La carencia de sistematizaciones radica en las características que evidencian los hallazgos sobre este programa, que nace sin una matriz lógica, entre otros factores que modelan su *proceso de génesis*. No ha podido ser posible hasta ahora generar criterios de evaluación tradicionales, como los que podemos observar en otros programas en el sector público, pues estos siempre se desarrollan en torno al diseño sistemático de objetivos en una matriz que sintetiza la práctica conceptualmente, aspecto que en el CPSC, pese a estar claro, nunca fue objeto de formalización. Por la misma razón se optó por los criterios de la Teoría Fundamentada, que se propone “expurgar la teoría” (Strauss y Corbin, 2002) de aquellos grupos humanos en donde se detecta la presencia de nociones teóricas.

Además, de esta forma la APS administrada por el DDS, contará con un primer producto que permita visibilizar una de las innovaciones en las que ha incurrido la presente administración, de las cuales aún queda mucho que reportar a la comunidad y al sector público, como aquellas referentes al diseño del modelo actual de la APS de la comuna, *único* sin otro símil a nivel nacional.

Dentro de la escena nacional, esta investigación podrá también mostrar una iniciativa local, creada con el objeto de adaptarse a las necesidades de los(as) usuarios(as) de la APS de Quillota y que además logra trascender los límites de la Promoción de Salud y abordar cuestiones relativas a la incorporación de la subjetividad al modelo de desarrollo humano, aportando con una iniciativa local, en donde se destaca la capacidad de gestión por sobre cualquier condición económica privilegiada.

### *1.3.2 Relevancias Teóricas*

Este estudio resuelve un problema que es práctico y fue descrito en el primer párrafo del acápite anterior, pero que posee una dimensión teórica. Esta refiere a que el estudio responde a la crítica presentada en la fundamentación, que dice que las intervenciones hechas en nombre de la promoción de salud desde el área de salud están expuestas a un determinismo

biologicista, capaz de inhibir las dimensiones social y psicológica. Este corresponde a un modelo que organiza su acción en torno al BES, dejando el concepto de salud – de un considerable peso histórico dominado por el discurso clínico – para poner atención al malestar definido por sus usuarios(as) de forma participativa.

Con los criterios metodológicos de la TF es posible *asir* este fenómeno, además de aportar dimensiones relevantes a la hora de plantear un trabajo que quiera desarrollar lo que la salud pública denomina como promoción de salud y no aquello que resulta por el influjo que en esta tiene la forma tradicional de las acciones de salud. En el momento en que dicha crítica hacia la promoción de salud emerge dentro del contexto de producción de conocimiento científico, el CPSC ya existía, solo que carente de una formalización conceptual como la que presentamos a continuación.

## **CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1 El estudio de caso**

En la perspectiva de Stake (2000) un estudio de caso corresponde al análisis de un fenómeno particular, en el cual se espera que el análisis abarque la complejidad del caso.

El criterio para definirlo como estudio de caso es el carácter “intrínseco” de su realidad, basada en el hecho de que el CPSC constituye una organización sin precedentes, tanto en la estructura administrativa en la que se circunscribe – el DDS, que administra la atención primaria – tanto como en la escena nacional y en la internacional.

A partir de este dato es que el investigador se adentra en el programa, en modo de aprendiz de su cultura (Stake, 2007), con el objetivo de explorar las prácticas que constituyen su modelo de trabajo, no formalizado sistemáticamente. La población a investigar está definida por sus usuarios(as), su infraestructura, institucionalidad documentada y vida social diaria.

### **2.2 Muestreo teórico**

El diseño de esta investigación es de tipo cualitativo-emergente ya que está basado en las decisiones tomadas en el campo por medio de la experiencia del investigador en relación

con la realidad a estudiar, por lo que la muestra se ajusta sobre la marcha de la investigación, constituyéndose en un muestreo no-probabilístico. El objetivo técnico de la investigación se centró en encontrar buenos informantes claves a partir de la técnica de bola de nieve. La unidad de análisis corresponde a los relatos de un grupo de informantes claves provenientes del grupo de los(as) usuarios(as) de la organización en cuestión, recolectados y analizados a través de procedimientos que se detallarán en el apartado siguiente. Además de estos relatos, constituyen la unidad analítica aquellos aportados por el gestor inicial de la idea así como el equipo profesional de gestores que están a cargo del CPSC. Constituye también un elemento importante la propia posición del investigador, que como se estipuló en la fundamentación de la presente investigación consiste en una posición triple: usuario, miembro de la comunidad de gestores e investigador. Esta triple posición posibilita el acceso a la información relevante, mediante la *negociación* basada en la relación que el investigador tiene con todos los estamentos involucrados con el CPSC, para los propósitos del presente estudio.

### **2.3 Diseño cualitativo orientado a la investigación participativa**

Este estudio de caso es cualitativo porque busca interpretar, por medio de las técnicas cualitativas de la observación participante, las entrevistas y los grupos focales, cómo es que el CPSC influye en la vida de quienes participan de sus propuestas y procesos, cuales son las principales características de dichos efectos y cuáles son las principales categorías conceptuales y analíticas que pueden explicar e integrar todas estas propiedades y dimensiones en un modelo de trabajo delineado de forma sistemática (Strauss y Corbin, 2002).

Esta investigación asume paradigmáticamente el enfoque brindado por la Teoría Fundamentada, que se caracteriza por descubrir los significados atribuidos a la acción social por parte de quienes las ejecutan (Strauss y Corbin, 2002). Así es como los procedimientos de la Teoría Fundamentada consisten en un esfuerzo de sistematización de las experiencias que poseen o podrían poseer un elevado significado para una gran cantidad de personas (Strauss y Corbin, 1998; citado en Andreu 2007), como por ejemplo la existencia de un programa cuyo objetivo es suscitar procesos de bienestar con sus usuarios(as) que trasciendan todas las dimensiones de su existencia, con el objeto de promover a sujetos saludables y conectados.

Al ser un estudio de caso “intrínseco” y no “instrumental” (Stake, 2009) toda relación con la teoría emana del caso mismo como un dato, es decir, la teoría es intrínseca al caso y no es pre-conceptualizada por el investigador; quien no busca comprobar si “es o no es” la integración simultánea de tres dimensiones del bienestar la categoría central del estudio (Strauss y Corbin, 2002), más bien el investigador descubre como un dato el hecho de que el concepto de bienestar subjetivo, social y biomédico es capaz de explicar la mayoría de los fenómenos acaecidos en el contexto de las actividades que desarrolla el CPSC, buscando conocer de forma participativa y reflexiva cómo los actores organizan y desarrollan sus propias prácticas y actividades en busca de su propia definición de bienestar.

#### **2.4 Técnicas de producción de datos**

Para la producción de datos, el trabajo de campo se orientó mediante los criterios del muestreo teórico, propio de la Teoría Fundamentada. Este fue facilitado por la posición situada del investigador, quien utilizó su red de contactos para entablar conversaciones con los informantes claves que fueron gestionándose durante el proceso. De esta forma se aplicaron 3 entrevistas en profundidad y 4 grupos focales. Estas conversaciones fueron *negociadas* usando el lazo de confianza – que se evidencia en el *corpus textual de relatos* anexo – del investigador, además del criterio analítico, otorgado por el método de comparación constante. Proceso analítico que permite al investigador analizar los datos en la medida en que los recolecta, comparando de forma exhaustiva los hallazgos que emergen de las conversaciones sostenidas con el grupo al que estudia (Strauss, 1998; en Andreu 2007). El criterio analítico que permite determinar el que una categoría esté bien desarrollada es la *saturnación teórica*, que se alcanza cuando los datos no nos brindan nuevas categorías y las que se han hallado son capaces de explicar sosteniblemente los hallazgos.

En torno a la elección de las técnicas mismas, la entrevista en profundidad, en los dos casos que fue aplicada, suscitó la emergencia de la narración de la trayectoria de la organización desde su apertura a la comunidad, lo que permitió tener una mirada historiada del proceso de conformación y evolución práctica y teórica del CPSC de parte de los dos gestores que están desde la implementación del programa, el director del DDS y el encargado de la sala de música. En el caso de los grupos focales aplicados a los grupos de usuarios(as) y al equipo de gestores(as), permitió la emergencia de temas, conceptos y categorías que



evidenciaron la regularidad teórica que se observa dentro del CPSC, comprendido como un grupo *interestamental*. Cabe mencionar que para ambas técnicas no se contó con guiones de ningún tipo, salvo las anotaciones de campo del investigador, que permitieron llevar un control y registro de la emergencia de categorías iniciales, que permitieron guiar el proceso de muestreo. De ese proceso surgió la decisión por los informantes y la conducción de las conversaciones. De acuerdo a los criterios de la TF, se puso atención en no instalar conceptos en el *habla* de estos informantes, para lo cual el abandono de la postura de experto fue fundamental. (White, 1993) Así se pudo acceder a relatos claros.

## **2.5 Técnicas para el análisis de los datos**

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante los criterios de la teoría fundamentada, como en todo el proceso, siguiendo minuciosamente el método comparativo constante. El procedimiento no cesa hasta depurar la información que sostiene una explicación causal del fenómeno en cuestión (Strauss y Corbin, 2002). Ciertamente para comprender bien cuáles son los estadios analíticos que propone la TF, explicaremos los niveles de análisis que proponen los autores de referencia.

### *2.5.1 Plan de análisis*

Conforme a estos criterios se elaboró un plan de análisis organizado por los distintos niveles de codificación que plantea el método de comparación constante. En primer lugar se debe mencionar que el análisis propio de este tipo de enfoque comienza con al iniciar la investigación. Como se dijo, la gestión de los datos durante el trabajo de campo depende en todo momento de la capacidad de analizar los datos en la medida en que se *hallan*. (Strauss y Corbin, 2002). En la medida en que vamos saturando categorías se avanza aplicando los siguientes niveles de codificación. Debido a que es la propia interacción del analista con los datos lo que suscita la generación de categorías, se comprende que este proceso no solo se haya ubicado en un momento de la investigación, sino en todos.

Las condiciones en las que todo esto se inserta, como se sugirió en la fundamentación, es en la posición que mantiene el investigador frente al objeto de estudio. En su posición de beneficiario investigador, cuenta y contó con una extensa red de contactos. En términos

analíticos esto otorga además experiencia biográfica, lo que facilita recrear la trayectoria que ha seguido el proceso desde los inicios de la organización.

### *Codificación abierta*

La codificación abierta se llevó a cabo leyendo analíticamente todo el *corpus textual* de relatos línea por línea, palabra por palabra. Esto se lleva a cabo asignándole un código a los fenómenos que se observan en el relato. Luego de que se codificó todo el texto, se procedió a comparar cada código de forma exhaustiva para encontrar relaciones causales entre los códigos y permitir la creación de familias de códigos.

Este procedimiento permite *abrir el texto* (Strauss y Corbin, 2002) y poder distinguir las principales ideas mediante las cuales *hablan* nuestros(as) informantes. En este punto es posible ya distinguir las primeras categorías capaces de delimitar los principales temas que emergen desde el relato de los(as) usuarios(as) del CPSC.

### *Codificación axial*

Llegado al segundo paso, es importante reiterar que en ningún caso se trató de un análisis lineal (Strauss y Corbin, 2002); la constante fue volver una y otra vez a los datos, para comparar los códigos entre sí, como también para comparar las categorías en las que estos comienzan a agruparse después de un proceso exitoso. Este ejercicio de volver y luego interconectar de acuerdo a relaciones conceptuales, no a la emergencia de los hallazgos en una línea de tiempo, es el que continuó durante todo el proceso de síntesis teórica.

Esta fase de codificación se le denomina axial, porque esta ocurre en torno a un eje o categoría. Es el proceso mediante el cual se enlazaron las categorías en cuanto a sus *propiedades y dimensiones*, en torno a las categorías más generales, capaces de agrupar una mayor cantidad de fenómenos. Eso otorgó una estructura al sistema general mediante el que se organiza la red de fenómenos de forma teórica y altamente conceptual.

### *Codificación selectiva*

En esta parte de la investigación se integran las categorías principales para formar un esquema teórico mayor y los hallazgos de la investigación adquieren la forma de teoría (Strauss y Corbin, 2002).

El desenvolvimiento de este proceso instó a que el investigador, una vez recolectado sus textos, volviese al campo a buscar datos complementarios que permitieron establecer una óptima interrelación de categorías. Gracias a esta constante re-inmersión, se logró un nivel de abstracción que permite representar en un número reducido de categorías *las historias* de los(as) usuarios(as) que participaron en el trabajo de campo y sin duda, de la propia experiencia situada de quien suscribe.

## CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

### **3.1 Malestar y Bienestar Subjetivo: el proceso de Individualización como trasfondo explicativo**

Al plantear el binomio *malestar/bienestar* subjetivo para caracterizar el fenómeno central del presente estudio, se propone la categoría de *individualización*, la que presenta una explicación sobre el proceso que experimenta la individualidad, las instituciones sociales y la subjetividad humana en la era industrial y post industrial (Yopo, 2013) en el contexto del proceso histórico y social de la industrialización y consolidación del capitalismo. Estos fenómenos globales se presentan con una variación importante en nuestra región y particularmente en nuestro país, lo que sin duda limita la categoría. Con todo permite proveer una explicación que sitúa en una red de relaciones de sentido los hallazgos del CPSC, con respecto a la estructura.

En los 90, siguiendo a Yopo (2013), a nivel académico se llevan a cabo una serie de esfuerzos por caracterizar la sociedad chilena, para los que la categoría de Individualización presentará las propiedades necesarias para lograrlo. El citado Informe Desarrollo Humano en Chile de 1998 (IDH 1998) es sin duda una de sus grandes contribuciones a la discusión. Se plantea una interpretación de la realidad chilena que adapta la categoría Individualización a la coyuntura histórica chilena. El concepto nos permite comprender la forma en la que experimentan *malestar* los usuarios(as) del CPSC, pues el propio contenido de los hallazgos – derivados de los relatos de los(as) usuarios(as) de la organización – aporta a una comprensión

profunda, cualitativa, de cómo se manifiesta este proceso en la realidad de la comuna de Quillota, con evidentes diferencias al proceso vivido en las principales metrópolis aledañas, atinente a los fenómenos de malestar – evaluaciones negativas hechas en torno a si mismo y/ el mundo – observados en quienes participaron como informantes en el trabajo de campo. Cabe adelantar que los hallazgos se relacionan con la idea de *realización personal*, por lo que remiten a la dimensión subjetiva. Muestran, tal como lo ha hecho el informe de desarrollo humano del PNUD, que las instituciones sociales no son capaces de hacer frente a las necesidades subjetivas que tiene la población. La historia de nuestro país no se caracteriza precisamente por estados benefactores – como el *welfare state* que asume el concepto de *individualización* en su versión inicial – pero la individualización que se observa en nuestra sociedad si se desarrolla en el último decenio en un fenómeno global muy presente en Latinoamérica, la revolución tecnológica, que permite el acceso a la modernidad reflexiva (Gidens, 199%) para Latinoamérica y para Chile, lo que a su vez permite la validez de la categoría Individualización para explicar los fenómenos de *malestar subjetivo* observados.

### **3.1.1 Individualización y malestar**

La categoría Individualización se utiliza para explicar el proceso mediante el cual la sociedad occidental se configura “institucional y culturalmente como una sociedad de individuos” (Güell *et al.*; 2012), lo que se traduce hoy en día en una suerte de *deriva identitaria*, en la que los individuos “deben producir, representar y combinar por si mismos sus propias biografías” (Beck, *et al.* 2008; citado en YOPO, 2013)

Esta configuración biográfica – que obedece más a un imperativo que a una alternativa – se plantea desde el supuesto de la incrementación de mayores márgenes de libertad individual “y oportunidades en la composición y recomposición de las formas sociales e identidades personales” (Yopo, 2013). De esta forma se incrementan las posibilidades de vida vinculadas a las decisiones individuales, y la biografía queda “abierta a la autoconstrucción de los individuos” (Yopo, 2013). “Todo este proceso se desarrollaría en un contexto donde paralelamente se diluyen los referentes colectivos provistos por las instituciones tradicionales como el Estado, la clase social, la familia o el grupo etario” (Beck, *et al.*, 2003, citado en Yopo 2013), dejando al individuo solo frente a la posibilidad de configurar su individualidad, de acuerdo a los medios dados según su posición en la estructura social. Aspecto crucial,

porque las condiciones en las cuales los individuos se plantean la producción de *sí mismos* no son equitativas, y tanto los aciertos como los errores de sus trayectorias recaen de forma exclusiva *si mismos*, quienes si bien pueden poner en práctica su libertad individual, no pueden alterar “las condiciones de su elección” (Bauman, 2007)

El contexto en el que comienza a emerger la teoría de la individualización, como sostiene Yopo (2013), es el de la segunda mitad del siglo XX, posterior a la segunda guerra mundial y en relación al estado de Bienestar (Yopo, 2013) y sus condiciones generales en la sociedad industrial avanzada, concentrada en el hemisferio norte y en las escasas colonias de ultramar que quedan en la era *post colonial*. Dichas condiciones difieren en varios aspectos a la realidad de Chile, en la medida en que a mediados del siglo XX, pese a los intentos de plantear un modelo estatal que avanzara hacia el ideal propio del *welfare state* basado en una economía industrial manufacturera – como fueron, por ejemplo, los intentos de fortalecer las instituciones estatales y sustituir las importaciones por manufacturas nacionales<sup>3</sup> durante los llamados gobiernos radicales – fueron definitivamente echados a tierra por el proceso que comienza con el golpe de estado dado por las fuerzas armadas en 1973. Desde 1974 comienza un proceso que configura una sociedad diseñada en base a las ideas del neoliberalismo de M. Friedman, aplicadas por un grupo de economistas chilenos formados en la escuela de negocios de la Universidad de Chicago, designados por la junta militar al mando del poder político del país, para reformar la economía chilena, altamente estatizada por el derrocado gobierno de la Unidad Popular, en un proceso marcado por la represión política, social y por ende, de la subjetividad manifiesta.

En este contexto, el tipo de individualización que se da a lugar en nuestro país, históricamente, no deviene de la existencia de un *estado benefactor* en decadencia por la globalización y la configuración de un mercado global, como en el caso de las potencias europeas y de Norteamérica. Más bien se configura por la imposición del modelo económico social que instaura la dictadura militar, cuya definición plantea la consolidación de una estructura estatal encargada de regular la acción de las empresas, que deben hacerse de todos los servicios fungibles, para la conformación de un mercado que provea de servicios capaces de satisfacer las necesidades de la población. Además, la dictadura, altamente represiva, persigue y desaparece a los principales actores políticos involucrados en la llamada *revolución en libertad* del gobierno de la Unidad Popular, aporta sin duda un piso psicológico

<sup>3</sup> Moulian, Tomás, “La forja de ilusiones: El sistema de partidos, 1932-1973” (FLACSO, 1993)

para la irrupción de la *Cultura de Masas* – proveniente principalmente de los Estados Unidos y en menor medida de Europa – que a través del último decenio del siglo y el primero del siguiente se robustece con la proliferación de las Tic's. Esto deviene en un contexto de pérdida de la sociabilidad y de fragmentación social que caracteriza principalmente el Informe Desarrollo Humano en Chile del año 1998 (IDH 1998) (Yopo, 2013).

Con todo, el concepto nos permite comprender la forma en la que experimentan *malestar* los usuarios(as) del CPSC, pues el propio contenido de los hallazgos – derivados de los relatos de los (as) usuarios (as) de la organización – aporta a una comprensión profunda, cualitativa, de cómo se manifiesta este proceso en la sociedad chilena, particularmente en la realidad de la comuna de Quillota, con evidentes diferencias al proceso vivido en las principales metrópolis aledañas<sup>4</sup>.

Si bien el desfase tecnológico y cultural que supone el pasado colonial que organizaba la relación de Europa y América satisface una explicación sobre la condición de desarrollado y en vías de desarrollo de uno y otro continente, el proceso de globalización – que propaga la individualización a través del globo – ha logrado consolidar un mercado mundial del que muy pocos países no participan. En este nuevo orden, los medios de comunicación y los dispositivos tecnológicos que los soportan, hoy de un acceso inusitado, cumplen un rol crucial. Hoy en día es posible acceder a un volumen de información a través del internet, como antes no podía ser posible. Esto apoya la producción y reproducción de las biografías individuales características del proceso de individualización se hallan en un contexto de modernidad reflexiva, siguiendo a Giddens (1996), en el que es posible contar de forma progresiva con avances en todas las áreas y dimensiones del quehacer humano, por lo que cualquier producción biográfica, además de estar supeditada a las condiciones de existencia individuales o grupales, lo está también a la constante evolución de los medios mediante los cuales alcanzamos la producción de nuestra identidad (Giddens, *et al.*; 1996)

Así mismo, los fenómenos asociados al proceso de individualización pueden verse tanto en sociedades desarrolladas, como en otras en vías de desarrollo, facilitados principalmente por las nuevas formas de sociabilidad soportadas por los dispositivos tecnológicos. Así es como en la libre producción y reproducción de la biografía, en la modernidad reflexiva, colaboran las redes sociales, capaces de conectar la subjetividad de una red exponencial de *contactos* que intercambian contenido de forma diaria, en cada minuto. Lo que observamos en

<sup>4</sup> Considerando Santiago y Valparaíso, que además son los núcleos urbanos que concentran la mayoría de la población chilena, estamos frente a una sociedad quillotana con condiciones de existencia de una envergadura muy diversa a los de dichas conurbaciones.

la red social Facebook, por ejemplo, corresponde a la exhibición de proyectos propios, individuales, mediante los cuales los sujetos hoy en día muestran sus valores, sus metas y objetivos, como también todo aquello que callan sobre sí mismos (Han, 2014) En este sentido, reafirma su validez como un medio social en donde prolifera la *individualización* y el ideal de la *Libertad Individual*, pero como un dispositivo de control social infalible. Esto en la medida en que *libertad* siempre supone una interacción con *el otro*, “uno se siente libre solo en una relación lograda, en una coexistencia satisfactoria” (Han, 2014). La producción biográfica, registrada en fotografía o video, alude a lo que uno consume – al determinado *estilo de vida*, en el sentido *weberiano* – lo que uno vive y comparte fraterna o amorosamente, encuentra su vitrina en Facebook, así como la suposición aceptada entre los grupos de contactos – los “*amigos*” de una cuenta determinada – de que la persona cuenta con uno o exhibe un proyecto de vida.

Pero este sujeto, no ya a la estructura disciplinaria de la *modernidad dura*, sino que sujeto a una *líquida* (Bauman, 2007) no es ya un sujeto disciplinario, sino que es sobre todo un sujeto del rendimiento, que se gobierna a sí mismo, como un proyecto. En el fondo lo que exhibe, su gusto, sus intereses, su propia realización personal que el fenómeno implica, es la forma mediante la cual se legitima y prevalece el control social sobre sí mismo. El sujeto del rendimiento como amo de sí mismo, se *a sí mismo* (Han, 2014).

### **3.1.2 Bienestar Subjetivo**

#### *Psicología Positiva*

La Psicología positiva aparece como un impulso a comprender y estudiar los aspectos positivos de la vida humana, considerando que la disciplina llevaba una parte importante de sus esfuerzos en comprender los aspectos patológicos de la psique humana. El BES desde los planteamientos de la Psicología positiva se plantea como una esfera relevante de ser aprehendida por la psicología, como un área de desarrollo que complementaría el actual desarrollo que ha tenido la disciplina, más inclinado a los procesos patológicos de los seres humanos, más que a los elementos constitutivos de una *buena* calidad de vida. (Moyano y Ramos, 2007)

En Veenhoven (1984), como en Diener (Diener y Diener, 1995; citado en Cuadra y Florenzano, 2003) son las evaluaciones que los individuos llevan a cabo de sus vidas, aquello que nos evidencia la presencia o ausencia de BES. Veenhoven (1984) define el bienestar subjetivo como “el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva”. Según Veenhoven (1984), el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación, sus pensamientos y sus afectos.

### *PNUD Chile*

A continuación entregaremos las definiciones halladas en el Informe Desarrollo Humano 2012, “El Bienestar Subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo” (IDH-PNUD 2012).

La definición que entrega el (IDH-PNUD, 2012) se plantea como una dimensión que debe ser abordada por los organismos públicos estatales, como una dimensión válida, y legítima para nutrir los actuales modelos de desarrollo, principalmente determinados por la dimensión económica, con el PIB como principal foco de desarrollo, o incremento.

La definición de *bienestar subjetivo individual* que adoptamos para describir nuestros hallazgos refiere a que:

"el bienestar subjetivo individual es el estado subjetivo que resulta de la evaluación cognitiva-emocional positiva que realiza el individuo de su autoimagen –condicionada por marcos sociales de interpretación en términos de referentes tales como la realización, el placer, el florecimiento, la felicidad, la satisfacción y el propósito.” (IDH-PNUD 2012)

Para identificar estas evaluaciones, se recurrió principalmente a la confianza entre el investigador y sus informantes. Pues es preciso ir *más allá* de la “semántica que utilizan los individuos para referirse a esta experiencia” (IDH-PNUD 2012); aspecto por el cual es conveniente desarrollar indagaciones sobre este siguiendo los criterios de la TF.

Así mismo, el *bienestar subjetivo con la sociedad*, es

“(un) estado subjetivo que resulta de la evaluación que hacen los individuos de las oportunidades que les brinda la sociedad para realizar la imagen que tienen de sí. Un



individuo puede tener una imagen muy positiva de sí mismo y también de la sociedad cuando percibe que el entorno lo habilita para desarrollar su imagen de vida deseada. Cuando esto se logra, el individuo alcanza un alto grado de bienestar subjetivo global.

El fenómeno denominado *malestar subjetivo* en sus dimensiones *social* e *individual*, corresponde precisamente a las valoraciones negativas que los individuos hacen de *sí mismos*. La dimensión individual de esta categoría, es básicamente “la *autoatribución* de responsabilidades en las causas que llevan a una débil imagen de sí” (IDH-PNUD 2012), pero que sus causas pueden rastrearse en causas estructurales. Es en esta circunstancia en la que nos hallamos frente a su dimensión social. En este *malestar subjetivo social* “es la imagen de mundo la que está dañada, pues la sociedad deja de ser un soporte suficiente para afirmar la imagen de sí, y es a ella que las personas le atribuyen las dificultades para su autorrealización” (IDH-PNUD 2012)

Consideramos oportuno examinar en el apartado anterior el fenómeno sociológico denominado *individualización* por su relación con el fenómeno denominado *malestar social*, o más precisamente para nuestro caso, *malestar subjetivo*. Esto debido a que expresa un nivel de descontento e insatisfacción con la vida, que entre múltiples aspectos tiene una dimensión objetiva, material, vinculada con los medios de existencia en la estructura social.

“Aunque de indiscutible valor per se, alentar la felicidad y bienestar en las personas es deseable también porque ambos estados están asociados a salud física y mental, a creatividad, y, muy principalmente, porque se tornan factores protectores de depresión y de suicidio, entre otros fenómenos psicopatológicos”. (Moyano y Ramos; 2007)

## **3.2 Promoción de Salud**

### *3.2.1 Transición epidemiológica, estilos de vida y determinantes sociales: la emergencia de la dimensión social y psicológica de la salud.*

#### *Transición epidemiológica*

"Chile ha vivido un acelerado proceso de transición epidemiológica y nutricional, con una prevalencia creciente de enfermedades crónicas. Actualmente prevalece una situación post transicional

con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles. Esta tendencia se ha visto reafirmada con los alarmantes resultados de la Encuesta Nacional de Salud, que muestra una altísima prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestra población." (Claudio Mizón, et al.)

La categoría transición epidemiológica refiere al proceso histórico que se da a lugar en la sociedad contemporánea, capitalista, principalmente en la segunda mitad del siglo XX, en donde se observa un decaimiento de la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas (EIC) en la población mundial, paralelo al incremento de las ECNT. Esta tendencia está relacionada con los avances en materia científica natural (biológica, química y médica), que permiten un mayor control sobre las variables biomédicas de la salud; y social, dimensión que emerge fuertemente de forma paralela a la curva de ECNT, generando importantes avances que en parte reporta la presente investigación.

Además, la transición epidemiológica se consolida junto a la consolidación del capitalismo y del modelo económico social neoliberal, al cual la individualización le es completamente funcional y correspondiente. Por ello, comprendemos la emergencia de la Promoción de Salud, como un esfuerzo de abordar las problemáticas vinculadas al proceso de individualización que se describen más arriba. En efecto, la categoría de *estilos de vida* refiere a la importancia que tiene la forma, o las condiciones en las que se produce la producción y reproducción biográfica de los individuos, y como determina la salud de la población mundial, en la deriva del modelo, que por definición limita la acción de las instituciones y acaba con los supuestos del *welfare state*: el neoliberalismo.

Es importante mencionar la relación entre individualización y Estado de Bienestar, que no ha sido parte del programa de los estados nación en Latinoamérica, si bien algunos ejemplos, como el de Uruguay, y en parte la Argentina, constituyen referentes importantes. El proceso de individualización - la orientación institucional de las sociedades y los estados nación a constituirse como sociedades de individuos - se plantea analíticamente desde las sociedades desarrolladas del hemisferio norte, en donde lo que se pierde progresivamente es una fuerte institucionalidad que soporta y sustenta los grupos y/o clases que componen la estructura social.

*Estilos de vida y determinantes sociales*

La categoría de *estilos de vida* refiere a la dimensión concreta en donde la promoción de salud quiere enfocarse, en el marco de la transición epidemiológica que experimentamos sobre todo en la segunda mitad del siglo XX. Esta categoría se haya abordada por la sociología de Marx y Weber, de quienes revisaremos sus líneas generales y principales aportes a la categoría.

En su obra, Marx considera que la posición de un individuo en la estructura de clases “está determinada exclusivamente por su grado de acceso a los medios de producción en la sociedad”<sup>5</sup> (Cockerham, 2007). Lo que determina la posición en la estructura, para Marx, es cuantos bienes y servicios es la persona capaz de dirigir, o lo que es lo mismo, cuantos medios de producción, sean económicos o recursos materiales, es capaz de administrar (Cockerham, 2007). Para Weber esta explicación margina dos componentes fundamentales del ordenamiento de la sociedad moderna: el *estatus* y el *poder*. El primero refiere a cuanta estima y prestigio posee la persona (la que goza de *estatus*). El segundo, a la capacidad de lograr someter las voluntades ajenas a la propia, aspecto que en la mayoría de los casos depende del primer concepto. Una clase social refiere a un grupo determinado de personas que tiene similares condiciones materiales de existencia, “prestigio, educación e influencia política y sus miembros comparten un *estilo de vida* similar” (Alvarez, L. 2012). Es realmente el *estilo de vida* el que nos permite diferenciar una clase de otra. Esto no se circunscribe a aquello que el individuo o su grupo – su *clase* – produce, sino a aquello que *consume* (Cockerham W. 2007) determinado irremediabilmente por las *opciones de vida*, determinando el acceso a determinadas prácticas o medios de consumo. Estas *opciones de vida*, refieren al acceso que se posee a determinadas prácticas, dependiendo de la posición en la estructura que ocupe el individuo.

En la lectura propuesta por Cockerham, Weber considera que la posición dentro de la estructura de clases no está determinada por las condiciones materiales con los que los individuos producen, sino por su relación con los *medios de consumo*.

“No obstante, corresponde siempre al concepto de clase el hecho de que las probabilidades que se tienen en el mercado constituyen el resorte que condiciona el destino del individuo. La “situación de clase” significa, últimamente, en este sentido la “posición ocupada en el mercado”. (Weber; 1966)

<sup>5</sup> En el citado Plan de Promoción de Salud de 1998, se mencionan ciertos hábitos que constituyen conductas riesgosas determinantes para contraer enfermedades crónicas: tabaquismo, sedentarismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.

En definitiva, el ordenamiento de clases está determinado por la posibilidad de adquirir un *estilo de vida* particular, de acuerdo a determinadas *opciones de vida*, siempre fundadas en las circunstancias socioeconómicas del o los individuos en cuestión.

La importancia de este enfoque radica en que discute la categoría marxista de *clase*, dando temprana luz sobre un concepto determinante para la comprensión de la vida moderna y el proceso de individualización: el *consumo*.

Bourdieu basa su examen sobre el concepto de estilo de vida en la definición brindada por Max Weber, a propósito de que en primera instancia, las diversas prácticas que componen el conjunto de estilos hoy presentes en la sociedad, son objetos de consumo determinados por las opciones de vida, circunscritas a una determinada posición en la estructura económica. Para adentrarnos en la explicación que realiza Bourdieu de estilos de vida, es necesario entrar a definir los dos conceptos centrales de su obra: *habitus* y *campo*.

Por *habitus*, Bourdieu entiende a aquella estructura transportable (Bourdieu, 1996) que está determinada por la posición que el individuo detenta en la sociedad, entendida esta también, como estructura. Este *habitus*, constituye una serie de disposiciones derivadas de nuestro proceso de socialización en las condiciones de existencia en el que nos desenvolvemos en la trayectoria de nuestras vidas. Es una estructura (mental, si se quiere) estructurada, y a su vez *estructurante*, puesto que en primera instancia está condicionada por las características del campo en la que se circunscribe el sujeto, y a su vez, modela nuestra acción dentro del espacio social (Bourdieu, 1996). En esta noción se ve bien expresada la idea de opciones de vida, y el efecto determinante que tienen sobre nuestra posición, organizando las prácticas y la percepción de las mismas que nos hacemos. Esto último facultando nuestra posibilidad de optar (o elegir).

Una forma de concebir de forma objetivada el *habitus*, que es según Bourdieu una representación de la vida social, o más bien de su principio motor, son los *estilos de vida*. En ese sentido, comparte los rasgos generales del concepto; ser una estructura *estructurante*, y a su vez, una estructura estructurada. El universo de prácticas a las que tienen acceso los sujetos en el espacio social, así determinado por la posición que modelan los diferentes *habitus*, corresponden a *estilos de vida* particulares. Estos, son los signos distintivos con los que se genera el efecto de *enclasmiento*, derivado de la distinción que los sujetos realizan unos entre otros, de las prácticas que llevan a cabo.

“Los estilos de vida son así productos sistemáticos de los *habitus* que, percibidos en sus mutuas relaciones según los esquemas del *habitus*, devienen sistemas de signos socialmente calificados (como “distinguidos”, “vulgares”, etc.)” (Bourdieu, 1997)

O en palabras de Sarah Nettleton (2007), según Bourdieu, las diferencias sociales están representadas por diferentes gustos de consumo. Ahora, para Pierre Bourdieu esta *distinción* de determinadas prácticas por sobre otras definían el rasgo *enclasante* de los *habitus*.

### 3.2.2 Dimensión crítica de la Promoción de Salud

La transición epidemiológica, en Chile, se explica aún con la prevalencia de ciertas patologías asociadas a los estilos de vida saludables. Esto plantea una dimensión crítica, en que los preceptos de *intersectorialidad* de las acciones, la *multidimensionalidad* de la determinación, se tornan una retórica vacía, pues no se trasciende la problematización de enfermedades (Del daño en salud).

En definitiva no hallamos Promoción de Salud, sino que *promoción de estilos de vida saludable*, con el objeto de evitar la presencia de determinadas ECNT.

Esta tendencia empero, durará hasta el año 2006, en el que se inaugura un foco en los Determinantes sociales de la salud (DSS) (Vío, *et al.* 2006) En el reporte final de ese periodo del Plan Nacional de Promoción de Salud (PNPS 1998) se plantea, desde una posición crítica con el escenario que se abre para el Plan, el hecho de que orientar los esfuerzos de la PS a los determinantes sociales, genera, ha generado y generará contradicciones en las prácticas, en las acciones seguidas por los programas aplicados por agentes vinculados al área salud (Vío, *et al.* 2006) Se prevé lo que Wald (2009) plantea como una incapacidad de los organismos de salud pública, de aplicar un modelo práctico que integra las dimensiones *bio-psico-sociales*, en un contexto en el que el modelo biomédico ha alcanzado el estatus de la práctica de salud por antonomasia gracias a los logros que posibilitan la transición epidemiológica, consolidando lo que en el análisis de la presente investigación denominamos *salud tradicional*. Con esta categoría hacemos referencia al peso que tiene el discurso *biomédico/clínico* como principal determinante de la salud y como este logra movilizar las prácticas que perpetúan su dominio frente a las dimensiones social y psicológica, en un mundo en el que esas dos dimensiones son ineludibles y inevitables de abordar. Su principal

conclusión es que al estar exentos de la influencia de dicho discurso, los proyectos artísticos y culturales son capaces de promover cuestiones en los(as) usuarios(as) que incrementan su control sobre la salud. Antes se adquiere control sobre otras dimensiones de la vida y las exigencias propias del proceso de individualización. Sobre este punto se volverá ampliamente en el análisis de la presente investigación. Dígase ahora que coherentemente con los hallazgos sistematizados por Wald, el CPSC corrobora dichas conclusiones y las amplifica de forma notable, pues al contrario de lo que sostiene la autora, si es posible la emergencia de un programa desde el sector salud que pueda permitirse el abordaje de la promoción de salud sin marcar énfasis en la dimensión biomédica.

Esa capacidad de la Salud Tradicional (discurso médico, clínico) de subvertir las prácticas y de determinarlas, dice Wald, es el que no ha permitido el éxito de los programas que en Latinoamérica se han hecho "en nombre de la promoción de salud, desde la institucionalidad de salud (Wald; 2009) La autora halla más en programas de orden artístico y cultural que en programas de salud, aspectos que evidencian el cumplimiento de algunos de los acometidos de la promoción de salud – *intersectorialidad* en las acciones, empoderamiento, incremento del control sobre la salud, movilidad social, etc.

### **3.3 Grupos de Relaciones Primarias**

El Grupo primario es una forma de asociación en la que los miembros comparten metas y se vinculan de acuerdo a lazos afectivos. El concepto se remonta a la obra de Charles H. Cooley, "Social Organization". Para el autor un grupo primario se forma en base a la afectividad y la similitud de metas y objetivos. Según Cooley, en los grupos primarios se da "una cierta fusión de individualidades en un todo común, de modo que la propia persona de uno, por lo menos para muchos fines, es la vida y el propósito comunes de todo el grupo" (Cooley, 1909, citado en Davis 1986) En este orden encontramos grupos concretos de asociación que nos pueden resultar muy familiares, en el amplio sentido de la palabra: grupos de juegos, grupos de vecindario, familiares, etc.

Con todo, para Davis es oportuno precisar más el concepto en cuanto a los aspectos físicos necesarios para la existencia de grupos primarios. Estos son:

*Proximidad Física.* El grupo primario, al sustentarse en niveles de intimidad que garanticen la vinculación solidaria entre sus miembros, se verá favorecido por la cercanía física en la que se desenvuelvan los distintos individuos que los componen. Pero, si bien la normatividad definida de antemano puede suscitar ciertos contextos en los que se fuerzan (en algún grado) el contacto de los individuos, la vinculación emocional siempre depende de la similitud de los individuos (en la medida en que así se puedan unir por metas en común, compartidas) y de lo propicio que deben ser los contextos en los que se suscita su relación.

*Pequeñez del Grupo.* Este aspecto es relevante en la medida en que un grupo de relación primaria se funda en términos afectivos y emocionales. En la medida en que los grupos humanos crecen, se pierde la relación “cara a cara” que propician la “conversación de gestos de la que habla Mead” (Davis 1986). En los grupos grandes, la persona pierde importancia como personalidad singular. Por el contrario, en los grupos más pequeños los integrantes pueden conocerse con mayor profundidad, lo que propicia además el mayor flujo de la participación.

*Duración de la Relación.* La intimidad que pueda suscitarse en una relación depende en gran medida de la frecuencia con la que esa relación se dé en un tiempo determinado. Por esto es que la duración de una relación produce un “desarrollo gradual de hábitos de entrelazamiento (...) Una asociación repetida con frecuencia, como cualquier otra experiencia, se convierte en parte del modo de vida de uno” (Davis 1986).

Las relaciones primarias según las entiende Davis, poseen la peculiaridad de no ser relaciones económicas, ni contractuales, ni política, ni especializada. “Por el contrario, es personal, espontánea, sentimental e inclusiva”. (Davis 1986)

El carácter fundamental de los grupos primarios, podemos explicarlo con las siguientes variables:

*Identidad de fines.* Las personas se vinculan y pueden seguir un camino en conjunto por que poseen un mismo fin. Así, los desacuerdos son menos probables, pues valoran conjuntamente cosas y situaciones de forma similar. El aspecto central de esta variable, radica en que los fines de otro son los mismos que los míos, por lo que yo velo por los suyos como si fueran míos. Davis cita el caso de una amistad de dos jóvenes intelectuales, o bien el de la madre que expone su salud por cuidar la de sus hijos; así “se evita presenciar el sufrimiento de su hijo” (Davis, 1986)

*La relación es un fin en sí misma.* Al contrario del grupo secundario y considerado de forma ideal la relación es un fin en sí mismo. Esto porque la vinculación que se origina en estos grupos es de tipo afectiva.

*La relación es personal.* En este tipo de relación el reconocimiento que hacen los individuos entre unos y otros refiere a un yo particular, que debe ser reconocido y tratado con especial interés dentro del grupo. Este asegura el clima de satisfacción para quienes se relacionan en el grupo. Por ende queda dominado por una interrelación recíproca y la consideración que media entre las partes no puede ser transferida (Davis 1986).

*La relación es inclusiva.* En la relación de tipo primario al fundarse sobre principios de tipo afectivo, no transaccional ni económico, a esto sumado la permanencia de las relaciones, la relación se cimenta sobre las personalidades de sus componentes.

*La relación es espontánea.* En su forma puramente ideal, la relación primaria debiese presentarse de forma voluntaria. A este respecto, Davis señala que “no difiere de una relación puramente contractual (...) pero en un contrato las condiciones se establecen explícitamente, y la otra persona se ve obligada a cumplir con las condiciones. Además, el contrato existe para un propósito ulterior; no es un fin en sí mismo” (Davis, 1986)

#### **CAPÍTULO 4: ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL PROCESO DE GÉNESIS E IMPLEMENTACIÓN DEL CENTRO DE PROMOCIÓN DE SALUD Y CULTURA DE QUILLOTA.**

Durante el trabajo de campo, en las primeras conversaciones con los principales actores institucionales, que de ahora en adelante llamaremos *gestores*, se halló información sobre los inicios del CPSC. Siguiendo el criterio del muestreo teórico, la investigación comenzó explorando los conceptos analíticos que pudieran rastrearse en el grupo de gestores, con el objeto de *comparar su sentido* y gestionar la información que fuese necesaria (Strauss y Corbin) en este o en el otro principal estamento, el de los(as) usuarios(as).

La primera conversación que compone el *corpus textual* de relatos resultado del trabajo de campo, corresponde a una reunión con el equipo institucional, llevada a cabo en el mes de junio de 2010, compuesto por la directora del CPSC, trabajadora social de 53 años, el



subdirector, Músico e ingeniero en sonido, de 48 años de edad, y el encargado de la Sala de Música, músico y gestor cultural, de 38 años de edad.

De esta conversación surgen los primeros hallazgos, entre los que el más relevante refiere a que estos gestores, encargados de liderar la labor que se realiza en el marco del trabajo de esta organización, no la identifican con las orientaciones propuestas por el MINSAL en materia de Promoción de Salud. Puntualmente, expresaron durante esa reunión que una sistematización que diera cuenta del trabajo que realizaba la organización, no podía comenzar por evaluar dichos lineamientos, si bien dicha documentación era tomada como guía para el desarrollo de algunos ámbitos de acción. Esas orientaciones proponían algunas categorías, como por ejemplo la de *promoción de estilos de vida saludables*, en tanto una incorporación de una serie de recomendaciones para la *promoción* de estos, sobre los que los gestores plantean su posición.

“el tema del...de los estilos de vida saludables, qué es un punto que nosotros, tenemos...sería interesante como poder eh...definirlo para poder desmarcarnos un poco en ese concepto del, del concepto tradicional que se usa en promoción de salud a nivel ministerial. Porque nosotros de, de... estamos desmarcados de esa forma de hacer promoción... nos sentimos, o sea por lo menos nos sentimos diferentes. Y uno nota esa diferencia cuando tú vas a reuniones y cuestiones con la gente del ministerio. Tienen como, tienen como una forma súper cuadrada de visualizar la promoción” (Subdirector del CPSC, músico e ingeniero, 48 años)

Hoy adquiere mucho sentido la suerte de malestar práctico que se percibe en este equipo. Con el objetivo de incorporar la categoría Promoción de Salud a la agenda de la salud pública, el MINSAL elabora el Plan Nacional de Promoción de Salud de 1998<sup>6</sup>. Este se basa una serie de recomendaciones para la *promoción de estilos de vida saludables*, con el objetivo de aminorar *factores de riesgo* frente a las principales patologías que puntualiza su carta fundamental. De acuerdo a lo que sostiene el subdirector de la organización en cuestión, el equipo del CPSC identificaba “recetas” que buscan abordar aspectos que según ellos(as), dependen de muchas y más complejas variables. El *modo* de trabajo que la organización desarrolla hasta hoy en día, de acuerdo a los(as) gestores(as) no adopta de forma doctrinaria

<sup>6</sup> En el Plan de Promoción de Salud de 1998 se mencionan ciertos hábitos que constituyen conductas riesgosas determinantes para contraer enfermedades crónicas: tabaquismo, sedentarismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc., todas estas vinculadas con contraer enfermedades.

los objetivos de dicho Plan, encargado al Consejo Vida Chile, sino que propone *un concepto más amplio*, con un criterio inductivo, más que uno deductivo que oriente el *servicio* que debe brindar el CPSC a la comunidad.

“(…) más que el hecho de como dice el ministerio, o sea tener un estilo de vida saludable significa que yo voy a comer frutas, que tiene que tener 5 colores distintos, frutas y verduras 5 colores distintos en el día, que además voy a hacer 3 veces a la semana actividad física por más de 30 minutos... más que eso, o sea, es un concepto más amplio. (...) si tu voy a evaluar eso eeh...tendríamos que evaluar si la gente efectivamente está incorporando los 5 colores, o está ocupando las frutas y verduras si está caminando, si está haciendo ejercicio.” (Directora del CPSC, trabajadora social, 53 años)

De acuerdo a lo que plantea la directora del CPSC, una sistematización conceptual de la labor del CPSC no puede llevarse a cabo desarrollando la categoría de la *promoción de estilos de vida saludable* que plantea el MINSAL. Estas no son seguidas por el equipo, si bien esta es considerada información de referencia. Por lo mismo consideramos que hubiese sido incoherente probar dichas categorías durante el trabajo de campo, organizando el proceso de muestreo mediante la búsqueda de las variables propuestas por el PNPS en el relato de usuarios(as) y gestores(as). El fenómeno central, habría de hallarse en un *concepto más amplio*.

Además, distinguimos una confusión en el uso del concepto promoción, no de parte del equipo de gestores del CPSC, sino del organismo encargado de diseñar las orientaciones que plantea el Plan Nacional de Promoción de Salud el año 1998, nos referimos al Consejo Nacional Vida Chile. La confusión estriba en la utilización de la palabra promoción para aludir a una dimensión práctica, desde donde se plantean conductas saludables relacionadas con un grupo de patologías bastante comunes posterior a la evolución de la curva epidemiológica<sup>7</sup>; cuando en realidad el concepto, de forma crítica, promueve la salud, comprendida no como la ausencia de enfermedades, sino como bienestar en 3 dimensiones: la biológica, la psicológica y la social (Vio, *et al*, 2006). Y su objeto no es otorgar patrones

<sup>7</sup> Cómo se mencionó en el apartado referente a la Promoción de Salud del marco teórico de la presente investigación, la curva epidemiológica, es la expresión gráfica con la que la tendencia en la salud mundial ha pasado de una prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, al control de estas y la proliferación de otras enfermedades crónicas no transmisibles, cuya dimensión determinante no es ya la biológica, sino la social y la psicológica.

conductuales, sino medios para reflexionar sobre los propios. En palabras de la carta de Ottawa,

“Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.” (Ottawa, 1986)

Esto guarda coherencia con una crítica esgrimida a mediados del decenio pasado sobre la promoción de salud en Latinoamérica, fecha por la cual el Consejo Vida Chile se preparaba para reportar sus principales logros. En la exégesis planteada por la investigadora Gabriela Wald, se identifica en la implementación de programas a nivel regional, una

“distancia entre su retórica, basada en una concepción de salud amplia –entendida como proceso colectivo e integral, influido por aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales– y la mayor parte de las prácticas que bajo esta filosofía se han realizado en nuestra región, intervenciones de tipo preventivo organizadas alrededor de conceptos de enfermedad y que responden a modelos teóricos individualistas.” (Wald, 2009)

Tenido en cuenta esto, el presente capítulo presenta el hallazgo de categorías críticas similares a las que la exégesis de la promoción de salud plantea, orientando la acción de un equipo de salud municipal<sup>8</sup> interdisciplinario, liderado por su propio director<sup>9</sup> en lo que refiere a la emergencia de un modelo inductivo de trabajo.

#### **4.1 A modo de antecedente: esbozo cronológico/histórico del CPSC**

A continuación ofreceremos un *esbozo* histórico, en atención a los períodos que distinguen los gestores y el fundador de la organización en cuestión, en los 17 años de trayectoria del CPSC. Este, se ha hecho con el objeto de brindar antecedentes analíticos, que permitan situar el análisis de los hallazgos en torno a la historia del CPSC.

<sup>8</sup> Del DDS, encargado de la administración de la Atención Primaria en Salud dependiente del municipio en cuestión.

<sup>9</sup> Quien detenta el título profesional de Trabajador Social. Esto permite comprender la dimensión de estatus que se halla presente en el CPSC.

#### 4.1.1 Año 1999: inauguración y primeros pasos

Cómo bien es sabido por los quillotanos, el CPSC nace en noviembre de 1999. Su intención inicial, como se rastreará y analizará en el apartado siguiente a este esbozo, es abrir una *línea de trabajo* (código *in vivo*) que aborde temáticas netamente sociales. Se tiene como referencia única en este momento, el diagnóstico que hace de la sociedad chilena el IDH-PNUD 1998 “Las paradojas de la modernización”, que reporta un avanzado y profundo proceso de *individualización* de la sociedad chilena.

Unido a una afinidad del fundador a las actividades creativas y el tipo particular de *bienestar* que provee a quien la práctica, sin muchas ideas claras, pero con recursos disponibles – monetario y físico (el inmueble donde estuvo el consultorio n°2 del sector CORVI de la comuna) se abre un espacio que como primer objetivo, se propone albergar la actividad comunitaria de un colectivo de jóvenes músicos – para los que se invirtió en equipamiento de sonido e instrumentos musicales en una sala del inmueble citado – y de las juntas de vecinos aledañas al sector. Con estos últimos el alcalde tenía comprometido el inmueble en cuestión, por lo que fueron inmediatamente considerados para el espacio. Con este panorama diverso, compuesto por adolescentes y adultos jóvenes interesados en la música, y por adultos y adultos mayores con afán de organizarse, es que comienza a funcionar este espacio que aún no oficializó su nombre hasta el año siguiente.

#### 4.1.2 Año 2000: El Centro de Promoción de Salud y Cultura

El contexto de modernización de la APS – que venía desde 1995 – hacia 2000 exige la ejecución de una estrategia de innovación sin precedentes, lo que marcaría de ahí en adelante la forma de *innovar* sobre las situaciones problemáticas que involucraban al incipiente sistema de APS de la comuna de Quillota. Para mejorar el servicio proveído a los(as) quillotanos(as), no como centro de salud aislados, sino como un sistema integrado de modernos *centros de salud*, es que se decide que cada centro del plano urbano se encargaría de llevar a cabo una de las 3 principales estrategias de la APS, en términos teórico conceptuales: la salud curativa asistencial, encargada al Centro de Salud Doctor Miguel (CSDMC) Concha, la salud preventiva, encargada al Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez (CSCRSH) y la promoción de salud, al homónimo Centro de Promoción de Salud

y Cultura, operando ya desde fines del año anterior en el ex consultorio n°2 del sector CORVI. Esta solución, se origina, de acuerdo al relato del fundador, al observar de forma analítica, que esa *línea de trabajo* calzaba efectivamente con el enfoque de la promoción de salud, que se propone integrar las dimensiones psicológica, social y médica de la salud.

#### *4.1.3 Años 2001-2002: Resistencia al modelo de salud tradicional e innovación*

Entre estos años, los gestores y el fundador identifican una pugna interna que no llegó a mayores consecuencias precisamente por ser el propio director del DDS quien promovió desde siempre una integración de dimensiones complejas en las acciones de la APS quillotana.

Sin mayores consecuencias, se resistió frente a la incorporación de profesionales de tipo biomédico.

#### *4.1.4 Años 2003-2010: Un modelo en consolidación*

Entre estos años es donde comienzan a verse los principales hitos históricos del CPSC. Ya se definen las principales actividades permanentes – las que progresivamente comienzan a instalarse en la comunidad, como se verá – que en términos generales, definen las grandes esferas de participación que se darían de ahí en adelante en el CPSC: la esfera de participación deportiva y la esfera de participación creativa. Se ensaya una diversidad de conceptos de trabajo, ninguno enfocado desde la salud, sino desde una perspectiva del bienestar social y humano. Esta mutabilidad o constante experimentación proveen al equipo – que desde esa fecha se consolida con dos gestores culturales (uno de ellos de renombre a nivel nacional, *fichado* por el CPSC a fines del 2002, que asume de subdirector) una trabajadora social, que asume como directora y tres profesionales provenientes de la pedagogía, del diseño y de la carrera profesional de música. Con leves cambios, es ese el perfil que se mantendría hasta el día de hoy, en donde se observa una labor legitimada por la población de Quillota.

#### *4.1.5 Año 2011 hasta la fecha:*

Desde 2011 en adelante el CPSC comenzaría a experimentar un aumento exponencial de sus usuarios(as). Esto debido a la modernización vial y urbanística de la comuna, que permite el desplazamiento masivo de la población por una de las arterias principales de Quillota, ubicada desde 2010 en avenida Condell, donde se ubica el inmueble que alberga la organización. Se incrementa la afluencia de usuarios(as), como también la complejidad de la labor del CPSC, abarcando más actividades permanentes y más de tipo itinerante.

## 4.2 Contexto local de innovación

Una importante condición para este proyecto es su génesis circunscrita en un contexto general de innovaciones llevadas a cabo en la Atención Primaria en Salud (APS) impulsadas por la administración de Luis Mella, médico que aún detenta el cargo de alcalde de la ciudad de Quillota.

Desde 1995 comienza un proceso de *reingeniería del sistema*, que entre otras cosas, genera la sistematización de la APS de Quillota, en una red informática de bases de datos. Esto genera mejoras en la atención a los(as) usuarios(as), eliminando, entre otras cosas, la ventanilla y las largas filas en la madrugada, como también se reforman los estatutos orgánicos internos de la APS, con mejoras significativas para cada estamento de la estructura organizacional, compuesta por auxiliares de servicio, funcionarios, técnicos y profesionales; estos últimos principalmente del área de las profesiones de salud.

Este proceso de *reingeniería* fue encargado a quien asumiría luego como director del DDS, trabajador social que se constituiría como el primer profesional *no médico* en asumir este rol<sup>10</sup>. Este aspecto es determinante para los procesos posteriores, en los que comienza a visibilizarse una *revolución de estatus* comenzando por el nombramiento de otros profesionales del área social en puntos importantes del sistema, como la dirección del Centro de Salud San Pedro a cargo de otra trabajadora social, al igual que la Plataforma de Gestión Familiar y como también ocurriría en el Centro de Promoción de Salud y Cultura.

En este sentido, la creación del Centro de Promoción de Salud y Cultura (CPSC) también se circunscribe en una *revolución de estatus*, en dos dimensiones distintas, aunque

<sup>10</sup> En una estructura dominada por lo que denominamos Salud Tradicional, el levantamiento de información para la evaluación de las prácticas propias no parece ser un objetivo relevante, a juzgar por la ausencia de información referente a la evolución de la APS de la comuna de Quillota, como una *organización pública* capaz de evolucionar. Ciertamente es algo que pervive hasta nuestros años, siendo este el primer intento de sistematización en más de 20 años de procesos de innovación en la APS, incluso habiendo una administración tendiente a la innovación en pro de la mejora de su servicio.

relacionadas. El concepto de promoción de salud deja de ser un concepto periférico en la realidad de la APS, pues se orientan recursos significativos para su implementación (un centro, en un inmueble que antes fuera un consultorio, con personal), como un enfoque relevante de abordar. Además, la dirección y liderazgo de estos esfuerzos se traducen en un cargo legítimo de Director(a).

“Generalmente los encargados de promoción de salud es como lo que no pesca nadie...digamos...acá no. Acá es una directora igual que cualquier otro director. La validamos a nivel del sistema, es parte integrante del sistema y tiene el mismo estatus. Exactamente el mismo estatus. Los funcionarios del Centro de Promo son funcionarios de salud, regidos por la misma ley, con los mismos derechos, con los mismos deberes.” (Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

Con una marcada presencia de profesionales del área de las Ciencias Sociales, el DDS emprende una trayectoria, que desde la apertura de este espacio en 1999, y luego su posterior nombramiento en 2000 como Centro de Promoción de Salud y Cultura, que aún depara describir más impulsos de innovación en materia de APS, como la focalización de la *prevención en salud* y de la *perspectiva* asistencial en centros respectivos que describimos en la fundamentación del presente trabajo. De ello no ahondaremos aquí; más, es un trabajo sin precedentes que debiese ser sistematizado con el objeto de aportar con experiencia a otros modelos de APS del país.

#### **4.3 Comprensión: un equipo de salud empático**

Aquí utilizamos dicha categoría para explicar que hay un equipo *comprendivo*, liderado por el Director del DDS, que actúa en torno al reconocimiento de algunas condiciones que evidencian *malestar social* dentro de la realidad nacional y local, por la cual se toma partido implementando el CPSC.

Una de ellas descrita de forma minuciosa por el trabajo realizado por el PNUD en la elaboración del PNUD-IDH 1998, en el que se da cuenta del proceso de individualización que evidencia la sociedad chilena – descrito en el marco teórico – en el que se describe una sociedad chilena regida por el miedo al otro y la reticencia a relacionarse con los demás.

“(…) sale el estudio del PNUD, que habla de construir mayor ciudadanía. Y que habla de este tema, de cómo la sociedad chilena hoy en día vive no solamente en la competencia, sino que también en el miedo, en el miedo de uno de otro, entonces va eliminando todo lo que es la asociación y lo que es la colaboración entre las personas y todo.” (Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

Otra condición identificada refiere a la incapacidad de las instituciones públicas de hacer frente a esta *pérdida de la sociabilidad*. Sobre esto, el director del DDS percibe que en el ámbito de acción municipal, existen políticas de trabajo con la ciudadanía cuyas orientaciones se muestran completamente incapaces de hacer frente al escenario descrito por el IDH 1998, lo que fuera precisamente utilizado como argumento a la hora de presentar la idea inicial al alcalde:

“Le dije mira, hoy día la política social apunta a que existan las casas de los jóvenes, casa de la juventud, las casas de la mujer, las casas del adulto mayor, las casas de los temporeros, y ahora empezamos con los oficios, los temporeros...y vamos a tener a grupos segmentados en distintas casas, ¿cachay? y nunca se van a juntar po ... y si no se juntan en sus casas naturales, y después la política social los pesca, los ubica y los encapsula, digamos...y no se da esa cuestión tan rica entre los viejos y los jóvenes, entre los jóvenes y los niños, ¿cachay? Es súper rico eso. No hay política social po... eso le dije yo. No es política social y eehhh... y eso va en una crítica a lo que el propio municipio hacía.” (Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

Una tercera condición significativa que evidencia la *empatía social* propia del perfil de liderazgo que impulsa el proyecto, refiere a la relación de sentido ejecutada por el propio Director del DDS, quien en su biografía registra un interés *subjetivo* postergado en el ámbito de la música, debido al contexto de represión social y política en el que se embarcó a desarrollarlo en su juventud. En este contexto además de escasear los medios para llevar a cabo la actividad, existía una polarización de las tendencias musicales en los dos discursos antagónicos que por ese entonces dominaban la arena política y consiguientemente, la social, donde *lo que no era pro régimen*, se situaba al otro lado en la izquierda revolucionaria.

“cuando yo tenía unos veinte, promediando los veinte, algunos menos, algunos más...en tiempos de dictadura tuve... con tres amigos hicimos un grupo de música. Que era



bastante difícil hacer música, porque lo que no era pro-régimen, que obviamente no era lo nuestro, se saltaba inmediatamente casi a un extremo, que es la música más de batalla, la música más contingente.”

Las condiciones en las que se planteaba esta actividad estaban marcadas por la escasez de espacios para el desarrollo de la disciplina y la fuerte politización de la música, que dejaba fuera a aquellas propuestas que no involucrasen arengas políticas o intereses de clase dentro de sus contenidos. Esta *sensibilidad o empatía* con respecto al proceso de individualización de la sociedad chilena – en dos contextos distintos, pero parte de un mismo proceso histórico – permite al Director del DDS y su equipo movilizarse frente al hecho de que en la comuna de Quillota no existiesen espacios públicos de sociabilidad e implementados para el desarrollo de proyectos creativos de forma libre, sin un currículo de por medio<sup>11</sup>. Esto les permite pensar en que la implementación de una *línea de trabajo* como esta, podría incluso acercar al grupo etario de los jóvenes a la APS, cuestión hasta ese momento muy poco común. Así, el impulso gana fuerza y se orienta a su materialización:

“Yo dije, esto tiene que ser porque además era algo que iba dirigido a jóvenes y yo creía que en el ámbito jóvenes, era de lo... aunque sea lo más insignificante, en términos de envergadura, iba a tener una tremenda proyección al interior del sistema, porque ese segmento social que habitualmente no entra en la política de salud, la política pública de salud...te estoy hablando de la primera etapa, la primera etapa, cuando había que lanzarse con algo. La pensamos mucho y todo, hay que lanzarse.” (Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

Este hallazgo nos permite rastrear la verdadera inspiración que permitió la emergencia de un programa con estas características. No se halla, como se observa, relacionado con el interés de llevar a cabo la aplicación de la Promoción de Salud desde la salud pública, en particular desde la APS. Más bien es la respuesta a la evidencia reunida por los estudios del PNUD que caracterizan el proceso de individualización que se observa en la sociedad chilena, puntualmente el informe editado en el año 1998. Lo que sucedería luego con el lanzamiento del programa con el concepto de Promoción de Salud (CPSC) refiere a otras condiciones que debían ser atendidas para la emergencia de esta organización. Estas están vinculadas a la

<sup>11</sup> Quienes destacan en su trabajo por las disciplinas formativas en la dimensión artística es la Casa de la Cultura, que opera con una lógica más parecida a una academia de artes; y también la Escuela de Bellas Artes ubicada en la localidad de Boco. Pero, ambas se encuentran organizadas en torno a currículos rígidos.

necesidad de legitimar el espacio dentro de la red de centros de salud de la APS de Quillota, aspecto que será abordado al final de este capítulo.

#### 4.4 Crítica a la Salud Tradicional

Una propiedad clave para este *proceso de génesis* del CPSC es la posición crítica mantenida, frente a lo que aquí denominamos *salud tradicional*. Con este concepto, nos referimos a la *cultura* que define las prácticas médicas y de las especialidades asociadas, determinando su causalidad con la dimensión biológica de la salud. Le denominamos tradicional, porque es precisamente el discurso o posición que domina históricamente la actividad en salud, oponiendo grados de resistencia, quizá imperceptibles por los propios profesionales del área salud. En lo que refiere a la presente investigación, la *salud tradicional* opera como un discurso al que el director del DDS, de un perfil *humanístico*, opone *resistencia* desde asumido su cargo.

“Ellos querían que igual tuviéramos una sala de primeros auxilios, de hecho el alcalde también estuvo por eso, yo le dije sabís que, si no hacemos algo profundo, no se va a poder. No se va a poder, tenemos que hacer algo profundo y aquí no hay asistencia médica.” (Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

Es importante destacar que por entonces surge la petición de parte de la Junta de Vecinos, no abandonar completamente el enfoque propio de los consultorios clásicos en donde las prácticas están determinadas por los profesionales médicos y su enfoque definido por la *salud tradicional*, manteniendo algunos de los servicios vinculados a procesos de salud enfermedad. Cómo es de suponerse, se temía carecer de un servicio de un *nivel objetivo* dentro del orden de las necesidades básicas para el bienestar. Lo que se proponía la dirección del DDS era “más profundo”, por lo que opone *resistencia* a la inclusión de un enfoque como el citado, decisión fundada en el reconocimiento del *peso* que tiene la dimensión biológica, sobre la social y psicológica. Por esto, la decisión de no incluir los *equipos clásicos* de salud primaria se torna definitiva, consolidando por el contrario un equipo de gestores profesionales, provenientes de las áreas, social, artística y de gestión cultural.

“Si el clásico equipo de salud dirigido por un médico, que antes salía con la enfermera a la población y todo eso, ya no existe, ya no existe...eso lo terminó la propia medicina, ya mató eso.” (Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

“ya se termina eso de querer meter lo clásico del sector salud en el promo, que había sido casi compulsivo a lo mejor en ese sentido...y ya queda un equipo ahí con Sandra, con Fritz, con Eduardo, con Alex...con la Lore.” (Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

Esta *resistencia* a la *salud tradicional* dada en el *proceso de génesis*, es coherente con la posición crítica frente a la promoción de salud que adoptamos en el marco teórico, que reconoce que los intentos de impulsar programas de promoción de salud desde los sectores de salud, han sido constreñidos por esta visión determinista de la salud (Wald, 2009) que acá llamamos *salud tradicional*, provocando su lejanía con la definición de *promoción de salud* la que de este modo pareciera una *retórica vacía* (Wald, 2009)

Un efecto de esto es la consolidación de un equipo de gestores(as) exento de profesionales de la salud, en tanto *salud tradicional*. Esto permitió mantener un determinado perfil – descrito en esta investigación – independiente de su influencia.

#### **4.5 Coherencia externa legitimadora.**

Para legitimar el espacio que se implementa en respuesta a la evidencia reunida por el informe del PNUD 1998, se recurre a un concepto, que como planteamos en el marco teórico, responde desde la dimensión *Salud* al proceso de individualización de la sociedad chilena. La Promoción de Salud precisamente plantea que las estrategias de salud deben ser capaces de integrar estrategias que permitan acceder a las complejas y diversas dimensiones de la vida social y del proceso salud-enfermedad en sí mismo.

Recordemos que la comprensión que de la categoría de Promoción de Salud plantea el MINSAL a través de su PNPS 1998 está basada en la *promoción de estilos de vida saludable*, comprendido como la *promoción* de prácticas relativas a factores de riesgo, asociadas a variables determinadas, como la alimentación, el consumo de tabaco, la actividad física y la salud mental, todos estos, factores – en aquel momento – problemáticos de acuerdo a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (1997) que sirve como marco de referencia para la

elaboración de dicho plan. Lo que se observa en el CPSC es la identificación directa y explícita de la Promoción de Salud – no así la de *estilos de vida saludable* – con el proceso de individualización descrito en el IDH 1998, lo que determinaría la elección del título y nombre con el que el programa en proceso de nacimiento se daría conocer a la comunidad, completamente legitimado con la política que pretende amplificar la consideración que la población tiene del fenómeno de la Salud. De esta forma, el DDS conectaba con un fenómeno macro social (Strauss y Corbin, 2002) la implementación del CPSC.

“Pero había algo más, porque yo inmediatamente (*pensé*) en el contexto de la promoción de salud. Por eso, hay una circunstancia, pero también hay una cuestión que es propio de las ideas de cada uno, de la teoría, de otras cosas, del modelo, en fin...que vienen a dar la condición, viene a generarte la condición. Y yo decía podría dar un impulso al ámbito de la Promoción de Salud, para poder enmarcarlo con la pega y todo, para mi cargo.”

(Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

Lo que el director del DDS identifica con la palabra *condición*, es efectivamente el medio mediante el cual se logra legitimar este espacio, que emerge primero como un lugar en que se lleven a cabo actividades colectivas que pudieran aportar al ámbito de las relaciones sociales, en el contexto del proceso de individualización de la sociedad chilena, en donde una parte importante de la propuesta, sería aportar también con espacios para el desarrollo artístico y musical de los jóvenes, comúnmente ausentes de la APS. El ejercicio de buscar un concepto que pudiera validar su implementación es secundario a la conformación de un centro que reunió desde su primera convocatoria a personas de diversas edades, géneros y tendencias, como queda evidenciado en los hallazgos.

Lo que emerge durante la trayectoria del CPSC representa una innovación sin precedentes en la medida en que se logra implementar un programa que como se verá en el próximo capítulo, responde a ciertos fenómenos relativos al *malestar subjetivo*, bajo el título de promoción de salud, pero poniendo en el centro la subjetividad de los(as) usuarios(as) de la organización, logrando generar procesos y trayectorias que desde esa premisa dimensional, muestran coherencia con los principales supuestos que se plantea la promoción de salud, la que por sus fracasos prácticos determinados por la Salud Tradicional, ha sido tildada de *retórica vacía* (Wald, G. 2009)

## CAPÍTULO 5: PROPIEDADES Y DIMENSIONES DEL MODELO DE GESTIÓN DE BIENESTAR SUBJETIVO DEL CENTRO DE PROMOCIÓN DE SALUD Y CULTURA DE QUILLOTA.

¿Qué fenómeno estamos observando?

El fenómeno central que observamos en los hallazgos corresponde a la emergencia de un modelo de gestión de bienestar subjetivo, llevado a cabo por parte del Centro de Promoción de Salud y Cultura. Recurrimos al tipo ideal *modelo de gestión* para aludir al proceso que se encarga de poner en marcha acciones que llevan a los(as) usuarios(as) del CPSC a *experimentar* en torno a sus propios intereses personales. Este *modelo* lo gestiona un equipo interdisciplinario de profesionales, provenientes de las ciencias sociales, de la gestión cultural y de las artes, que provee a sus usuarios(as) un servicio de producción reflexivo – en el sentido elaborado por Giddens, de acuerdo a la *modernidad reflexiva* – en tanto cuenta con los medios que proveen las actuales tecnologías de la información y la comunicación.

En el capítulo anterior se describió el *Proceso de Génesis e Implementación* del Centro de Promoción de Salud y Cultura, categoría con la que damos cuenta de las principales *condiciones* que posibilitaron la emergencia de este modelo, con el objeto de observar en la trayectoria del CPSC como es que se originan las principales *condiciones* mediante las cuales, entre otras cosas, el modelo queda *libre* de la *salud tradicional*, determinada *biomedicamente*. El objetivo central de este capítulo es describir las propiedades y dimensiones del proceso central que viven los(as) usuarios(as) del CPSC en el marco de su participación. Este *proceso central*, o *categoría central* (Strauss y Corbin, 2002) corresponde al fenómeno definido con la categoría *bienestar subjetivo* (BES), el que se halla en el centro de todos los fenómenos reportados por los(as) usuarios(as) y gestores(as), evaluaciones que realizan los individuos de su “autoimagen, condicionada por marcos sociales de interpretación” (PNUD-IDH 2012), reflexiva y emocionalmente, pudiendo expresarse estas evaluaciones de muchas formas (ídem), positiva o negativamente, indicando la presencia de *bienestar subjetivo* (BES) o *malestar subjetivo* (MES).

Para describir el modelo de trabajo del CPSC, en el este capítulo se procederá a describir *como son* las evaluaciones/valoraciones en el marco de las conversaciones con los

distintos grupos de usuarios(as) que participaron durante el trabajo de campo, que a su vez corresponden a representantes de las 4 actividades que registran la mayor afluencia de usuarios(as) en el CPSC. Estos son los grupos conformados en torno a las actividades de Aeróbica, Zumba, Sala de Música (o sala de ensayos musicales) y Sala de Exposiciones de Obras de Arte. Estos, como se dijo, son los grupos que reúnen un mayor número de usuarios(as) dentro del CPSC.

Para dar cuenta de las *condiciones* en las que se producen los fenómenos relativos al *bienestar subjetivo*, hemos optado por presentar primero los fenómenos relativos al *malestar* con las instituciones sociales, proporcionando un análisis de los hallazgos en los que estas se *tensionan*. Así, en el subsiguiente apartado se expondrá el análisis de los hallazgos relativos al *bienestar*, fenómeno con el que se identifican prácticamente la totalidad de las acciones descritas por los(as) usuarios(as) en el marco de su participación en el CPSC.

Posteriormente, en la descripción de los fenómenos relativos al *bienestar subjetivo*, utilizaremos la estructura propuesta por el informe PNUD- IDH 2012 referente a las *capacidades para el bienestar subjetivo individual*. Esto debido a que la totalidad de hallazgos relativos al *bienestar* coinciden con esta estructura, si bien aludimos a la particularidad del fenómeno con categorías analíticas específicas *fundamentadas* en los datos, como se verá al comienzo de cada apartado.

### **5.1 Bienestar y Malestar Subjetivo con la sociedad: Nostalgia de Instituciones Zombie.**

Tal y como plantea el PNUD-IDH 2012, al examinar las evaluaciones que las personas llevan a cabo sobre sus vidas, se mezclan tanto apreciaciones “positivas como negativas en campos diferentes sin que eso signifique inconsistencia: más bien son tensiones particulares que deben comprenderse y manejarse” (PNUD-IDH 2012) mediante la identificación de sus causas, y para este caso, la descripción de sus efectos.

Institución zombie, es una categoría que recogemos de la obra del sociólogo Ulrich Beck; zombie porque son instituciones sociales “*muertas, pero aún vivas*” (Beck, 1996). Esta investigación reporta su muerte efectiva, en la medida en que sistematiza el trabajo de una organización que se encarga de hacer frente a esta pérdida *vital* de las instituciones. Hemos utilizado la categoría *Nostalgia de las Instituciones zombie* para expresar la *dimensión* en la que se circunscribe el *malestar* hallado en el centro de las *evaluaciones* sobre sus vidas y

sobre el mundo, como esperando aún que sean estas las que satisfagan la crisis de sentido. Es preciso aclarar que dichas evaluaciones se utilizan para describir el contexto desde el cual los(as) usuarios llegan al CPSC, correspondiendo al *mundo en el que viven*.

### 5.3.1 Familia

#### *Suspensión de la subjetividad*

La Familia es identificada de forma ambigua. En una dimensión *problemática* de esta categoría, observamos que cuando se habla de la *familia propia*, aquella a la que *uno(a)* pertenece, se refiere a un entorno en donde se produce una especie de *suspensión de la subjetividad*, resultante en una sensación de agobio y estrés.

“Me ha pasado que a mí me ahoga la casa ya así que.... estar todo el día haciendo las cosas de la casa y ya eso me ahoga...entonces cuando uno viene para acá, se desestresa, ya no pienso en ninguna burrada de la casa, ni de lo... ni siquiera del marido ni de los hijos.” (Dueña de casa, 53 años, Grupo Aeróbica)

En esta aseveración, se enumeran los integrantes de la familia como si cada uno constituyera un problema. No es difícil relacionar esto con la idea de que cada integrante de la casa reposa sus propios problemas en la capacidad de la *dueña de casa* para solucionarlo o llevarlos. Antes de observar cómo se halla este *fenómeno* en otra usuaria, nos parece relevante incorporar la reflexión de que detrás del concepto de *dueña de casa* radica la idea de que junto a la *dueña de casa* existe un *hombre proveedor*, que lleva a cabo una labor remunerada para la consecución del sustento de la familia, en una especie de *contrato social primario* que se observa en las *dueñas de casa* participantes del trabajo de campo. Es destacable, que junto a la evaluación negativa de su familia – una institución *zombie* – se observa el fenómeno contrario, la *evaluación positiva* de su participación en las actividades del CPSC.

Esta dimensión que genera la *suspensión de la subjetividad* para esta *Dueña de Casa*, se amplifica en la siguiente aseveración perteneciente a una mujer participante del grupo que practica la actividad de Zumba. Ella presenta nuevamente una *evaluación* que se identifica como negativa, en donde se problematiza el *hogar y la familia*.

“Ehh... si, eeh... sabís que, te, te, te, te despeja de repente que tenís tantos problemas...Yo tengo imagínate, tengo de 23, de 18 y de 15 que es mi guagua, que igual tenía hartos, como hartos problemas de repente con el...” (Dueña de Casa, 49 años)

Al señalar que experimenta problemas en su vida, amplifica la respuesta sobre que actividad la despeja, procediendo a enumerar sus hijos(as) junto con la edad de cada uno, como si tratase de indicar la especificidad de su responsabilidad para con ellos(as) con ese dato, que de cierta forma nos permite acceder a una comprensión de que tipo de situaciones puede generar cada hijo(a) de acuerdo a sus propias trayectorias en *la vida*. En este caso, en conclusión, observamos un caso en que se carga con la responsabilidad de los problemas de cada miembro del *núcleo familiar* a la *dueña de casa*, (un rol) que se encarga de gestionarlos, sin remuneración, a tiempo completo, con la consecuente *suspensión de su subjetividad*.

“somos dueñas de casa y con hijos grandes. Cuido a mi nieto. Entonces esto pa nosotras por lo menos es, pa salir de la casa.” (Dueña de Casa, 49 años)

Es preciso *comprender* que cada persona que se incorpora en la lista de aquellos a quienes tiene a su cargo esta mujer, constituye una individualidad, con una trayectoria propia y con circunstancias propias, que en este caso, debido al rol que asume ella, se cargan a la responsabilidad de esta persona. La *familia* y el *hogar* se presentan como una *institución* que no dejan espacio para *salir de la casa*, lo que expresa de mejor forma esta *suspensión de la subjetividad*.

Sobre esta misma dimensión problemática, reflejado por el rol de las dueñas de casa, encontramos la evaluación que realiza otra usuaria, que no menciona haber experimentado dicha suspensión, pero evalúa que el CPSC puede ser positivo para aquellas personas en la posición de dueñas de casa.

“No, y es un beneficio que... de repente no se po, acá viene gente es *dueña de casa* que trabaja, quizá es gente que viene como un poco a dispersarse de sus problemas... (Mujer profesional, 37 años)”

Al igual que en las citas anteriores, esta persona, quien como se verá no se reconoce dentro de este rol, también lo *problematiza* aludiendo a que acarrea responsabilidades que se



traducen en problemáticas específicas para lo cual el CPSC constituye un espacio en donde pueden disiparse. Como se vé cada evaluación negativa se traduce en una positiva en lo que refiere a la participación en las actividades del CPSC.

### 5.3.2 Salud

*Visión problemática de la salud: dimensión biológica y salud tradicional.*

La Salud también presenta tensiones en el relato de quienes participan en el CPSC.

En una dimensión, la salud se padece, de forma que constituye un ámbito problemático, que acarrea importantes niveles de Malestar en una parte del grupo de usuarios(as) del CPSC. De esta forma observamos algunas personas que evidencian ciertas condiciones de salud o enfermedades, que nos muestra la importancia innegable de la dimensión biomédica de la salud, en la cual las personas se sitúan cuando ya han experimentado daño y deben ser asesoradas por profesionales que adscriban a lo que hemos denominado Salud Tradicional.

“Por ser, yo soy, tengo enferma de mi rodilla, yo no puedo hacer zumba. Prohibido total...Si. Pero...igual venimos. A veces...por ser hoy día ya tengo mucho dolor, entonces no pude hacer mucho.. como, pero igual vengo, ¿sabís porque? porque me siento bien.  
(Dueña de Casa, 49 años)

Nuevamente, junto a una *evaluación negativa* de su propia vida, encontramos una *evaluación positiva*, que sopesa la dimensión problemática expuesta. En este caso se trata de una Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT) la que *tensiona* la vida de esta persona, brindándole *malestar*. Esta vez, el problema de salud queda en un segundo plano, debido a la satisfacción de participar en la actividad realizada dentro del CPSC, si bien esta constituye una contraindicación médica que va en un detrimento objetivo de su condición de salud. Esto refleja el *potencial* que representa la *dimensión subjetiva* de las personas, en el ámbito del trabajo comunitario en el sector público, en una situación extrema de *daño de salud*, en donde adquiere mayor importancia el Bienestar Subjetivo y la Sociabilidad, antes que el detrimento físico producido por una enfermedad. Esto sin duda expresa una posición crítica en cuanto a *la suspensión de la subjetividad* en la que incurren estas usuarias, en el que su

*reivindicación* en esta dimensión se superpone a la importancia y *urgencia* de una enfermedad.

Más usuarias plantean el padecimiento de enfermedades, acompañando la descripción de su *malestar* con *evaluaciones positivas* relacionadas con su participación del CPSC. Basta con agregar una última consideración que ciertamente muestra la experiencia o proceso reconocido por la salud pública como *Proceso Salud-Enfermedad*, constituyendo el tipo de gestión en el que incurre la *Salud Tradicional*, en donde solo se vislumbra la *reparación al daño*.

“Mira empecé con, tengo las rótulas muy sueltas. Y... me tocan los tendones. Donde está tan suelta me toca los tendones y tengo problemas al riñón. (Investigador: ¿Dónde te atiendes?) Ehhh en el consultorio. Pero me dijo la doctora, mira, te recomiendo que vayas a Viña y te caigas, en Viña. Y ahí hay un doctor que te puede ver, porque aquí en Quillota no hay. (Dueña de Casa, 49 años)

Constituye un caso extremo, que no nos proponemos generalizar, pero refleja como la *dimensión biomédica* de la salud, no detecta otras formas de incidir en los estados de salud más que considerando el *daño* o la *enfermedad* para realizar una intervención en salud. En este caso, sin importar que el estado evidenciado por la persona empeore o determine efectos catastróficos, la recomendación es incrementar el daño, pero fuera de la jurisdicción en donde ella vive y se desenvuelve, para poder recibir atención médica de un especialista del sector público que podría atenderla.

Otra dimensión problemática distinta a la que hemos mencionado refiere a lo que, tanto en el discurso de los(as) gestores(as) como en el de los(as) usuarios emerge definido por evaluaciones negativas sobre la salud. Esto refiere específicamente a la categoría de *Salud Tradicional*, que hemos propuesto en el presente estudio para *comprender* la forma en que se manifiesta. Esta dimensión está definida por la consideración de la Salud, como una *institución rígida, jerárquica y problemática*, de la que un segmento de la población no participa<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Tal como menciona el Director del DDS y fundador del CPSC, que luego de comprender que su iniciativa de generar un espacio de socialización y actividades relacionadas con la subjetividad (explicación que se halla en su relato) estaba construida sobre su propia *comprensión* de determinadas *condiciones*, que entre otras, mostraban que los jóvenes en la comuna de Quillota, no participaban del *sistema* de Atención Primaria en Salud.

“Víctor planteaba que para tener una relación con la institución que era el departamento de salud, que nosotros en esos momentos pensábamos que era... cualquier huevá, un hospital, una huevá así...y pa establecer una relación con ellos, necesitaban un delegado... No, en realidad ni siquiera como el hospital...sino que ... en realidad no teníamos ninguna relación con el sistema de salud, si no no....esa es la huevá no existía esa huevá pa nosotros ... nosotros jugábamos Basket Ball, éramos músicos, no sé po ... éramos... hueviábamos, teníamos amigos... o sea toda la huevá pero no... jaja... tocábamos”  
(Músico y gestor del CPSC, 38 años)

Se observa la puesta en relación de la *institución salud*, representada por un hospital, en comparación con actividades que se circunscriben en la *dimensión subjetiva* del grupo de jóvenes, representados por este músico perteneciente a la primera generación de jóvenes que llegaron al CPSC a fines de 1999. En la cita se observa como estratégicamente la dirección del DDS mantuvo en una deliberada indefinición aspectos del espacio que se abría – cómo por ejemplo que pertenecía a la APS – con el objeto de dejar relegado el enfoque dominante de salud fuera de la implementación de este programa. Esto refuerza la idea expuesta en el capítulo 4, sobre la *resistencia a la salud tradicional*.

En el relato de otros jóvenes usuarios de la Sala de Música del CPSC, puede observarse nuevamente esta puesta en relación entre la *salud tradicional* y la participación en este espacio.

“Oye ¿puedo hablar con la encargada? Y el paso era directo, ¿cachay? No era una huevá con una burocracia horrible así de ir, de estar esperar dos horas que... la señora que está muy ocupada...”

(Investigador: ¿Qué se parece a aquello que estás describiendo?)

A todos, a todos los hermanos del promo ¿cachay?...a todos los hermanos del promo se parece eso. Es el hermano loco.” (Músico, profesional, 28 años)

En ese espacio rígido, en donde la atención se estructura mediante un sistema burocrático, se ubican los aspectos centrales de lo que denominamos *salud tradicional*, en donde la relación con la persona se mantiene en un plano pretendidamente *objetivo*, controlado por el discurso clínico y la acción burocrática, con el objeto de detener el involucramiento entre los profesionales expertos y los pacientes o casos. Lo que configura este *discurso* no es más que una forma de racionalización en el ámbito de las *instituciones*

*sociales*, que observamos en el proceso de investigación, no solo más *lejanas* a los problemas de los individuos, sino que efectivamente *construyendo* la subjetividad de sus supuestos(as) usuarios(as), configurando formas de malestar. Así mismo, puesto en relación, el CPSC constituye un “*hermano loco*”, que se distingue de estas consideraciones, con una *horizontalidad* que permite acceder a quienes lideran sus acciones, particularmente refiriéndose a la posición de estos(as), a quienes se puede acceder de forma natural y directa, como seres humanos *cercanos*, sin mediación de una acción burocrática, dejando de la lado la *posición de expertos*.

Así es como una condición fundamental para la emergencia de un *modelo de gestión* como este, es la *resistencia* a la *salud tradicional* con la que la dirección del DDS pudo mantener este espacio *libre* de la influencia de aquellos profesionales que desde una posición de expertos, determinan sus acciones con enfoque biomédico, dejando de lado de forma deliberada<sup>13</sup> a las dimensiones relacionales y emotiva de los(as) sujetos(as) atendidos.

“Porque la asistencia médica es así, la asistencia médica es así, o tú renuncias o no renuncias. La asistencia médica es así. Iba a ir consumiendo, iba a hacer que eso fuera in crescendo todo lo que es el... el cuidado que la gente la asistencia médica para mucha gente es... no se... es como vivir con la pistola en el velador.” (Director del DDS, Trabajador Social, 54 años)

### 5.3.3 Escuela

#### *Trayectoria educativa y posición en la estructura social.*

La *escuela*, categoría con la que aludimos a la *institución educativa*, evidencia una dimensión problemática dentro de la vida de los usuarios(as) con los que se conversó durante el trabajo de campo, en tanto que emerge como una variable estructural que en parte, determina evaluaciones negativas y positivas en determinados temas. Así es como podemos notar que en la *dimensión problemática de la escuela*, se observan diferencias referentes a la experimentación de *malestar* o *bienestar* por parte de los(as) usuarios(as), entre quienes se reconocen como *profesionales* y quiénes no. Mientras que en aquellas personas que se

<sup>13</sup> Qué es en definitiva, la *esencia* del denominado Discurso Clínico. (ver, Foucault, M.; “*El nacimiento de la clínica*”)

reconocen como dueñas de casa se observan la mayor cantidad de evaluaciones negativas en torno a su propia vida y sus circunstancias, en aquellas que reconocen una labor profesional dentro de sus vidas, al margen de su participación en el CPSC, se observan *respuestas* orientadas a subsanar las condiciones dadas de *malestar*.

Entre las personas que problematizan el hogar, en el que se encuentran relegadas mediante un contrato social primario, al rol de dueñas de casa no hay una capacidad de gestionar su propia dimensión subjetiva, que como mencionamos se encuentra en un estado de suspensión. En quienes reportan una actividad profesional, aun percibiéndose valoraciones relativas a condiciones estructurales que constriñen su individualidad, como es el caso del trabajo, como se verá más adelante, se halla siempre la presencia de la dimensión subjetiva en lo que describen de su vida, que para este caso, refiere a las vivencias fuera del espacio del CPSC.

“(…) yo vengo hace un año casi...cuando llegue junto con ella, súper bien la acogida, no sé, me hecho de amigas he entablado lazos de confianza, entonces eso igual es rico porque tú en el día estay llena de cosas y llegay acá y sientes como que tu espacio, te day el tiempo pa reírte, pa conversar, oye me paso estoy aquí.

(…) es bonito o sea a mí... me relaja, me río, echo la talla, no se po. Así cómo yo hablo desde lo humano, ¿cachay?, desde la buena onda.” (Mujer, profesional, 37 años, Grupo Zumba)

#### *Intereses subjetivos y educación efectiva de valores.*

Otra dimensión problemática de la institución educativa, se observa cuando los jóvenes músicos que participaron del trabajo de campo refieren al lugar que ocupaba el CPSC en su vida escolar. Este se posiciona como un ambiente educativo en el que se dan importantes procesos de adquisición de valores. Derivado de estos *valores y principios*, estos usuarios(as) identifican en el CPSC una labor más trascendente y relevante de acuerdo a sus intereses. No se trata de demostrar que las actividades que involucran la subjetividad son *mejores*, lo que percibimos con esta evaluación del CPSC de parte de estos jóvenes en cuanto a la *institución educativa*, es que el trabajo en esta dimensión es potencialmente una herramienta para

superar la *crisis institucional* en la que innegablemente se sitúa la *escuela*, en la sociedad actual.

“Entonces todos tenían que hacerse responsables de la huevá, de la forma que fuera. Haciendo un monólogo huevón, exponiendo una pintura o tocando po...el fin era el mismo, ¿cachay? y a la larga puta a cada uno fue profundizándolo pa su propia vida po huevón, ¿cachay? El ser responsable dentro de ese espacio que... en la edad que teníamos era una huevá, la responsabilidad era lo menos importante po huevón. Salir hacer la cimarra, hacer huevás, mandarte cagadas...era el momento, era el lugar, donde todos hacían la cimarra y llegaban a ser responsables ahí huevón, cuando tenían que estar en el colegio, pero llegaban ahí.” (Músico, 30 años)

Lo central es plantear que todos los procesos referidos por este usuario constituyen un *fenómeno motivacional* que no le es posible propiciar a la *escuela*. Pareciese que el *proyecto propio subjetivo*, cuando es compartido, arroja valiosos procesos de fortalecimiento de la dimensión subjetiva, la que en definitiva genera un efecto de estimulación y motivación, que en el relato de este joven, no es gestionada por la *escuela*. Esta por el contrario se identifica como una *institución social* que plantea *valores*, como conductas deseables o comportamientos deseados en el rol de alumno. El *proyecto propio subjetivo*, representa no solo un *proceso* más atractivo en comparación con el que propone la *escuela*, sino que muestra una más efectiva llegada a estos jóvenes, quienes mencionan la motivación y capacidad de *agencia* que suscita esta actividad<sup>14</sup>

#### 5.3.4 Trabajo

##### *Dos dimensiones: problemática y no problemática*

El *trabajo*, de la misma forma que la *familia*, es identificado como una institución social tensionada, problematizada por quienes se identifican como *no profesionales*. Cómo se mencionó en el apartado anterior, lo que diferencia esta *dimensión del trabajo* es

<sup>14</sup> Los puntos fundamentales del Currículo Escolar propuesto por el Ministerio de Educación (MINEDUC) son: (mencionar los puntos fundamentales... ponerlos en relación con aquellos que plantea el CPSC a través de la gestión de proyectos propios)

precisamente el *capital cultural*, específicamente su *instrucción profesional* o la inexistencia de esta.

Por una parte, dentro de quienes se identifican como *no profesionales*, este se presenta como generador de *Estrés y Agobio*. A su vez, el *Estrés* hallado en el relato de esta usuaria, adquiere una *evaluación* negativa, en donde se alude a su relación con el *daño* que puede producir en la persona, pero en la *dimensión emotiva o psicológica*, en la cual se sitúan los fenómenos atribuidos a la *subjetividad*:

“Porque... para mi este es mi vida, me relaja me, me sirve porque me saca el estrés que tengo todo el día en el trabajo (...) El estrés, si el estrés ahora mata a la gente. (Mujer, trabajadora, 60 años, Grupo Aeróbica)”

Consideramos que aquí también se hace patente una *suspensión de la subjetividad*, esta vez relacionada con otra institución social vinculada a la *capacidad o nivel objetivo material* del *bienestar*, como es el trabajo. Junto a esta *evaluación* observamos la *valoración* que la persona identifica con su participación en la actividad realizada por el Grupo Aeróbica, en la cual logra “sacarse el estrés”, en lo que identificamos como una manifestación contraria a su *malestar*, ubicada en su relato junto a la evaluación positiva relativa al *bienestar* experimentado en la actividad.

Dentro de la misma dimensión problemática con respecto al *trabajo*, consideramos que tiene cabida considerar la ocupación *tensionada* de las *dueñas de casa*, quienes experimentan un grado de *malestar* que se explica con los mismos términos, pero que tiene un elemento extra. Este constituye una labor no remunerada, irrenunciable, en la que se tiene una obligación moral de mayor grado de compromiso y potencial reprobación social que en el ámbito estrictamente laboral.

## **5.2 Bienestar subjetivo individual. Dimensión deportiva de participación.**

### *5.2.1 Nivel Práctico y material: alternativas integradas (biológica y psicosocial) frente a las ECNT*

El grupo de usuarias proveniente de la actividad física denominada *aeróbica*, reconocen que mediante esta práctica pueden hacer frente de mejor forma con su condición crónica de salud. Esta condición crónica si bien podría parecer una razón por la cual no llevar a cabo

actividad física, se halla justamente *valorada* por parte de las usuarias, quien reconoce a su vez que no le es posible llevar a cabo la actividad de forma completa, o fluida, debido a otros problemas vinculados con su salud física.

“(…) yo estoy con un colesterol muy alto. Pero gracias a los ejercicios me bajó, porque me controlaron. Pero sí que estoy a un paso de una pre diabetes. Eso me tiene bajoneada, hace dos días que me bajoneo. Dije bueno, te dijeron que no dejaras de hacer ejercicio, me voy a bajonear, bueno, voy a darle hasta donde más pueda no más po…”

“(…) yo tengo problemas en las rótulas, se me desplazan, la cadera, entonces, los brazos, entonces yo siempre hago en un rincón a lo que yo pueda. Les digo eso sí que todas las profesoras que han habido acá yo les he expuesto mi problema ninguna me ha obligado a brincar a saltar. A lo que yo pueda.”

(Mujer, 72 años, jubilada)

Se observa en la cita, que pese a los problemas que puede suscitar, la usuaria prefiere llevar a cabo la actividad física. Consideramos que experimentar bienestar subjetivo se torna más importante para esta usuaria, incluso poniendo en juego otros aspectos de su salud física con el objeto de pertenecer y participar del grupo de aeróbica. En este sentido observamos que los malestares físicos tampoco son unívocos y están sujetos a la complejidad de perspectivas; en este caso la edad de la usuaria no le permite desarrollar con fluidez algunos movimientos, mientras que la actividad misma le provee una buena forma de mantener su diabetes controlada; las dimensiones psicológica y social – o la dimensión subjetiva – si se ven favorecidas por el hábito que la usuaria mantiene.

Otra usuaria del mismo grupo de *aeróbica* manifiesta que a través de la actividad, afronta las dificultades que le proporciona su propia ECNT, que también corresponde a la diabetes.

“Entonces...y ahora con mayor razón no puedo dejar, porque soy diabética, entonces lo que más me pidieron es que yo tenía que hacer ejercicio, aunque hubiese bajado de peso, eeh (...) No podía dejar de hacer gimnasia porque tenía que quemar calorías. Pero...igual a veces yo, mi cuerpo se pone flojito, porque la misma diabetes, te lo hace sentir así...”

(Dueña de casa, 53 años, Grupo Aeróbica)



Esta usuaria integra en su definición la forma en la que el ejercicio le permite hacer frente a la dimensión *biológica* de su enfermedad, como también le permite afrontar el efecto que tiene sobre la dimensión psicológica y social, al tener incidencia directa sobre el estado de ánimo, que unido a la responsabilidad de ser dueña de casa, podría determinar que la usuaria no realizase la actividad. Es aquí donde emerge la conformación de *grupos primarios* como fundamental para comprender el *bienestar subjetivo* hallado en esta esfera de participación.

“(...) una comparte, aprende cosas eeh...como que también se culturiza cuando uno tiene otro... tiene roce con otras personas, porque hay cosas que uno no sabe y las aprende de otras personas, me entiende, entonces... aprende a compartir, lo bueno, lo malo...claro. Y ahí a veces uno saca... a veces piensa uno se siente sola por los problemas y piensa que es uno no más, que a uno le está pasando esas cosas, que uno la que está mal, pero resulta que de repente después uno se pone a conversar y no po...” (Dueña de casa, 53 años, Grupo Aeróbica)

Desde ese espacio en donde se produce la *suspensión de la subjetividad*, destaca la sensación de no *estar sola* en lo que refiere a sus circunstancias, en el contexto en el que las exigencias del oficio de *dueña de casa* no les permite en algunos casos, como se vio en el apartado anterior, la posibilidad de acceder a relacionarse con otras(os) y compartir perspectivas.

Consideramos central destacar el proceso y el resultado al que conduce la conformación de un espacio comunitario para la práctica de actividades recreativas, pues no existen espacios destinados a la definición personal o comunitaria de identidad en los espacios públicos, ni menos en la red de información que desde distintas plataformas y formatos – Facebook, principalmente – se esfuerza en mantenernos atentos a tantos modelos de vida como contactos podemos tener, siempre en función de los valores que aseguran la existencia del mercado y de la posición de consumidores por sobre la de ciudadanos (Han, 2014); y las instituciones sociales no solo no son capaces de proveer soluciones al respecto, sino que incluso se muestran como dimensiones particulares en las que la *subjetividad* de los(as) sujetos(as) – en nuestro caso, de los(as) usuarios(as) del CPSC – se tensiona y muestra grados de *malestar*. En ese espacio de la vida de los(as) usuarios(as) en donde las instituciones sociales tensionan la *dimensión subjetiva*, el CPSC provee un espacio para la *reivindicación* de dicha dimensión, constitutiva de la *identidad*, del *sentido*.

### 5.2.2. Nivel Vincular: grupos de relaciones primarias alternativos a la familia.

Con la categoría de *relaciones primarias* nos referimos a las propiedades que tienen las formas de relacionarse evidenciadas por los(as) usuarios(as). Estas se caracterizan por tener una *identidad de fines compartida*, identificada con la actividad física; aunque en la práctica trasciende dicho objetivo y el grupo pasa a constituir un *fin en sí mismo* para las usuarias, quienes además establecen *relaciones personales* entre ellas.

#### *Identidad de fines compartida y el grupo como un fin en sí mismo.*

De acuerdo a los hallazgos, de los dos grupos que participaron representando a la *dimensión deportiva*, contamos con miembros de la Actividad/Grupo Zumba y de la Actividad/Grupo Aeróbica. Ambos evidencian las variables propias de los Grupos de relaciones primarias, salvo que en una dimensión en particular, ambas agrupaciones se separan.

La *identidad de fines*, para ambos casos está dada por el interés recreativo, *subjetivo*, de llevar a cabo actividad física en *respuesta* a un cierto tipo de *malestar* descrito en el apartado anterior del presente capítulo.

Ambos grupos muestran que sus miembros poseen un sentido de pertenencia a la actividad que nos permite suponer que el grupo trasciende el fin u objetivo estipulado desde un principio. Pero mientras para el grupo Zumba, aún la actividad tiene mucha importancia, para el grupo Aeróbica tiene más importancia la *relación* en sí misma.

“La clase también de, de, como se llama, de, de ejercicio que es más localizado, yo también la he visto, hemos estado nosotros esperando, porque nosotros esperamos nuestro espacio para llegar a clases de zumba...nosotros hacemos eso, nosotros, porque nos gusta la clase.” (Mujer, profesional, 35 años, Grupo Zumba)

“Claro, nosotras pertenecemos acá po, si somos, somos...algo que aporta... que somos parte del centro de promo.” (Mujer, trabajadora, 60 años, Grupo Aeróbica)

Se hace más patente la diferencia entre estos dos grupos primarios cuando al hablar de mejorar el espacio, una usuaria de zumba plantea que el espacio *debería* ser más grande, *debería* contar con otro tipo de equipamiento, mientras que para el grupo de Aeróbica, las carencias en el espacio han sido motivo de una que otra gestión de recursos, procesos organizados y liderados por ellas mismas.

“Lo que pagan los chicos aquí en el Gimnasio por hacer maquina también lo encuentro súper accesible para todos. Súper bueno, yo lo encuentro súper, súper, súper...incluso, yo encuentro que esto debería ser más grande. En Infraestructura, deberían haber más cosas.”  
(Mujer, profesional, 35 años, Grupo Zumba)

“Sí, siempre fue problema eso, porque era muy angosto y... ehh... y las colchonetas se colocan hediondas. (...) Entonces a nosotros nos pidieron ayuda (el equipo de gestores). Entonces, nosotros... pasaron así, hubo un presupuesto pero nosotras no logramos ese presupuesto, pasamos lo que más pudimos pero no llegamos a ese presupuesto.” ((Dueña de casa, 53 años, Grupo Aeróbica)

Mientras en un grupo es natural la puesta en marcha de procesos de gestión de recursos, en el grupo Zumba el *deber ser* se sitúa fuera de ellas, en una dimensión que queda relegada a quienes trabajan profesionalmente por mantener y mejorar el espacio; mientras que el *deber ser* para el grupo Aeróbica, reside en la capacidad que como grupo tienen ellas de tomar partido en la práctica, por la solución de la problemática.

Esto permite distinguir dos dimensiones distintas organizando la acción de estos grupos. Mientras que el grupo Zumba muestra una dimensión o posición *clientelista* el grupo Aeróbica muestra una dimensión o posición de *agencia* que le es propia a la comunidad, así definida por Roberto Espósito y presentada en el marco teórico del presente estudio. En esta comunidad la individualidad se diluye en el *nosotros*, por lo que se toma partido grupalmente por la inquietud de algún miembro.

Es de notar que al momento de evaluar este *espacio*, las usuarias de Zumba, plantean que es lo que en definitiva las hace acercarse al CPSC y no llevar a cabo dicha actividad en un gimnasio, lo que queda estipulado en la cita siguiente.

“Es un lugar donde se puede venir a tomar distintos tipos de disciplina y...y es súper bueno para la comunidad ya que se cobra una miseria acá, porque es una miseria seiscientos pesos setecientos pesos, yo lo encuentro poco, porque se paga una clase de tanta categoría, porque la clase de zumba por ejemplo, yo que vengo del gimnasio es de buena categoría.” (Mujer, profesional, 35 años, Grupo Zumba)

El CPSC responde de forma concreta y satisfactoria a condiciones propias de la sociedad actual consideradas como fenómenos relativos al *malestar subjetivo*. Aun dirigiendo sus esfuerzos a personas que no han asistido al *proceso largo* de la trayectoria del CPSC<sup>15</sup> como el grupo de Zumba, se destaca la *respuesta* a las condiciones problemáticas a las que las instituciones sociales en crisis exponen a los individuos, como también de los efectos de esta crisis institucional, como el *decaimiento de la sociabilidad* y la pérdida de la *confianza* entre las personas. Esto es lo que constituye la *diferencia o estilo particular* del CPSC; es un espacio en donde a través de una actividad recreativa, se produce vinculación entre las personas, no mediadas por el intercambio monetario ni las jerarquías de la sociedad, ni sus procesos burocráticos, ni a través de la categorización de enfermedades. La posibilidad de poner en práctica aspectos propios de la *dimensión subjetiva* humana, que cada vez más se encuentran más *apropiados* por la productividad y las relaciones sociales definidas por la *introyección* de la esfera económica en las relaciones sociales, que utilizan la *subjetividad* constriñéndola.

“(...) yo vengo hace un año casi...cuando llegue junto con ella, súper bien la acogida, no sé, me hecho de amigas he entablado lazos de confianza, entonces eso igual es rico porque tú en el día estay llena de cosas y llegay acá y sientes como que tu espacio, te day el tiempo pa reírte, pa conversar, oye me paso estoy aquí.

(...) es bonito o sea a mí... me relaja, me río, echo la talla, no se po. Así cómo yo hablo desde lo humano, ¿cachay?, desde la buena onda.” (Mujer, profesional, 37 años, Grupo Zumba)

### 5.2.3 Nivel de Sentido: reivindicación de la subjetividad.

<sup>15</sup> Cómo las usuarias del Grupo Aeróbica, a las que denominamos usuarias pioneras, al igual que los jóvenes usuarios de la Sala de Música.

La *suspensión de la subjetividad* hallada en la sección anterior se caracterizaba por encontrar su principal condición en las relaciones tensionadas que algunas usuarias identificaban con la *institución familiar* y la *institución del trabajo*.

Al examinar las evaluaciones positivas que *responden* a dicho *malestar*, notamos que la familia tiene al menos dos dimensiones distintas. En una de estas, corresponde a una institución social que exige la responsabilidad completa de parte de las *dueñas de casa* participantes del estudio, generando una *suspensión de la subjetividad*. En respuesta a esta, las usuarias de *Aeróbica* encuentran en esta práctica su *reivindicación*.

“entonces cuando uno viene para acá, se desestresa (...) porque tú te desconectai te metis tanto en la gimnasia que... es tanto lo que la profesora te está explicando y lo que tenis que hacer porque ella lo, lo...ocupa mucho la mente, ¿por qué? porque ella hace ejercicios, un esquema de ejercicios. Entonces nosotros tenemos que estar, meternos, meternos en eso.” (Dueña de casa, 53 años, Grupo Aeróbica)

Puesto en relación, el entorno que ofrece el hogar y *La familia* para esta persona, permite *comprender* su problematización. Mientras esta tensiona su subjetividad, su mundo interior, la práctica de una actividad deportiva en el CPSC funciona como escenario en el que se dan relaciones recíprocas con personas en condiciones similares desde un punto de vista estructural, con quienes se construye una red de relaciones mediadas por el objetivo deportivo que vincula el grupo. El espacio físico y simbólico que no halla en su casa, lo encuentra en el CPSC, en donde además se relaciona con otras personas con la misma búsqueda.

Otra usuaria también expresa la realización de aspectos relacionados con su subjetividad, la que se halla postergada y tensionada por sus relaciones familiares.

“(...) y venir acá, yo me río porque soy tan tiesa pa bailar, me río de mí ¿cachay?, no me río de ellas.”

(...) somos dueñas de casa y con hijos grandes. Cuido a mi nieto. Entonces esto pa nosotras por lo menos es, pa salir de la casa.” (Dueña de Casa, 49 años, Grupo Zumba)

Lo que evalúa precisamente esta usuaria trasciende la práctica de una rutina deportiva. No se está destacando el *gusto* por la actividad que se imparte, lo que se valora es la relación

misma, entrar en contacto con otros(as) en un entorno en donde se practican una diversidad de actividades. En cuanto a ese “pa salir de la casa”, ese hogar en donde ella tiene que hacerse cargo de la gestión y producción de la vida de sus hijos(as) y seguramente de otros aspectos no mencionados, el CPSC tiende la posibilidad de restablecer la subjetividad en un espacio recreativo definido por los(as) usuarios(as), en donde esta usuaria puede generar la *suspensión* de su rol y relacionarse con personas en circunstancias similares.

En otra dimensión, *La familia* se presenta como un ideal de relación primaria, fenómeno que no logramos hallar en *el campo*, para su examen. Más si fue posible observar su propiedad principal, su utilización como *magnitud escalar* por parte de una usuaria a la hora de otorgar una idea de cuan fuerte era el grado de involucramiento con sus compañeras. Ella también ve tensionada su subjetividad, solo que no por *La familia*, sino que por *El trabajo*. El estrés y el agobio que le produce su trabajo – *no profesional* – encuentran respuesta en las relaciones que establece con el grupo de Aeróbica. Recurre a la concepción *ideal* de familia para expresar el grado de afecto que tiene por sus compañeras del CPSC:

“Y además que conversamos tenemos un grupo... así que lo pasamos súper bien. Es mi otra casa le digo a las señoras yo. Es mi otra familia...”

“Si éramos como familia, nos portábamos compartíamos, hacíamos todos...” (Mujer, trabajadora, 60 años, Grupo Aeróbica)

Con la *idea* o *concepción ideal* de la familia esta usuaria describe el valor que la relación primaria tenida con el grupo *aeróbica* del CPSC. Para ella, quien no refiere a su familia biológica, la suspensión de la subjetividad se da en contacto con la institución social del *trabajo*. Ella encuentra en el CPSC *respuestas*, de forma de relaciones primarias alternativas en torno a una actividad recreativa que le otorga beneficios además en la dimensión biomédica de la Salud. Estas *relaciones alternativas* son identificadas y valoradas con el tipo de relación primaria que a su vez posee el mayor peso institucional, a saber, *La familia*.

En la misma dimensión, otra usuaria también utiliza la categoría familia como una magnitud escalar, con el objeto de aludir a otras personas con las que ella comparte al margen del CPSC.

“No, yo comparto con otras personas también de afuera... o sea, tengo amigos que, que vienen acá para La Palma que se yo y... también po yoo... ahí es como mi familia, ellos me consideran familia ya, porque llevo tantos años con ellos. Y fue todo por una relación de mi hijo con mi hija porque ellos entraron a kínder y del kínder que nos conocimos y de kínder que estamos yendo a los cumpleaños, de la familia del amigo de mi hija y todo y ya somos familias ya po. O sea la mari pa ellos ya es, es, parte de...” (Dueña de casa, 53 años, Grupo Aeróbica)

Puede observarse que la relación primaria aludida con la magnitud escalar *Familia*, se inicia en un entorno institucional también. Además puede observarse una influencia de sistemas de ideas propios del mundo agrícola al que esta usuaria<sup>16</sup> y la anterior pertenecen. Un mundo agrícola en donde se problematiza el hogar, el trabajo, pero se mantiene una concepción ideal de la familia, como *Grupo Primario* en el que se dan a lugar los lazos de mayor confianza y afecto.

### **5.3 Bienestar subjetivo individual. Esfera creativa de participación.**

En este apartado se reúnen los hallazgos correspondientes al *bienestar subjetivo*, hallado entre los(as) usuarios(as) que pertenecen a la *esfera creativa* de participación.

La principal diferencia con la *esfera deportiva de participación* refiere a que mientras que el *servicio* que provee el CPSC en ese caso, se desarrolla casi únicamente, con raras excepciones, dentro del inmueble del CPSC y depende exclusivamente de la mediación de este para su desarrollo. En este sentido es similar a la relación del consumidor/cliente en la adquisición de un servicio. Es más, como se pudo observar, para resaltar y valorar la peculiaridad del CPSC se recurre a compararlo con otra organización que provee el servicio de *zumba*, en este caso un gimnasio privado.

En el caso de la *esfera creativa*, su principal característica es el hecho de que sus actividades *trascienden* la existencia del CPSC, pues no dependen exclusivamente de este.

En los hallazgos, se reconoce al CPSC como parte fundamental de la conformación de una red de artistas, que se define a sí misma como *escena artística*. Esta escena se ha visto

<sup>16</sup> En otro momento de la conversación, alude a que en determinadas situaciones se siente superada por el estrés y termina por desprenderse de todo y ensimismarse, lo que explica con la metáfora “no se me monta el macho”, aludiendo al frustrado apareamiento de los animales corraleros del campo como una forma de explicar que dicho ensimismamiento no le permite acceder a relacionarse con otro(as) ni menos acudir a la actividad del Grupo Aeróbica.

potenciada por la acción de la organización en cuestión, la que le ha dado un *espacio*, en el contexto descrito por los propios usuarios(as) como *carente de espacios* y marcado por la dificultad de hacerse de medios para *producir sus proyectos propios*.

### 5.3.1 Nivel Práctico y material: un concepto de salud amplio

#### *Visión integrada de salud*

Hallamos un concepto de salud amplio en los(as) usuarios(as) de esta *esfera de participación*. La salud es considerada como un fenómeno que abarca la totalidad de la actividad humana, siendo determinada por cada aspecto complejo de esta, como también como determinante de la vida.

“Salud me remite a vitalidad, a entusiasmo, a sociabilidad, eh...me remite a diálogo, alegría, humor, eehm...lucidez, cuerpo físico sano, poderoso, activo, que te acompaña en la lucidez, esas son las palabras que se me vienen de salud. Ehh..arte, si, salud arte van de la mano pa mí.” (Artista visual y gestor cultural, 53 años)

La definición personal que nos entrega este usuario está marcada por fenómenos relativos a las relaciones sociales y a capacidades vinculadas a la salud mental. La tercera dimensión – la física o biológica – que sale en su definición se vincula más adelante con los mismos atributos psicosociales mencionados al principio. Para complementar la concepción amplia de salud que recogemos de este usuario, la siguiente cita.

“(...) Entonces lo que estoy construyendo lo construyo sabiendo que ese es el mejor espacio que con mis capacidades como padre les puedo dejar a mis hijas; que es el bien que produce la belleza. Estar expuestos de manera sostenida y profunda a la belleza, o a la estética. Eso ha sido parte incluso de la crianza. Entonces también lo hago por mi, lo hago profesionalmente por que se que son espacios propicios, sanos, creativos donde a mi me gustaría que mis hijas estuvieran también, ¿cachai? (Artista visual y gestor cultural, 53 años)”

La vinculación que se lleva a cabo entre *bienestar* y *estética*, consideramos que expresa la importancia que este usuario le brinda a la *dimensión subjetiva*, a la hora de experimentar



estados relativos a la felicidad o a la realización, en suma, al *bienestar subjetivo*. El incorporar actividades vinculadas a la subjetividad, como las experiencias artísticas visuales, o *estéticas* como refiere este usuario, permite al individuo – las hijas del usuario, en la próxima cita – sobrellevar los efectos y consecuencias de una vida en un contexto de *individualización de los estilos de vida*.

“Por qué...uno cuando vive en un lugar y es adolescente y después se va al mundo a trabajar a otra ciudad, a otro espacio, otra gente y lo que te ayuda un poco a sostener las durezas de la vida, esa parte dura de la vida, ese recordar tu espacio donde te criaste. (Artista visual y gestor cultural, 53 años)”

Un usuario de la Sala de Música ensaya una explicación de la forma en la que el CPSC aborda la salud. Expresa de forma literal que este *modelo* excluye una visión médica del fenómeno de la salud, para luego pasar a describir similares efectos del *modelo de vida individualizado* a los descritos en la cita anterior, que hallamos en el contexto del *modelo neoliberal* de la sociedad chilena.

“(...) un Centro de Promoción de Salud...de salud no, no, no nos imaginemos así medicamento, sino que salud, salud mental, un lugar donde...un lugar de mucha recreación...un lugar donde tú podés ir a botar el stress puta... ya sea yendo a conversar con la gente que está ahí, ir a tomarte un café o ir a hacer aeróbica, o ir a hacer deportes, ir a tocar música, ir a ver una exposición de arte...no se...” (Usuario de la sala de música, 28 años)

Frente a las condiciones descritas, las respuestas corresponden a actividades grupales, deportivas o creativas. En conclusión, la salud es un estado que depende de aspectos sociales y psicológicos. El aporte que realiza el *modelo de gestión* del CPSC para su logro, es propiciar el espacio y los medios para el desarrollo de actividades creativas, en forma de proyectos propios, que permiten la emergencia del *bienestar*.

### 5.3.2. Nivel Vincular: relaciones primarias y escena artística independiente.

#### *Relaciones primarias y escena artística*

En todos los casos – en los relatos y en los antecedentes del presente estudio – estos proyectos, aun cuando corresponden a un proyecto individual, están mediados por la conformación de *grupos de relaciones primarias*. En la *esfera creativa* de participación, hallamos que la *identidad de fines compartida* está definida por la realización de un proyecto propio creativo, como ya adelanta la categoría. En el marco de este se dan relaciones entre usuarios(as) que trascienden la práctica misma de su actividad. Se observan relaciones duraderas en el tiempo. Dos de los informantes que participaron del trabajo de campo se dedican a la actividad artística de forma profesional. Todo ello tuvo su inicio en el CPSC y las redes que se conformaron tanto con la organización, como con otros artistas adolescentes y adultos de la comuna.

Por un lado, las redes establecidas en el marco de las actividades musicales, comenzaron siendo redes de *colaboración*, para la realización de acciones *pioneras* en materia de gestión cultural, en una escena *quillotana* carente de espacios y de medios para el desarrollo de actividades creativas.

“Y este huevón nos llevó al promo y...puta ahí estuvimos mucho tiempo po huevón. Cómo que partí con una banda pero...pero ese lugar era n punto de encuentro de mucha gente joven, yo por eso llegué. Llegué como en la oleada más de...huevón, era mucha gente. Y todo, y gente la mayoría muy cercana a mi edad y si habían huevones más viejos...” (Usuario de la sala de música, 29 años)

Los principales atractivos que poseía el espacio otorgado por el CPSC, era su accesibilidad, su consiguiente afluencia de usuarios(as) interesados en la música – redes de músicos, en suma – y el atractivo que producían los medios y recursos dispuestos para el desarrollo de la actividad musical, que como se observa en los antecedentes y en los relatos, se otorgó a la comunidad su definición y organización, en un contexto marcado por la recesión económica y la ausencia de políticas culturales.

Tal como reconoce el fundador del CPSC en el capítulo 4, la apertura de un espacio destinado a la música, permitiría establecer un nexo con los jóvenes que antes no se había tenido. De pronto la APS de la comuna de Quillota, genera instancias para que esta porción de la población construya colectivamente un proyecto, que a su vez contiene en sí mismo decenas de otros proyectos propios – la sala de música y las bandas que la componen,

respectivamente – en el mismo espacio en donde usuarios(as) de otras edades también definen sus espacios subjetivos.

“Es que sí, era accesible y...y dentro del promo nos metimos en un círculo, que era el círculo de personas que tocaban y... puta, ahí se formó, se formaron agrupaciones de bandas po ¿cachai? entonces ibai a ensayar y también ibai haciendo redes, el... promo como institución nos prestó ropa a la hora de organizar tocatas, nos facilitó eh... todos los insumos pa hacer una tocata, espacio. Entonces, como que se formó una red de bandas y una agrupación que puta, a mi juicio, nunca llegó a ser tan formal cómo se pretendía, ¿cachai?; pero por muy informal que fuese la cuestión funcionaba y salían tocatas po.”

(Usuario de la sala de música, 31 años)

En el ámbito estrictamente musical, los productos concretos que se hallan en el relato de los usuarios, son: a) producción de conciertos de música b) producción de álbumes recopilatorios con las bandas de la sala de música c) sala de música con horario fijo y costo bajo.

### 5.3.3 Nivel de Sentido: el proyecto propio.

#### *Provee Bienestar Subjetivo.*

Este no está mediado por la capacidad o incapacidad de lucrar la actividad, más bien, se persigue el objetivo de conformar proyectos propios, como un *fin en sí mismo*, debido al *bienestar* que les provee a sus miembros. Sobre ese bienestar aludimos al comienzo del apartado, cuando señalamos que en un nivel básico material, se relacionaba la *subjetividad*, específicamente la *actividad creativa artística* con el bienestar en salud.

“Estar expuestos de manera sostenida y profunda a la belleza, o a la estética. Eso ha sido parte incluso de la crianza. Entonces también lo hago por mi, lo hago profesionalmente por que se que son espacios propicios, sanos, creativos donde a mí me gustaría que mis hijas estuvieran también, ¿cachai?” (Artista visual y gestor cultural, 53 años)

Además, el *proyecto propio* pareciese dar una alternativa al aprendizaje de valores, que tiene consecuencia durante la trayectoria de vida de las personas, evidenciando notables aportes, en el relato citado.

“Empezamos muy chicos a trabajar el respeto, con personas que no conocís, ¿cachai?, o quizá te cargaba su música, por que no, o sea no te cargaba, pero no era quizá el tipo de música que tu escuchai po, ¿cachai? (...) El trabajo en equipo, el saber eeh... escuchar po ¿cachai? saber escuchar una opinión, el poder responder esa opinión y sea pa algo negativo, sea para afirmar lo que está diciendo otra persona o pa decirle no, sabís que en verdad no... esto no me parece, pero eso como que puta el promo como que en cierta forma nos fue humanizando. (Usuario sala de música, 31 años)

Destacamos que el proceso de generación de los productos asociados a la actividad musical – proceso creativo, coordinación con la agenda escolar – y su puesta en relación con las condiciones y los medios con los que disponen los adolescentes que utilizan la sala de música – destinación de los escasos recursos disponibles, coordinación con el resto de las bandas del CPSC – evidencian el valor que destacan de forma retrospectiva los usuarios de la sala de música, de sus propias experiencias en el CPSC.

## CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

### 6.1 Matriz de Marco Lógico del CPSC

<b>OBJETIVO GENERAL</b>			
Generar un proceso de Promoción de Salud en la comuna de Quillota, gestionando de forma participativa el Bienestar Subjetivo de su ciudadanía.			
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>PRODUCTOS ESPERADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>
Mantener una oferta programática diaria vinculada con las <i>necesidades subjetivas</i> (cambiantes y complejas) que experimenta la ciudadanía de Quillota.	Programación de actividades permanentes actualizada.	Desarrollo de actividades vinculadas con la subjetividad del CPSC. Número de estas, evaluación de estas, opinión sobre estas.	Boletín informativo mensual (BIM), sitio web centropromos.cl, bitácora colectiva de opinión y desahogo. Grupos Focales evaluativos, encuestas auto aplicables.
Gestionar y producir acciones culturales (en las variadas dimensiones de la vida humana social) vinculadas con los intereses de sus usuarios(as) (las bases de la población) de forma participativa.	Visibilizar la existencia de actividades alternativas, vinculadas con la subjetividad humana, a través de acciones culturales, como eventos musicales, ferias alternativas, conversatorios, talleres, charlas.	Nivel de participación ciudadana (público, audiencia) en las actividades del CPSC. Nivel de participación de usuarios(as) en estos eventos. Impacto que generan estas actividades en la ciudadanía quillotana.	Medios Locales, BIM, Stio Web, Evaluación de actividades, Bitácora colectiva de opinión CPSC.
Sistematizar y analizar de forma constante las categorías y conceptos de trabajo en torno al Bienestar social, necesariamente cruzado por la dimensión objetiva (modelo de desarrollo económico e instituciones) y la dimensión subjetiva.	Ejercicio analítico crítico y evaluativo constante por parte del equipo y sus usuarios(as) sobre el <i>modo d trabajo</i> y sus criterios motores.	Sistematizaciones y evaluaciones periódicas de las actividades y sus categorías de trabajo.	Archivo CPSC. Sitio web, centropromos.cl. Base de datos del DDS (saludquillota.cl)

## **6.2 Protocolos Descriptivos**

### **El CPSC aborda la promoción de salud considerando el bienestar humano.**

No se trabaja con el concepto de salud, debido principalmente a que este reporta un grado de *estigmatización* histórica, hasta el punto que la categoría misma *salud*, es no es identificada como el bienestar producido por la integración de las dimensiones social, psicológica y biológica, sino como un proceso que involucra los estados de *salud/enfermedad*, como un proceso lineal.

Por el contrario se consideran las valoraciones/evaluaciones que las personas realizan de sí mismo, en condiciones históricas determinadas, considerando la factibilidad de poner en práctica las expectativas que dichas condiciones motivan en el individuo o grupo.

### **El CPSC, para no incurrir en errores metodológicos, se ha mantenido al margen de la influencia de la posición de los profesionales de salud.**

Por esta misma razón, el CPSC promueve lo saludable, comprendido como aquello que otorga *bienestar subjetivo*. Y este elemento está ligado particularmente al equipo de trabajadores sociales que se incorporan a la APS de Quillota, como también está relacionado con la visión de los profesionales vinculados a la gestión cultural y las manifestaciones artísticas que ingresan una vez implementado el CPSC.

Es preciso destacar que la implementación del CPSC además de constituir un logro en materia de innovación y bienestar por parte de la dirección del DDS, constituye además un referente que le otorga más confianza al derrotero que sigue este organismo en la implementación de la reingeniería del sistema, con la focalización de los enfoques de APS, entre el centro de salud encargado de la prevención (CSFCRSH) y aquel encargado de los procesos curativo asistenciales (CSFDMC).

### **El modelo que propone el CPSC se compone de:**

1) Un proceso inicial de conocimiento mutuo entre la organización y el(la) o los(as) usuarios(as). De este proceso se espera captar el interés subjetivo de las personas que se

acercan a las organización y la capacidad de ponerlo en práctica. Los criterios generales para *evaluar* la puesta en marcha o no de la idea, son: a) debe ser una actividad sana que no atente contra sí mismo, ni contra algún ser vivo b) debe ser factible de llevarse a cabo con los medios de producción que tiene el CPSC, los que corresponden a las capacidades de gestión en la organización mayor denominada *municipio*. C) idealmente, debe involucrar a más de una persona, con el objeto de incrementar el beneficio de la acción. Este criterio no descarta en absoluto que quede como una actividad completamente individual.

2) La puesta en marcha de la o las acciones que permitan a la(s) persona(s) conseguir su *meta personal*, es gestionada tanto como por la persona como por el equipo de gestores del CPSC. Ninguna de las partes puede desentenderse de ese proceso, siendo el principal impulsor el(la) usuario(a). El rol del equipo de gestores, es utilizar *reflexivamente* los recursos que le provee la organización para *facilitar* el proceso de concreción de la(s) actividad(es).

3) Dependiendo del impacto de la idea, la actividad puede permanecer en diversas modalidades, siendo las más comunes la modalidad *Permanente* – cuando las actividades propuestas tienen impacto para muchos(as) usuarios(as) durante un tiempo – e *Itinerante* – cuando las actividades propuestas obedecen a un contexto que variando, deja de ser relevante de practicarse.

**El Centro de Promoción de Salud y Cultura ha posibilitado la emergencia de una *escena* compuesta por ciudadanos que incorporan las actividades vinculadas al Bienestar Subjetivo a sus vidas.**

En esta escena puede visibilizarse.

1) Una parte de la ciudadanía vinculada y conectada a través de las mismas actividades que propone el CPSC tanto como para sus usuarios(as) permanentes, como para aquellos que solo asisten al orden de actividades de tipo itinerante. Esto ha generado en la comuna una cercanía entre diversas generaciones, como se evidencia en los hallazgos, producido por las instancias creadas por el CPSC desde sus inicios. Sobre este particular, también se destaca la mayor

presencia de las bases en la construcción del proyecto comunal, aspecto que en sí mismo demanda la emergencia de nuevas investigaciones con un enfoque emergente.

2) Una marcada presencia de generaciones jóvenes, que han estado vinculadas al CPSC desde sus inicios, que se visibilizan como los nuevos constructores de la ciudadanía. Entre estas generaciones se observa una marcada presencia de actividades autogestionadas abiertas a público, de parte de bandas de rock – una forma de proyecto propio que el CPSC ofrece a la juventud quillotana – como también la presencia de las mismas agrupaciones que ocupan como plataforma el CPSC para la gestión de sus productos de consumo alternativos – textil, medicinal, alimentario – dentro de otros espacios de la comuna, públicos y privados. El CPSC ha permitido que se expandan dichos grupos a través de otros puntos de la estructura social, facilitando la generación de redes entre una diversidad de sujetos.



## CAPÍTULO 7: BIBLIOGRAFÍA

- Adorno, T. W., & Horkheimer, M. (2001). *Dialéctica de la Ilustración*. Madrid: Trotta
- Alonso, L. (2005) *La Era del Consumo*. México, Siglo Veintiuno editores.
- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en Sociología: Una aproximación interpretativa*. Madrid, España: Editorial Fundamentos.
- Andreu, J, García Nieto, A. Pérez, A. (2007) *Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Cuadernos metodológicos 40. CIS, Madrid.
- Bauman, Z. (2006). *La Modernidad Líquida*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz: la precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona, España: Paidós.
- Bourdieu, P (1996) *La Distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid, Santillana.
- Canales, Manuel (editor) (2006). *Metodologías de la Investigación social: Introducción a los Oficios*. Santiago, Chile: Ediciones LOM.
- Cockerham, W. (2007) *Medical Sociology*. New Yersey, Prentice Hall.
- Cuadra H. y Florenzano R. (2003) *El Bienestar Subjetivo, hacia una psicología positiva*. Santiago; *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*.
- Davis, K. (1986) *La Sociedad Humana*. Buenos Aires, Editorial Universitaria.
- Delgado, J., Gutiérrez, J. (1998): *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Durkheim, E. (1995). *La división del trabajo social*. Madrid, España, ediciones Akal.
- Foucault, M. (2008) *Tecnologías del yo*. Paidós, Buenos Aires.
- Freud, S (1929) *El malestar en la cultura*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Flick, U. (2007) *Introducción a la Investigación cualitativa*. Ediciones Morata, Madrid.
- Giddens, A. Bauman, Z. Luhmann, N. Beck, U. (1996) *Las consecuencias perversas de la modernidad*. Editorial Anthropos, Madrid.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México, México: Editorial Mc Graw Hill.
- Merlinsky, G. 2006. *La Entrevista como Forma de Conocimiento y como Texto Negociado*. *Cinta Moebio 27*: pp. 27-33. Recuperado el 3 de febrero de 2014 de [www.moebio.uchile.cl/27/merlinsky](http://www.moebio.uchile.cl/27/merlinsky)

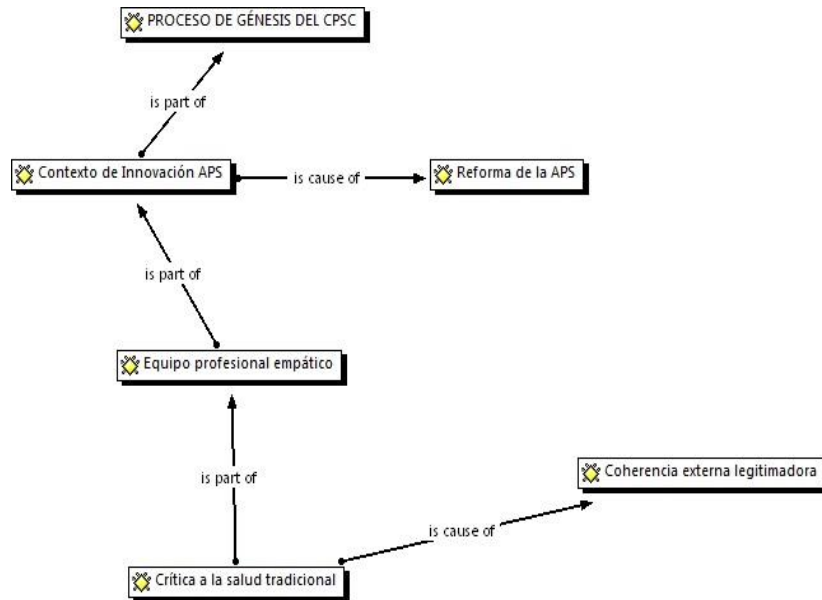
- Ministerio de Salud Chile (2016). Promoción de Salud y participación ciudadana. Recuperado el 10 de septiembre de 2016, desde [www.minsal.com](http://www.minsal.com)
- Moscovici, S. (1986). Psicología Social, Volumen II, Pensamiento y vida social. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Moulian, T. (1993) La forja de ilusiones: el sistema de partidos 1932-1973. Santiago. Univ. ARCIS
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007) Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. Recuperado el 4 de septiembre de 2016 desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-23762007000200012&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-23762007000200012&lng=en&nrm=iso&ignore=.html)
- Nettleton, S. (2007) The Sociology of Health and Illness. Cambridge, Polity Press.
- Organización Panamericana de la Salud (1986). Carta de Ottawa. Recuperado en febrero de 2015 desde <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (1978) Carta de Alma ata. Recuperado en febrero de 2015 desde [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270)
- Programa de las naciones unidas para el desarrollo (1998) Las paradojas de la modernización. Chile. Recuperado el 5 de marzo de 2014 desde <http://desarrollohumano.cl/idh/informes/1998-las-paradojas-de-la-modernizacion/>
- Programa de las naciones unidas para el desarrollo (2012) El Bienestar Subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo, Chile. Recuperado el 5 de marco de 2014 desde <http://desarrollohumano.cl/idh/informes/2012-bienestar-subjetivo-el-desafio-de-repensar-el-desarrollo/>
- Salinas, J. Vio, F. (2002). Promoción de la salud en Chile. Revista chilena de nutrición. Recuperado en febrero de 2015 desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182002029100001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002029100001)
- Stake, R. (2007): Investigación con estudio de casos. Ediciones Morata, Madrid.
- Strauss y Corbin (2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquía, Antioquía.

- Taylor, S.J. y Bodgan, R. (1988). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Valles, M. (2003). Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Prácticas Profesional. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(9), 87-116.
- Wald, G. (2009) Promoción de Salud a través del Arte. *Revista Salud Colectiva*, vol. 5, Buenos Aires. Recuperado el 4 de marzo de 2014, desde [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000300004&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000300004&script=sci_abstract)
- Weber, M. (1982). Ensayos sobre metodología sociológica. Buenos Aires, Amorrortu.
- White, M y Epston, B (1993). Prácticas narrativas con fines terapéuticos. Barcelona, Paidós.

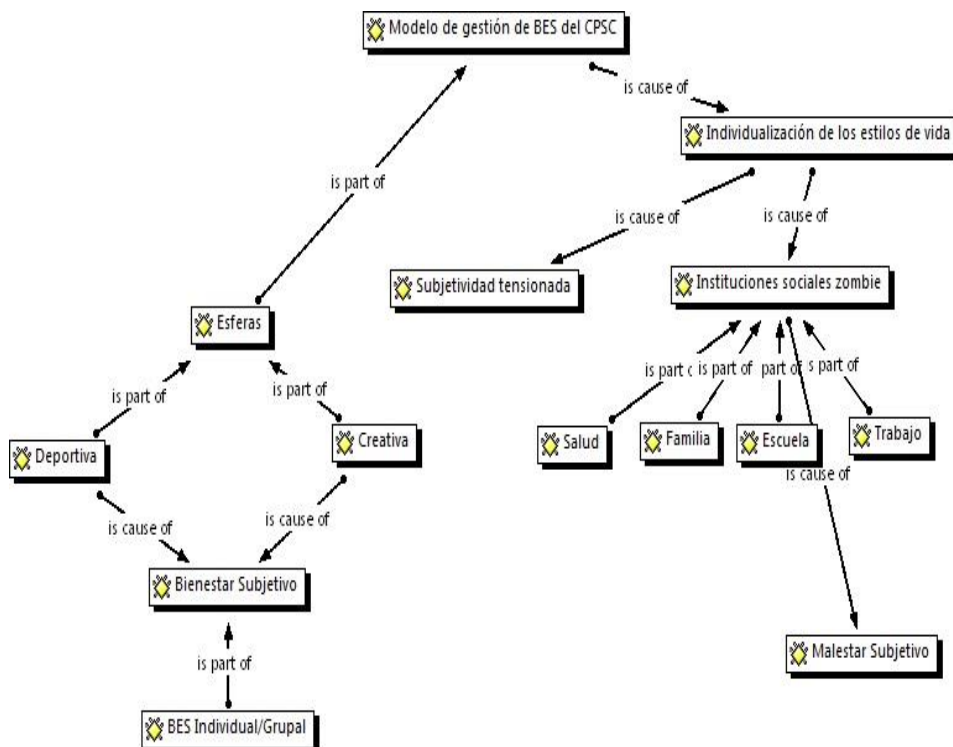
## ANEXO

### 1.- Mapas de principales categorías resultantes de los niveles de codificación durante el análisis.

#### Proceso de génesis del CPSC

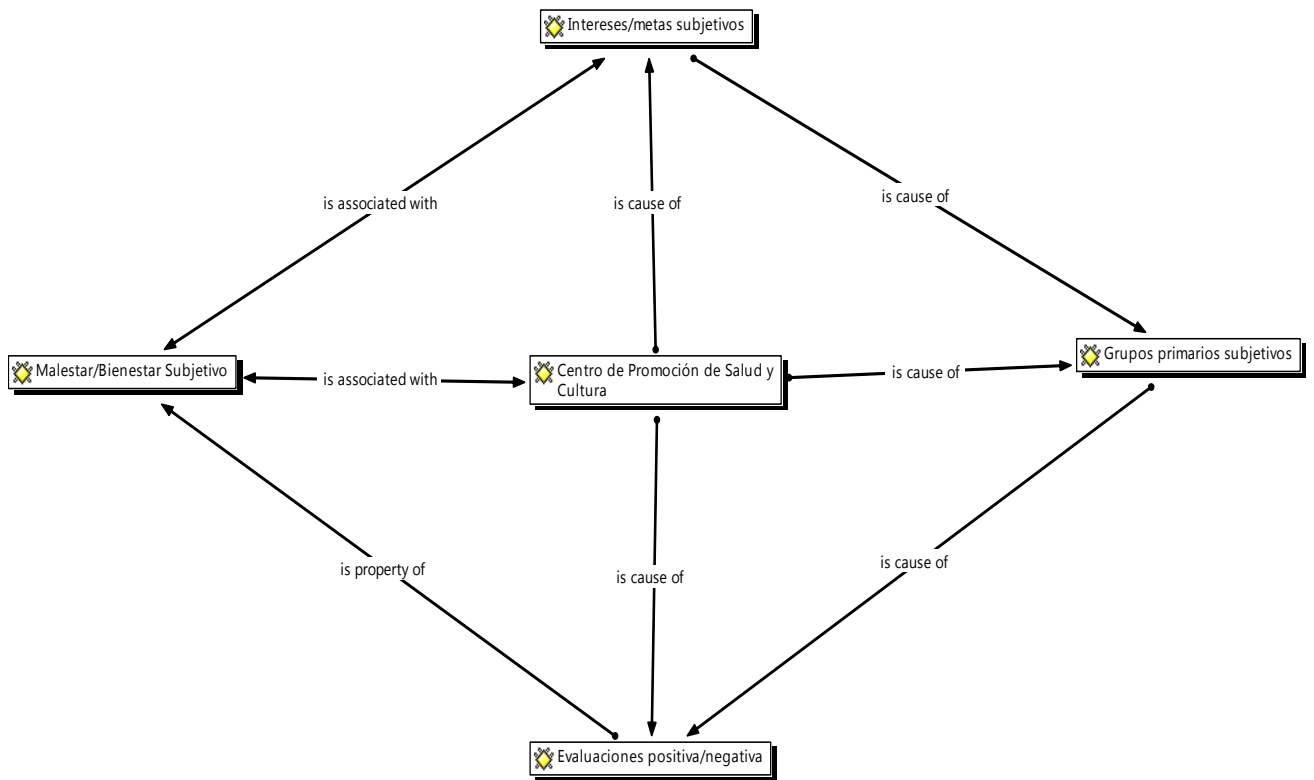


#### Estructura de los hallazgos

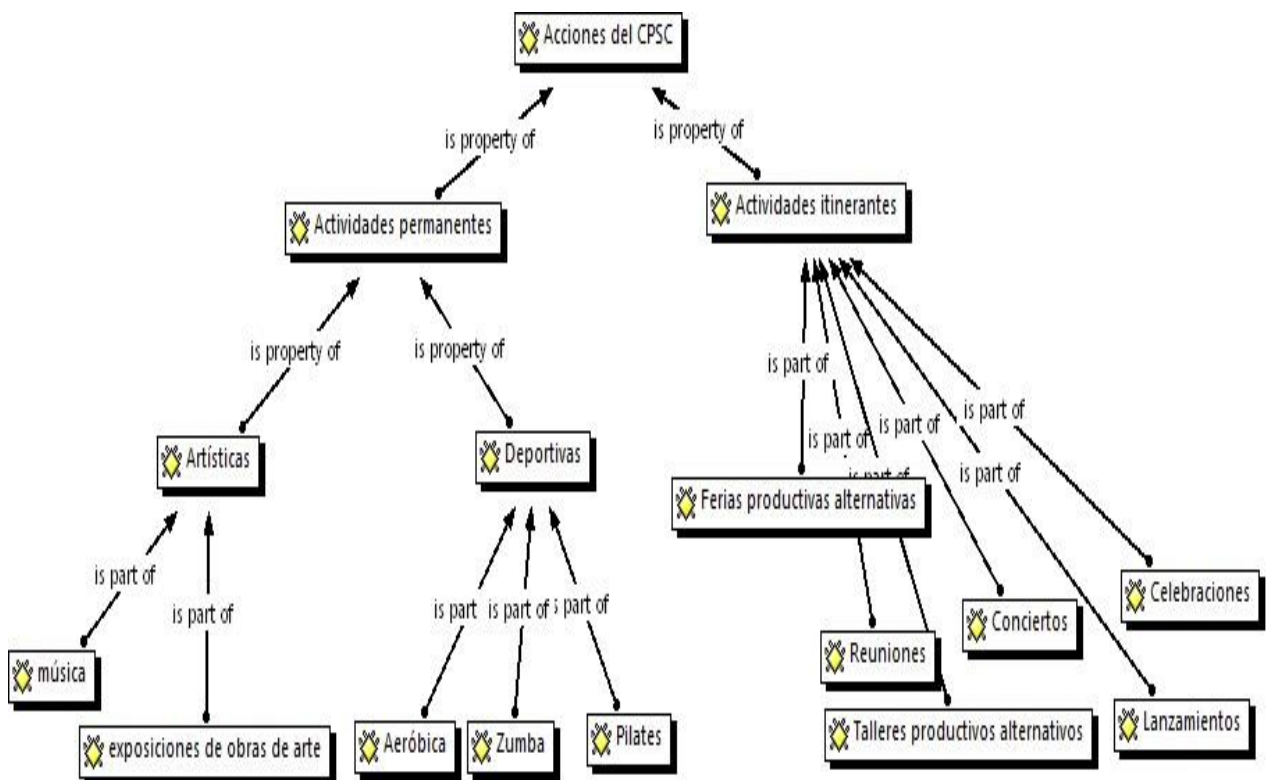




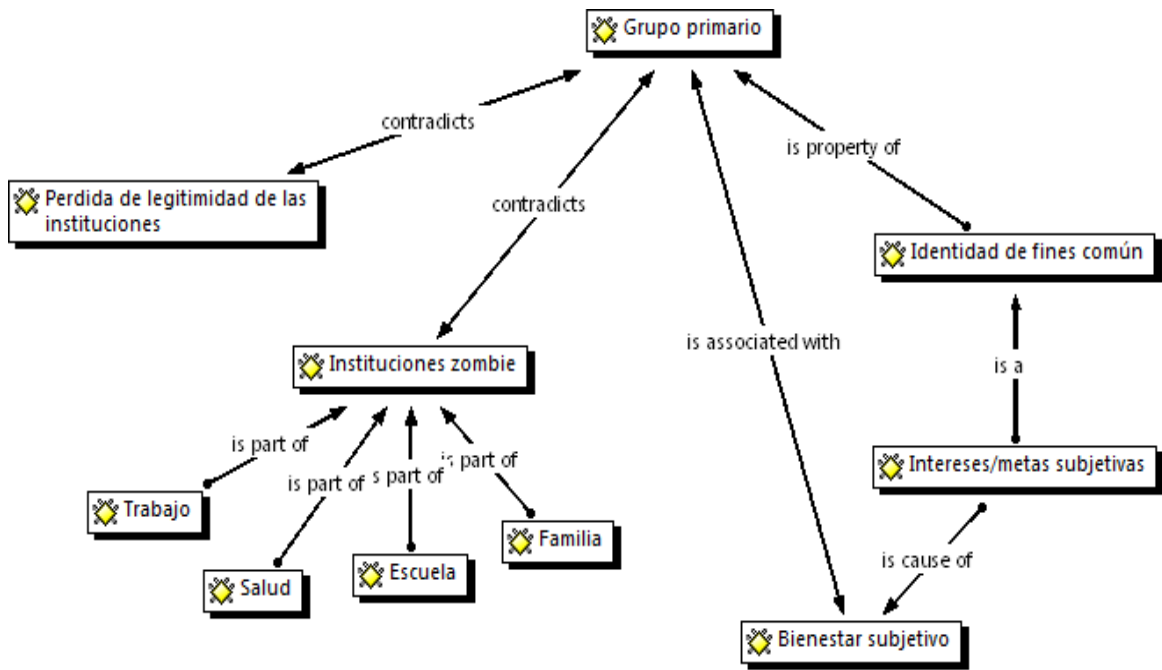
## Modelo de Gestión de BES del CPSC



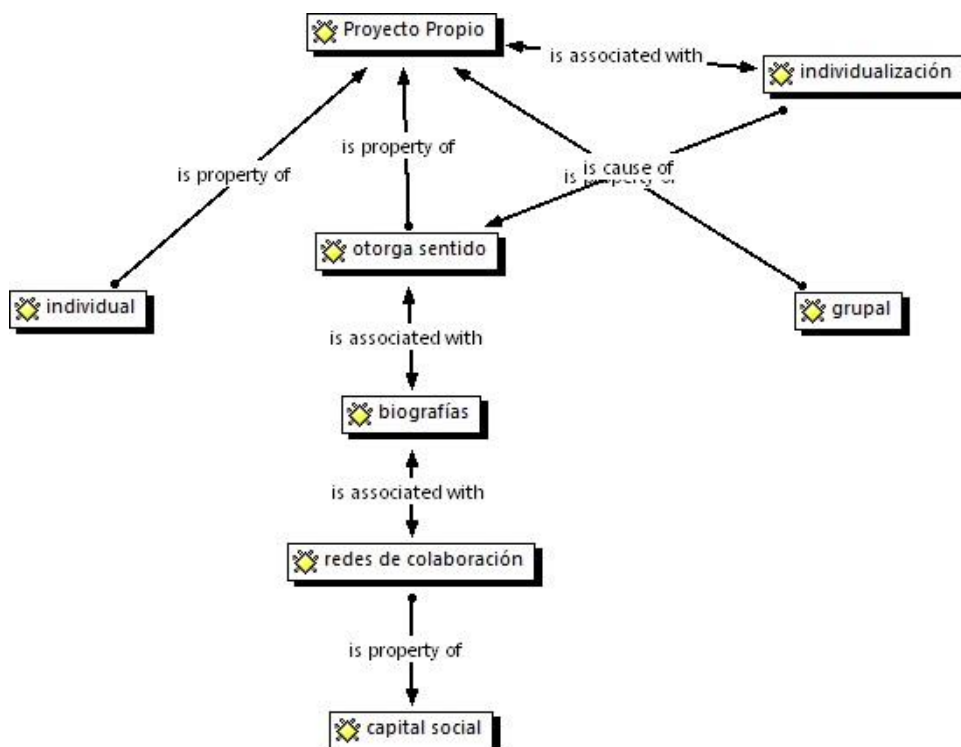
## Estructura de las actividades



## Grupos de relaciones primarias



## Proyecto propio



## Reivindicación de la subjetividad

