

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

# **El profesorado de psicología en la U.B.A. Un análisis de sus planes de estudios entre 1957 y 1976.**

Urrutia, Juan Pablo y Tejera, Maria Rossana.

Cita:

Urrutia, Juan Pablo y Tejera, Maria Rossana (2012). *El profesorado de psicología en la U.B.A. Un análisis de sus planes de estudios entre 1957 y 1976. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/69>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/mgr>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. LOS PRECONCEPTOS EN EL COTIDIANO ESCOLAR

Untoiglich Gisela - Affonso Maria Aparecida - Collares Azevedo Lima Cecilia

Universidad de Buenos Aires Ciencia y Técnica y Instituto Nacional de Estudios e Pesquisas

---

## Resumen

En este trabajo presentaremos el ensamble de tres investigaciones que se desarrollaron en distintos ámbitos y en diferentes países. María Aparecida Affonso Moysés (Dra. en Medicina, USP, Brasil) expondrá aspectos de su investigación sobre niños derivados a la consulta médica por fracaso escolar. Cecilia Azevedo Lima Collares (Dra. en Educación, FESPSP, Brasil) presentará las opiniones de los profesionales de la salud y la educación, acerca de las causas del fracaso escolar. Gisela Untoiglich (Dra. en Psicología, UBA) mostrará resultados sobre niños con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales.

Últimamente, ha sido creciente el traslado hacia el campo médico de problemas inherentes a la vida. Es decir, que cuestiones de orden colectivo, social y político, se transforman en problemas individuales, preferentemente de causas biológicas. Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida. Observamos con preocupación cómo este fenómeno ha crecido en la infancia.

Nos centraremos en el análisis de los discursos de los adultos indagando cómo conciben los problemas de aprendizaje de los niños, cuáles son sus preconcepciones y a qué causas los atribuyen.

## Palabras Clave

Medicalización Infancia Preconcepciones Fracaso.

## Abstract

THE MEDICALIZATION OF THE LIVES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS. THE PRECONCEPTIONS IN THE EVERYDAY SCHOOL LIFE

In this paper we will present the assemblage of three investigations that were developed in different areas and in different countries. Maria Aparecida Affonso Moysés (PHD Medicine, USP, Brazil) will expose aspects of its research on children referred to the medical consultation due to school failure. Cecilia Azevedo Lima Collares (PHD Education, FESPSP, Brazil) will present the views of health and education professionals, about the causes of academic failure. Gisela Untoiglich (PHD Psychology, UBA) exposes results on children with problems in their apprenticeships that show attentional difficulties. It has recently been increasing the transfer toward the medical field of issues inherent to life. That is to say, that issues of collective, social and political order, are transformed into individual problems, preferably from biological causes. When problems that are out of the

medicine's area are defined in terms of disorders and addressed as medical problems, we are facing a process of medicalization of life. We note with concern that this phenomenon has grown in childhood. We will focus on the analysis of the speeches of adults by inquiring how they viewed the apprenticeships's problems of children, which are their preconceptions and which are the causes, they attribute them.

## Key Words

Medicalization Childhood preconceptions failure.

## Introducción

En este trabajo presentaremos el ensamble de tres investigaciones que se desarrollaron en distintos ámbitos y en diferentes países. María Aparecida Affonso Moysés (Dra. en Medicina) expondrá algunos aspectos de su investigación sobre niños derivados a la consulta médica por fracaso escolar. Cecilia Azevedo Lima Collares (Dra en Sociología y Política) presentará el análisis de las opiniones de los profesionales de la salud y la educación, acerca de las causas del fracaso escolar. Ambas fueron realizadas en la Universidad Estadual de Campinas, Brasil (UNICAMP). Gisela Untoiglich (Dra en Psicología) mostrará algunos resultados de su investigación sobre niños con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales (Facultad de Psicología, Beca UBACyT).

Para esta presentación nos centraremos en los discursos de los adultos (padres, docentes, profesionales de la salud) indagando cómo conciben los problemas de aprendizaje de los niños y a qué causas los atribuyen.

En los últimos años ha sido creciente el traslado hacia el campo médico de problemas inherentes a la vida, es decir que cuestiones de orden colectivo, social y político, se transforman en problemas individuales, preferentemente de origen biológico. Tratar problemáticas de origen social como si fueran problemas biológicos, iguala el mundo de la vida humana al mundo de la naturaleza. Así, se exceptúan de responsabilidad las instancias de poder, en cuyas entrañas son generados y perpetuados, las más de las veces, tales dificultades.

La institución escolar ha acompañado la creencia de que los problemas de aprendizaje y/o comportamiento de niños y adolescentes devienen de enfermedades inherentes a cada individuo, sea de origen biológico

o psicológico.

Con gran frecuencia, llegan a las unidades de salud pública o a los consultorios, niños derivados por las escuelas por problemas de aprendizaje y/o comportamiento. Generalmente en la derivación ya se deja constancia de una “sugerencia diagnóstica”, siendo las más comunes los trastornos neurológicos, psiquiátricos o la desnutrición (esta última con más énfasis en Brasil). Es común que la solicitud contenga el pedido de exámenes específicos, así como la consulta por la derivación a escuelas especiales y la obtención de un certificado de discapacidad. En casi todos los casos, en el examen pediátrico, se constata que los resultados de las pruebas son los esperados y que probablemente se trata de la reacción del niño a los conflictos de su entorno. Cuando esto ocurre, no siempre la escuela acepta esto y muchas veces busca otras derivaciones que confirmen el problema individual del niño. En Brasil esto sucede mayoritariamente, en Argentina es más común en el ámbito privado, que en el público.

¿Qué ocasiona que una institución escolar esté más interesada en confirmar su supuesto diagnóstico previo que en introducirse en indagar cuáles son los motivos reales que hacen que este niño no pueda aprender, no pueda atender o no pueda portarse bien?

Ubicar el problema en el niño y a lo sumo en su familia oculta las dificultades en el proceso de enseñanza – aprendizaje, la estructura de la escuela y las condiciones concretas del trabajo docente. Es en ese escenario donde aparecen los supuestos trastornos de aprendizaje y/o conducta y se ubica el foco en el individuo que debería aprender y no aprende, en el que debería comportarse y por el contrario incomoda. Los discursos imperantes tanto de profesionales de la educación como de salud hacen creer que la escuela y más extensamente la sociedad, es “víctima de niños inadecuados, anormales, enfermos”.

### **Marco Teórico:**

Para entender estas cuestiones nos apoyaremos en los siguientes referentes teóricos:

Foucault (2008, p21) plantea que “La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado”. Se considera el proceso de medicalización como fundamental para entender cómo los sujetos y las sociedades se transforman en blancos de intervención de los dispositivos del poder. P. Conrad (2007) formula que la cuestión central para instalar los procesos de medicalización está en definir un problema en términos médicos, utilizar terminología médica para describirlo, referir a un marco médico para abordarlo y valerse de las intervenciones médicas para tratarlo (Faraone y cols, 2010). Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de déficit o trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida.

Así la medicina queda dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo. No hay campo exterior a la medicina. La biohistoria es el modo de pensar los efectos en el ámbito biológico de la intervención médica. La huella que deja en la historia humana dicha intervención. Será necesario interrogarnos acerca de las consecuencias del Saber Médico en la vida de las personas. (Foucault, op.cit.).

Para T. Szasz (2007): la medicalización no es medicina, ni ciencia; es una estrategia semántica y social, que beneficia a algunas personas y daña a otras.

P. Conrad (op. cit.) plantea las consecuencias de los procesos de medicalización: 1- La expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina, fomentada por una industria farmacéutica crecientemente poderosa y rentable; 2- El uso de diversas tecnologías por parte de la medicina para el tratamiento del comportamiento anormal. Mecanismos tecnológicos contribuyen al sostenimiento del status quo, con efectos que en ocasiones resultan irreversibles en quienes se ejercen; 3- Deforma la realidad y permite el control social en nombre de la salud.

En la Grecia Antigua, el término estigma remitía a señales físicas que ponían en evidencia algo diferente, negativo, indicador de que la persona era un criminal, esclavo o incluso un traidor. E. Goffman (1975) analiza como el estigma ha influenciado en las relaciones humanas. En la vida cotidiana, sucede que pasan a primer plano ciertas evidencias que permiten preconcebir por ciertos atributos, la identidad social de una persona. Así se construye una ideología revestida de teoría, para explicar y legitimar la supuesta inferioridad y racionalizar la animosidad; al estigmatizado sólo le resta una alternativa: apartarse, aislarse. En síntesis, el sujeto estigmatizado queda apartado de lo humano.

Para A. Heller (1989) los prejuicios son parte fundamental de la vida cotidiana: anteceden y van más allá de la confrontación con la realidad y no siempre son confirmados en el transcurso de la vida. Sin embargo, cuando un juicio es negado por la ciencia, o por las vivencias del individuo, e incluso así se mantiene inalterable, impermeable a los argumentos de la razón, entonces ya no se trata de juicios provisorios, sino de preconcepciones, una de las principales categorías de pensamientos y comportamientos cotidianos. Para la autora cada pensamiento se vincula a un afecto (puede ser a la fe o a la confianza) y el saber se apoya en la confianza, el afecto del preconcepción es la fe; en contradicción con el saber, resiste sin refutaciones, sin conflictos, al pensamiento y a la experiencia. La fe siempre está acompañada del par de sentimientos amor/odio; odio dirigido no sólo a aquello en lo que no tenemos fe, sino también a las personas que no comparten nuestras creencias.

### **Interrogantes y objetivo general:**

En este texto se presentará un recorte de una investigación más amplia, multicéntrica, desarrollada en Argentina y Brasil, que está atravesada por los paradigmas anteriormente presentados.

Se parte del siguiente interrogante: ¿Cuáles son las concepciones y mecanismos que conforman y mantienen el proceso de medicalización del aprendizaje y el comportamiento?

El objetivo general fue analizar cómo los diferentes actores perciben y reaccionan al fracaso en la institución escolar.

### **Metodología:**

A partir del interrogante que origina la investigación, se escogió un abordaje cualitativo, poniendo especial énfasis en el estudio de caso (Bogdan y Biklen, 1994). En esta investigación se indagaron los modos de concebir los llamados problemas de aprendizaje y

comportamiento, tomando como referencia los discursos de los padres y de los profesionales de la salud y la educación.

Se seleccionaron 40 casos, 20 niños argentinos y 20 brasileños, entre 6 y 12 años, derivados por las escuelas y traídos por sus padres a la evaluación pediátrica (en los casos brasileños) y la evaluación psicológica / psicopedagógica (en los casos argentinos), en servicios ligados a la Facultad de Psicología (UBA) y el Hospital de Niños y la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP). Los padres fueron escuchados en el transcurso de la evaluación y el motivo de derivación escolar fue analizado a partir de los informes escolares que acompañaban la consulta.

Asimismo fueron entrevistados 40 docentes y 40 profesionales de la salud (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos y psicopedagogos) para indagar sus concepciones sobre las relaciones entre problemas de salud y aprendizaje / comportamiento. Las entrevistas tuvieron un formato semiestructurado, fueron grabadas con el consentimiento de los sujetos.

Las categorías de análisis fueron: medicalización, preconceito, estigma.

### **Resultados y discusiones:**

En todos los casos la derivación estaba centrada en el niño, en busca de la confirmación de un “diagnóstico” de una enfermedad o trastorno inherente al mismo, suponiendo que esta era la pretendida causa de los problemas de aprendizaje y/o comportamiento. En algunos casos la derivación suponía como causa adicional, problemas familiares.

Los “supuestos diagnósticos” más frecuentes fueron: trastornos neurológicos y/o psiquiátricos, en especial Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H) y dislexia (en Brasil); desnutrición (en Brasil); déficit intelectual. En ninguno de los casos estos diagnósticos fueron confirmados.

En las entrevistas realizadas con los profesionales tanto de la salud como de la educación, ninguno de ellos mencionó como posibles causas de las dificultades del niño, problemas en la pedagogía utilizada o hizo referencias a políticas educativas; ni a la formación docente, a las condiciones de trabajo, al salario o la valorización social del rol docente, o la infraestructura edilicia, etc. Todos afirmaban, categóricamente, que las enfermedades individuales son la principal causa de los problemas de aprendizaje y comportamiento.

Un dato interesante es la similitud de discursos entre los profesionales argentinos y brasileños, develando la diseminación de un mismo ideario, infiltrado en los modos de pensar la vida. Un ideario que se presenta revestido de cientificidad, que se consolida en creencias inflexibles, rígidas, que no se integran con el mundo real, en el cual la vida transcurre. Como discute A. Heller (op. cit), cuando un juicio, un concepto, es contradicho en la confrontación con la realidad concreta y asimismo se mantiene inmutable, cristalizado, contra todos los argumentos de la razón, nos estamos enfrentando a un preconceito.

Es interesante observar que en el análisis de los discursos de los profesionales de la salud y la educación, resulta imposible identificar cuál es la formación profesional de quien habla, aun cuando la cuestión se refiere especialmente a problemas de salud que, en opinión del entrevistado, impedirían o dificultarían el aprendizaje.

A modo de ejemplo citaremos algunos fragmentos de entrevistas, ¿cómo identificar en los discursos cuáles dichos pertenecen a los docentes, a los psicólogos, a los médicos o a los fonoaudiólogos?, asimismo ¿cuál es la nacionalidad de cada uno?

“Un niño hiperactivo es un niño con problemas neurológicos. No para, nada lo satisface, es distraído, disperso, molesto”.

“La dislexia es una enfermedad neurológica que se caracteriza por grandes dificultades en aprender a leer y escribir”.

“La hiperactividad es una enfermedad neurológica que dificulta el aprendizaje”

“La mala alimentación es causa del fracaso escolar porque la desnutrición afecta el cerebro”.

“Las consecuencias de la desnutrición, como es de esperar, son desastrosas para el futuro escolar, ya que el niño tiene su capacidad mental lesionada”.

“Un niño desnutrido ya nace con secuelas, con poco potencial, siendo imposible recuperar las condiciones necesarias para un buen desarrollo del aprendizaje”.

Los discursos son de todos en la medida que no se diferencian. Cualquier profesional podría haber dicho cada uno o alguno de estos enunciados.

Es importante resaltar que esta equiparación está fundada en opiniones genéricas, sin base científica, que apenas reflejan el sentido común rígidamente establecido. Discursos que expresan preconceitos travestidos de ciencia, “creer en preconceitos es cómodo porque nos protege de conflictos, porque confirma nuestras acciones anteriores” (Heller, 1989, p48)

Constatamos que la medicalización del campo educacional justifica preconceitos racistas en el pueblo brasileño, por ejemplo en cuanto a la inferioridad de los negros o de los mestizos; asimismo en los argentinos encontramos referencias en cuanto a la inferioridad de las poblaciones migrantes de países limítrofes, especialmente bolivianos y paraguayos; también la supuesta inferioridad intelectual de la clase obrera fue explicada otrora por la unión entre la desnutrición, los parásitos y la anemia. A partir de 1980, ocurre la progresiva ocupación de ese espacio por supuestas disfunciones neurológicas, a tal punto que hoy la mayoría de los discursos medicalizantes refieren a dislexia, TDA-H, TOD (Trastorno Oposicionista Desafiante), sin importar que las hipótesis de enfermedades neurológicas que comprometen exclusivamente el aprendizaje y/o el comportamiento jamás hayan sido comprobadas y son criticadas por la propia medicina. Sin embargo, como discursos dogmáticos resisten inquebrantables. Dogma e intolerancia a cuestionamientos pertenecen al terreno de la fe y los preconceitos, son elementos extraños al mundo de los saberes y conocimientos, que se apoyan en la razón. (Moisés y Collares, 2011)

Es importante destacar que los preconceitos más antiguos no necesariamente desaparecen, sino que muchas veces son encubiertos por otros más recientes. Con frecuencia, se manifiestan todos juntos, encadenados en una única frase que justifica lo injustificable y naturaliza y aplanas las desigualdades.

Presentaremos algunos recortes clínicos de entrevistas realizadas en Campinas y Buenos Aires para abordar esta cuestión.

Jorge, un niño de 8 años, que todavía estaba cursando primer grado, es muy hábil, aprende con facilidad fuera de la escuela, no presenta ningún compromiso intelectual. Bien nutrido, con peso y estatura adecuados para la edad, lee y escribe razonablemente bien en la consulta. Sus padres nacieron en Bahía (Nordeste de Brasil). En la derivación la docente (de la ciudad de Campinas, San Pablo) lo describe: "Él es presilábico, inmaduro, no está listo. Llegó a la escuela como una página en blanco, no sabía ni que era un libro, un cuaderno. Los padres son analfabetos, pasó mucha hambre. Es desnutrido, basta mirarlo para ver su carita de nordestino".

El cotidiano escolar está impregnado de preconcepciones, juicios previos sobre los alumnos y sus familias que son independientes y no están avalados por evidencias empíricas. Los niños no aprenden, supuestamente, porque son pobres, porque son negros, aborígenes, mestizos, nordestinos, bolivianos, paraguayos, provenientes de zonas rurales; son inmaduros, son perezosos.

Emiliano, niño de 6 años, padres bolivianos. En la escuela no produce. Docente (de la ciudad de Buenos Aires): "El niño no atiende, no cumple con las expectativas. Los padres son bolivianos". Psicopedagoga de la escuela: "El niño no atiende, posible causa genética". Derivación a neuropediatría. Neuropediatra del Hospital, escucha a la madre, ve el informe escolar, observa unos minutos al niño, aplica cuestionario, diagnóstica TDA, propone medicar y deriva a equipo de psicopedagogía.

Madre: "Me preocupa que no hable". Describe todos los aspectos negativos del niño. El niño dibuja una figura humana que va tachando a medida que la madre habla. "Mi marido era alcohólico y sólo le pega a los niños cuando es necesario". La única palabra que expresa el niño en toda la entrevista es: "Chicote"

En la entrevista a solas con el niño, la terapeuta se sorprende porque no juega, pero puede decir: "Mi papá siempre me da con el chicote... Dormí con mi papi, soñé feo... me levanté encendido..."

Cuántas veces nos encontramos con niños que son derivados por no atender, por no parar de moverse o por no producir en la escuela a los cuales se les diagnostica rápidamente TDA y se los medica con psicofármacos, sin comprometerse a la escucha de su sufrimiento y encubriendo graves situaciones de violencia y abusos en su hogar (Untoiglich, G. 2011).

En el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, Brasil, se analizaron 150 niños que sufrían graves situaciones de violencia familiar. Todos ellos estaban siendo atendidos en diferentes servicios del Hospital, ningún profesional había detectado anteriormente dichas situaciones. Todos habían recibido diferentes diagnósticos neuropsiquiátricos. El 68,54% estaban clasificados como: Dificultades de aprendizaje, TDA-H y fracaso escolar. 127 niños estaban medicados con drogas psicoactivas, algunos por más de la mitad de su vida (Pfeiffer, 2011).

La docente de Reginaldo de 8 años (de Campinas, San Pablo) dice: "él debe tener problemas en la cabeza porque no aprende. Es preciso llevarlo al médico". La evaluación médica muestra que Reginaldo tiene un desarrollo neuro-psico-motor y cognitivo adecuado. La

madre no entiende qué ocurre porque no percibió ningún problema hasta que entró a la escuela. Relata: "Es un poco nervioso, nada que llame la atención, en casa aprende todo. No sabe hacer cuentas en la escuela, pero me ayuda a hacer las compras, conoce el dinero, sabe arreglarse con el vuelto. No entiendo, cuando una persona tiene algo malo en la cabeza, no tiene razonamiento para nada." El año pasado fue reprobado por la docente porque lo creía inmaduro y lo había derivado a un servicio médico solicitando que se le hiciera un electroencefalograma. El médico no lo consideró necesario porque observaba un niño normal. No satisfecha, la docente volvió a derivarlo. Reginaldo no sabe por qué no aprende y ya pone en duda su normalidad. Cuando no consigue hacer los deberes se desespera: "yo sé, yo sé que soy enfermo, voy a ir al médico y me va a dejar internado 10 años". Terminada la evaluación se trabajó con el niño y sus padres para que se reapropiara de su normalidad de niño. Asimismo se envió a la escuela un informe indicando la normalidad del niño y la plena condición para aprender, resaltando la ausencia de patología que pudiera explicar su descendido rendimiento escolar. También se enfatizó con la familia y la docente las consecuencias negativas de que el niño creyera que tiene una enfermedad inexistente. Sin embargo la reacción de la escuela fue violenta e incomprensible, se le dijo a la madre que no se aceptaba ese informe, que no había dudas de la enfermedad del niño y que sólo podría continuar en la escuela si se le hacía un electroencefalograma y se lo medicaba.

Reginaldo es un niño normal, con todas las condiciones para aprender en la escuela, al igual que aprende fuera de ella. Sin embargo, ya no se considera normal y cree que solo podrá aprender si lo internan y es sometido a un tratamiento. Esta preso en la introyección de una enfermedad inexistente, en una incapacidad inexistente. O que no existía... Está confinado, institucionalizado en una prisión que está ubicada en su mente. Reginaldo nos muestra otra fase del preconcepción: el estigma. Una persona puede evidenciar un atributo que lo torna tan diferente a los ojos de otro, que será ubicado en una categoría que le retira la posibilidad de ser, de existir, disminuido a la categoría de desecho, más o menos peligroso. El atributo se torna estigma, marca indeleble que lo deja en desventaja, dejando la identidad del niño en construcción, olvidada.

### **Conclusiones principales:**

Entendemos que los problemas de aprendizaje y comportamiento cuya prevalencia crece cada vez más, deben ser comprendidos como producto de una sociedad que propicia modos de vivir cada vez más competitivos, productivistas y direccionados hacia el consumo. Consideramos fundamental comprender los vínculos individuo / sociedad en perspectiva de interrelaciones complejas y no como simples sumatorias. La sociedad es una totalidad constituida por la articulación compleja, entre innumerables totalidades individuales, en el mismo proceso que la totalidad de la sociedad constituye la totalidad de cada sujeto que también es por ella constituida. Cada persona es un sujeto histórico y cultural, con las marcas de su tiempo y de su espacio, que deja sus huellas en su tiempo y su espacio.

La biologización basada en una concepción determinista, a partir de la cual todos los aspectos de la vida son determinados por estructuras biológicas que no interactúan con el ambiente, ni con las historias de los sujetos, retira de la escena los procesos y fenómenos característicos de la vida en sociedad, con una historicidad, una cultura, valores, afectos, una organización social con sus desigualdades de inserción y de acceso. Reducida la vida a su sustrato biológico, todo el futuro

está irreversiblemente determinado desde el inicio; esto prepara el terreno para los procesos de medicalización. Reduccionismo y medicalización remiten a una concepción de la medicina y la psicología enraizada en un paradigma positivista.

Estigmatizados, discriminados, incapaces. Niños inicialmente normales se transforman en enfermos, al ser sometidos a miradas que no ven sus sufrimientos, que solo exacerban sus defectos, carencias, que solo ven lo que ya se supone que se sabe de ellos. Expropiados de su posibilidad de ser... sólo adolecen.

### **Bibliografía:**

Bogdan, R.C., Biklen, SK. (1994) *Investigação qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., & Tamburrino, MC., (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface - Comunic, Saude, Educ*, 14(34), 485-497. Jul./set. 2010

Foucault, M. (2008) "LA VIDA DE LOS HOMBRES INFAMES" EDITORIAL ALTAMIRA, BUENOS AIRES.

Goffman, E. (1975) *Estigma. Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.

Heller, A. (1989) *O cotidiano e a história*. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

MOYSÉS, M.A.A. Y Collares, C.A.L. (2011) O lado escuro da dislexia e do tdah. In: *A exclusão dos incluídos*. Org M Meira, MD Facci e S Tuleski. Maringá; EDUEM.

Pfeiffer, L. (2011) *Método de Classificação em Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes*. Tese de Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná. Inédita.

Szasz, T. (2007) *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. New York: Syracuse University Press.

Untoiglich, G. (2011) *Versões actuais del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Ed. Noveduc, Buenos Aires.

# EL PROFESORADO DE PSICOLOGÍA EN LA U.B.A. UN ANÁLISIS DE SUS PLANES DE ESTUDIOS ENTRE 1957 Y 1976

Urrutia Juan Pablo - Tejera María Rossana

Universidad de Buenos Aires

---

## Resumen

En este trabajo se analizan los planes de estudios de la carrera de Psicología de la UBA desde su inicio en 1957 hasta 1976. Se observó su estructura, organización, y títulos que expidió; como también los requisitos necesarios para la obtención del título de Profesor de Enseñanza Normal y Especial en Psicología.

Se reconocen como “planes” de la carrera los implementados en los años 1957; 1958; 1962; 1967; 1973 y 1974. Se analizaron resoluciones vinculadas a los mismos, identificando modificaciones y continuidades. A partir de ellos nos interrogamos por las características del contexto sociopolítico en que tuvieron lugar, como también sobre los debates en relación al papel de la universidad como agente de cambio social.

Inferimos que los distintos planes de estudio pueden ser considerados como expresiones emergentes de debates y tensiones propios de la vida universitaria de época.

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación UBACyT P022: Registros didácticos. Itinerarios y trazas socio históricas en la enseñanza de la psicología para la formación docente. Las marcas en los profesores en Psicología egresados de la UBA (1965 - 1976), Directora Dra. Ana Diamant.

## Palabras Clave

Planes de estudio - Profesorado - Modificaciones - Contexto sociopolítico

## Abstract

THE PSYCHOLOGY CAREER. AN ANALYSIS OF THEIR CURRICULA BETWEEN 1957 AND 1976

In this paper we analyze the curricula of the Psychology career at the UBA since its inception in 1957 until 1976. We observed its structure, organization, and titles issued, as also the requirements for obtaining the title of Professor in Psychology.

Are recognized as “plans” career those implemented in the years 1957, 1958, 1962, 1967, 1973 and 1974. We analyzed resolutions, identifying changes and continuities.

We discuss the characteristics of socio-political context that took place, as well as on the discussions on the role of the university as an agent of social change. We infer that different curricula can be considered as expressions emerging discussions and tensions typical of university life time. This work is part of the research project UBACyT P022: Didactic registers. Itineraries and socio historical traces in the teaching of psychology for teaching training. The marks

on Psychology graduateds from UBA (1965 - 1976), Director Dr. Ana Diamant.

## Key Words

Curricula - Teaching Training - Modifications - Socio political context.

## Introducción

El presente trabajo pretende compartir los resultados parciales de una de las líneas de indagación que se vienen desarrollando dentro del proyecto de investigación UBACyT del cual formamos parte. Este último propone recuperar recorridos y experiencias significativas de formación y de ejercicio profesional de los primeros profesores de Psicología de la UBA, tanto de quienes ocuparon dichos lugares como de quienes se graduaron como profesores de Psicología dentro del período mencionado.

Se recopilaron y analizaron resoluciones que referían a cambios y modificaciones sobre el plan de estudios de la carrera de psicología. En ellas se observó la estructura y organización del plan de estudios, como también los títulos que se expedían y los requisitos necesarios para obtener el título de Profesor de Enseñanza Normal y especial en Psicología.

La complejidad socio política de época nos obligó a analizar aquellos acontecimientos que formaron parte de la vida universitaria y que caracterizaron el contexto en los cuales se llevaron a cabo los cambios en el plan de estudios.

A continuación, teniendo en cuenta el objetivo de este trabajo y los límites de extensión del mismo, presentaremos una periodización de dichos cambios y de las características del contexto de época en las que se produce cada una de ellas, lo cual consideramos necesaria para realizar en futuros trabajos el análisis en profundidad de cada uno de ellos.

## Planes de estudios durante el período 1955 - 1966

### a) Creación de la carrera y primer plan de estudios:

El golpe que interrumpió el mandato peronista en 1955, autodenominado “Revolución Libertadora”, tuvo una acción fuertemente reguladora respecto a la universidad, ya que por decreto derogó las leyes peronistas N° 13.031 y N° 14.297. Hasta

el año '58 se decretaron 8 leyes[i], la primera de ellas restableció la Ley Avellaneda, a la par que por medio de decretos se designaban a los interventores en las universidades nacionales, quienes elegían a los profesores titulares, todos al servicio de la reforma y de la reconstrucción universitaria. Frente a la renovación de los planteles de conducción y de docentes de la Universidad, la reincorporación de aquellos que habían sido obligados a dejar posiciones durante el gobierno peronista, retomaban cargos docentes y diferentes espacios políticos.

Este retorno tuvo la característica de unificar posiciones políticas e ideológicas, configurando un espacio hegemónico político (Gordon, 2008) al interior de la universidad: primaba la posición antiperonista. El espíritu de la época fue marcado por ideologías contrarias a las antecedentes: escolásticas y tradicionales.

Los interventores tuvieron gran poder de acción otorgada por el nuevo gobierno para que puedan reestructurar la universidad. En el caso de la Universidad de Buenos Aires el rector interventor fue José Luis Romero, propuesto por la FUBA[ii] y aceptado para ejercer el cargo. Las medidas que caracterizaron los primeros años de este período fueron, además de la renovación del claustro de profesores, sanción del estatuto universitario y elección de las nuevas autoridades de la Universidad en función del mismo.

El 14 de marzo de 1957[iii] se creó la carrera de Psicología, y con ella el primer plan de estudios. El mismo planteaba que los títulos que expediría la Facultad de Filosofía y Letras serían los de: Doctor en Psicología; Licenciado en Psicología; y Profesor de Enseñanza Normal y Especial en Psicología. Este plan contemplaba una carrera de 5 años organizada de la siguiente manera: El primer año 9 materias cuatrimestrales; el segundo 6 materias cuatrimestrales. Estos 2 años eran comunes para todos los estudiantes de la carrera. A partir del tercer año cada estudiante debía cursar y aprobar diez materias cuatrimestrales ("10 cuatrimestres"[iv]) dentro de las que se ofertaban para cada uno de estos años. Las mismas podían ser de carácter teórico, relacionadas con el trabajo de investigación del Instituto de psicología, o de prácticas de aplicación.

Para obtener el título de Profesor en Psicología, era requisito aprobar todas las materias del plan de estudio propuesto para la licenciatura hasta el 4º año; además de las siguientes: Antropología Filosófica; Lógica; Ética, y Filosofía de la Ciencia. Una materia - a elección del estudiante - de las propuestas para el 5º año de la licenciatura y por último debía aprobar 4 asignaturas pedagógicas: Pedagogía; Didáctica General; Didáctica Especial; y Práctica de la enseñanza.

La posibilidad de la creación de la Carrera de Psicología tuvo una alta adhesión, lo cual permitió posteriormente una fuerte "lucha por la independencia de la disciplina" (Diamant, 2010). El primer director de la Carrera fue Marcos Victoria, quien fue reemplazado por Butelman en el '58. La puja ideológica en los comienzos de la carrera generó fuertes tensiones y desavenencias específicamente en el campo profesional de los psicólogos.

En 1957 Risieri Frondizi asume como rector de la UBA, la cual se convirtió en una usina de cambio social, político y económico; alineándose así en un marco de políticas reformistas, desarrollistas y modernizantes. En este escenario se crean simultáneamente nuevas carreras[v] con el propósito de formar agentes capacitados para intervenir frente a las problemáticas sociales, económicas y sanitarias. El gobierno universitario se conformó nuevamente de manera tripartita compuesto por un claustro de docentes, uno de

estudiantes y uno de graduados. Esta etapa es reconocida como la época de oro de la Universidad.

## **b) Primera modificación del plan de estudios:**

El primer plan de estudios para obtener el título de Licenciado se mantuvo vigente apenas hasta 1958, año en el que se modifica en dos oportunidades. El primer cambio fue en el mes de marzo[vi] en la que se realiza una modificación en cuanto a las materias que componían el 2º año de la carrera (se elimina una materia y se incorpora otra en su lugar; además se incorporan 2 seminarios). La segunda en el mes de diciembre[vii], en el que se reestructura la organización del plan de estudios de la siguiente manera: a) un ciclo introductorio compuesto por 4 asignaturas; b) un ciclo básico de la carrera compuesto por 14 asignaturas, c) un ciclo de asignaturas electivas compuesto por una oferta de 15 materias; d) un ciclo de seminarios electivos compuesto por una oferta de 9 seminarios; y e) un ciclo de asignaturas generales electivas compuesta por una oferta de 12 materias. En cuanto a los requisitos para obtener el título de profesor de Enseñanza Media Normal y Especial en Psicología, la resolución planteaba que era necesario aprobar las asignaturas básicas de la carrera; 4 optativas de las ofertadas; 3 de las generales electivas ofertadas; y las siguientes asignaturas: Historia de la Psicología; Pedagogía; Didáctica General; y Práctica de la Enseñanza.

Tal como mencionábamos anteriormente, los últimos años de la década del '50 y los primeros de la década de los '60 se caracterizan por su impronta desarrollista y por un "torbellino" ideológico impactado por el contexto político internacional: la Revolución Cubana, la guerra de Vietnam, la Teología de la Liberación. (Salles, Antonelli, Tejera, Urrutia; 2010). Este escenario universitario reformista consideraba profundamente las necesidades de cambio en relación a la formación de los profesionales, así como también la concreción de la función social de la universidad de ofrecer soluciones frente a los problemas sociales, educativos y de saneamiento del país. De todas maneras se debe tener en cuenta que las pujas y los conflictos en la Facultad de filosofía y Letras no eran menores, ya que la cultura instituida y sostenida por los claustros conservadores no dejaban de dar batalla frente a la postura reformista de las innovaciones implementadas.

## **c) Segunda modificación del plan de estudios**

En octubre de 1962[viii] se advierte una nueva modificación en el plan de estudios de la carrera. Esta propone la obtención del título de Licenciado en Psicología; de Profesor de Enseñanza Secundaria, Normal y Especial en Psicología; y la expedición de certificados de especialización según el área[ix] (no se hace referencia al título de Doctor). Otra de las novedades es que plantea una orientación hacia una especialización en el último cuatrimestre. La estructura del plan de estudios contemplaba Asignaturas Introductorias (4); Asignaturas básicas (17), aprobación de exámenes de eficiencia en el manejo de 2 idiomas; Asignaturas electivas de la carrera (organizadas en 4 orientaciones, y en cada una de ellas 3 materias generales introductorias); Asignaturas generales electivas (6 ofertadas por cada orientación). Para obtener el título de profesor se debía aprobar las asignaturas introductorias y básicas de la carrera; rendir los exámenes de eficiencia en el manejo de dos idiomas, 2 materias introductorias de las de especialización; y las materias Pedagogía, Didáctica General; Historia de la Educación y la realización de Prácticas de la Enseñanza.



Durante los primeros años de la década del '60 se van intensificando las diferencias entre distintos sectores de la comunidad académica con respecto a las orientaciones científicas y académicas; los criterios curriculares y pedagógicos; y sobre la función social de la universidad (Buchbinder, 2005). A esto se sumaron diferencias políticas[x], que llegaron a transformarse en posturas radicalizadas y contrapuestas. Como se mencionó antes, los efectos de la Revolución Cubana influyeron sobre un sector de estudiantes y graduados, quienes comenzaban a percibir la vía revolucionaria como el camino para solucionar los problemas del país tales como la pobreza y el subdesarrollo, consecuencias del orden mundial establecido. Esto implicaba que el cambio sólo podría realizarse a través de la modificación de las estructuras sociales. De esta manera la vida académica estaba cada vez más determinada por la lucha política. La universidad también era atacada por la derecha política, que veían algunas de sus facultades como centros de infiltración revolucionaria (Buchbinder, op. cit.). La toma de posición de la universidad frente a determinados conflictos internacionales[xi] de época generó también tensiones con las fuerzas armadas.

En junio de 1966 se produce un nuevo golpe de estado que lleva al gobierno al General Onganía, quien dispone la intervención de las universidades provocando la renuncia masiva de profesores luego de la Noche de los Bastones Largos. El nuevo gobierno de facto consideraba que las universidades debían estar al servicio del proyecto económico que se pretendía implementar. Las manifestaciones estudiantiles en desacuerdo por la intervención de las universidades y las políticas nacionales implementadas van aumentando progresivamente. El papel de las universidades en cuanto a la transformación de la sociedad es también uno de los ejes de debate en la vida universitaria.

### **Planes de estudios durante el período 1966 - 1973**

#### **d) Tercera modificación del plan de estudios**

En agosto de 1967 advertimos una nueva modificación del plan de estudios[xii]. En esta propuesta se mantienen los títulos de Licenciado en Psicología y Profesor de Psicología. Este nuevo plan proponía un ciclo Introductorio (8 materias); un ciclo básico (18 materias); y un ciclo especializado organizado en cuatro orientaciones[xiii]. Para obtener el título de Profesor en Enseñanza Secundaria, Normal y Especial en Psicología, se debía aprobar el ciclo introductorio; el ciclo básico; 4 materias del ciclo especializado; y las siguientes asignaturas: Historia de la Psicología, Pedagogía, Didáctica General y las Prácticas de la Enseñanza. Para obtener el título de Profesor con orientación en alguna de las mencionadas en el ciclo especializado, debía completar la aprobación de las mismas.

Son características de esta época, como referimos en el apartado anterior, las movilizaciones de los estudiantes y los enfrentamientos con la policía en reclamo por las políticas de intervención en la universidad, entre otros, en los que progresivamente aumenta la violencia, como también sucedía en la vida política en general. El compromiso político y la militancia eran las características de época de los estudiantes universitarios (Buchbinder, op. cit.). Una parte significativa ellos consideraban a la universidad como funcional a los intereses de los sectores dominantes y que no tenía en cuenta las necesidades de los sectores populares, por lo cual era necesaria su modificación a través de propuestas revolucionarias.

Otro acontecimiento de época son las “cátedras nacionales”, de ideas cercanas al peronismo y sectores conservadores del catolicismo, que cuestionaban el discurso cientificista dentro de la sociología, y proponiendo herramientas teóricas capaces de transformar la realidad y contribuir de esta forma con el proceso de liberación nacional

La manifestación obrera y estudiantil acontecida en 1969, conocida como el Cordobazo, fue una de las máximas expresiones de las movilizaciones estudiantiles de época, que tuvo como consecuencia la caída del gobierno de Onganía.

A principios de los años 70 las agrupaciones estudiantiles comienzan a definirse por sus vinculaciones con partidos políticos. Algunas de ellas se manifestaban explícitamente como peronistas, siendo la izquierda peronista una de las de mayor influencia en la vida universitaria de época. Los debates en la vida universitaria giraban alrededor de la necesidad de formar profesionales para un nuevo proyecto de reconstrucción nacional, basado en la liberación nacional de los sectores dominantes. Se continuaba utilizando la violencia como una forma de resolver los conflictos políticos. Es también característico de esta época el surgimiento de agrupaciones guerrilleras.

### **Planes de estudios durante el período 1973 - 1976**

En 1973 la dictadura abandona el poder debido a la presión de las movilizaciones populares y las organizaciones armadas. En ese mismo año asume Cámpora y emite un decreto de intervención a las universidades con el fin de adecuarlas al nuevo proyecto de liberación nacional, y a su función de estar al servicio del pueblo. Los interventores designados eran afines a los sectores de la Juventud Peronista[xiv], quienes comienzan con el proceso de depuración de los docentes afines a las ideas de Onganía. A fines de ese mismo año comienzan a hacerse cada vez más visible las diferencias entre las distintas agrupaciones peronistas. Para los universitarios de esta época, poder transformar la realidad social implicaba cambiar la estructura de la universidad burguesa por otra que permitiera expresar “su compromiso “militante” con los intereses “nacionales y populares” (Suasnábar, 2004).

#### **e) Cuarta modificación del plan de estudios**

En noviembre de 1973[xv] se deja sin efecto el plan de estudios de la carrera de Psicología aprobado en 1967 y se aprueba un nuevo plan de transición. En las consideraciones de la resolución se establece la necesidad de “adecuar la carrera de Psicología a las tareas de Reconstrucción Nacional”, como también la modificación de los contenidos a fin de poder responder a las necesidades de los sectores populares. El nuevo plan estaba compuesto por un ciclo introductorio de 5 materias más un idioma (Francés o Inglés); un ciclo básico de 17 materias; y un ciclo de especialización de 18 materias (de las cuales se debían elegir 4); un Seminario Teórico Práctico; y cien horas de trabajo de campo que eran computadas como una materia. En cuanto a los títulos que eran posibles obtener, la resolución menciona solamente los de Licenciado en Psicología y de Profesor en Enseñanza Secundaria, Normal y Especial en Psicología. Para obtener el título de Profesor era necesario aprobar, además, las materias Pedagogía; Didáctica General; y las Prácticas de la Enseñanza.

## f) Quinta modificación del plan de estudios

En marzo de 1974 se promulga una nueva ley Universitaria[xvi] que apuntaba a recuperar la autonomía de estas instituciones y cuya función fuera contribuir al proyecto de liberación nacional. Los planes de estudios y programas de materias debían estar centrados en conocimientos de la cultura nacional y popular como también en el desarrollo de investigaciones nacionales y latinoamericanas y debían adecuarse al clima revolucionario que se avecinaba. En ese mismo mes se produce una nueva modificación del plan de estudios,[xvii] propone 3 ciclos: uno introductorio de un año de duración que era común a todos los estudiantes de la Facultad de Filosofía y Letras; un ciclo básico para los estudiantes de la carrera de 3 años y medio de duración (18 materias); y un ciclo de especialización de 2 años de duración compuesto por 4 orientaciones: Educacional (10 materias); Medios de Comunicación de Masas (6 materias y 3 seminarios); Psicología Social Aplicada (9 materias y 2 seminarios); y Salud (4 materias y luego la elección de una sub especialidad entre: Niños; Adolescentes; Adultos; y Geriátrica). Este plan contemplaba la obtención de un título intermedio (Auxiliar en Investigación Psicológica), como también los títulos de grado de Licenciado en Psicología y Profesor de Enseñanza secundaria, normal y especial. Para obtener este último se debía aprobar las materias del plan hasta el cuarto año, y de las materias pedagógicas comunes a todas las carreras de la Facultad de Filosofía y Letras.

Luego de la muerte de Perón, Isabel Martínez asume la presidencia de la nación en julio del '74, quien intenta imponer una política autoritaria y conservadora. En el caso de las universidades, introduce cambios en los cargos directivos de las mismas. Al mes siguiente dispone su intervención. Los interventores se caracterizan por pertenecer a la derecha peronista. Se clausuran los centros de estudiantes y sedes de las facultades por varios meses, y se separaron de la vida universitaria a estudiantes y docentes vinculados con los sectores peronistas revolucionarios. En 1975 se produce cesantía de profesores y estudiantes que son expulsados, y en algunos casos secuestrados y asesinados.

En marzo de 1976 el nuevo gobierno de facto[xviii] promulga una nueva ley[xix] en la que las universidades quedan bajo dominio del poder Ejecutivo, prohibiendo en su interior todo tipo de actividad política. Los interventores pertenecían a las fuerzas armadas, luego reemplazados por civiles de extrema derecha. Se implementan cambios en los planes de estudio de las carreras, fundamentalmente en las de las ciencias sociales como Psicología, que eran consideradas como espacios de infiltración de ideología subversiva (Buchbinder, op. cit.). Finalmente en Julio de 1976 se da de baja el plan de estudios de 1974 de la carrera de Psicología y se propone como plan en vigencia a partir de la fecha el plan de 1967.

### Conclusiones:

Las modificaciones del plan de estudios del Profesorado de Psicología, representan en parte los debates y discusiones de época respecto a la función social y política de la universidad. Las relaciones de poder e ideológicas provocaron litigios en tanto el lugar que debía ocupar la academia en la resolución de los problemas del país, y en torno a la formación académico profesional de los estudiantes y egresados de las altas casas de estudio.

Poniendo en foco la regulación de la vida universitaria, se evidencia la impronta de las particularidades del contexto político y social de época: los movimientos sociales y culturales locales, en diferentes medidas, siempre están afectados por procesos internacionales, por influencias que circulan a través de la diseminación de teorías y de individuos que transfieren formas de acción política (Altamirano, 2006). Así es como las ideas que impactaron en las políticas universitarias locales fueron influidas por el contexto regional en el que se sostenía que el estado debía ser decisivo en el camino para el desarrollo del país. La misma fuerza tuvo el lugar que se le asignaría a los intelectuales en tanto la resolución de los problemas nacionales y regionales. (Diamant, Salles, Antonelli, Tejera, Urrutia, 2011)

La creación de la carrera de Psicología y la mayoría de las modificaciones de su plan de estudios (exceptuando 1958 y 1962) se produjeron en un contexto en el que la Universidad y específicamente la Facultad de Filosofía y Letras estaban intervenidas por el poder político de turno. Cada una de estas intervenciones desconoció la autonomía de su gobierno y gestionó su regulación de manera de alinearla a su proyecto político y económico.

Este trabajo pretendió realizar un análisis de las modificaciones de los planes de los planes de estudio del Profesorado de Psicología, y en correlato de la Carrera de Psicología, poniendo en tensión la relación dialéctica que se desarrolló entre el contexto socio político epocal y el interior de la vida institucional de la Facultad de Filosofía y Letras, espacio donde se crearon las mencionadas Carreras.

Finalmente, en esta primera fase del estudio, se pudo observar la continuidad de 3 asignaturas propias para obtener el título de Profesor de Psicología que se mantuvieron en el plan de estudios durante todo el período analizado: Pedagogía; Didáctica General; y Práctica de la Enseñanza. El análisis de sus programas será el objetivo de nuestro próximo trabajo.

[i] El decreto ley 6.043, por ejemplo, otorgaba a la universidad la posibilidad de administrar su propio patrimonio; organizar su estructura; los planes de estudio; su forma de gobierno; y declaración de los estatutos (Buchbinder 2005).

[ii] La FUBA propuso una terna al Ministro de educación de la Nación, de la cual surgiría el nuevo rector. interventor. La misma estaba conformada por Vicente Fatone, José Babini y José Luis Romero.

[iii] Resolución (CS) N° 528 del 14 de marzo de 1957.

[iv] Resolución Op. Cit.

[v] En la facultad de Filosofía y Letras se crean las carreras de Sociología, Ciencias de la Educación (antes Pedagogía) y Psicología.

[vi] Resolución (CS) N° 81 del 15 de marzo de 1958

[vii] Resolución (CS) N° 52 del 27 de diciembre de 1958

[viii] Resolución (CD) N° 1274/62 del 30 de octubre de 1962

[ix] Psicología Clínica; Orientación Vocacional y Profesional; Teoría e Investigación psicológica; y Psicología Educacional.

[x] En las elecciones universitarias de 1962, triunfa el Humanismo,

corriente universitaria de tendencia católica (consultado en <http://www.uba.ar/institucional/contenidos.php?id=91#1955>).

[xi] Por ejemplo frente al pedido de apoyo de Estados Unidos a los países miembro de la OEA en su invasión a República Dominicana en abril de 1965 (Buchbinder, Op. Cit.).

[xii] Resolución (CS) N° 1354/67 del 25 de agosto de 1967.

[xiii] Orientación clínica; Orientación Industrial y Laboral; Orientación Jurídica y Forense; y

Orientación Pedagógica.

[xiv] Vinculados con sectores de la izquierda peronista y con la agrupación Montoneros.

[xv] Resolución N° 817/73 del 14 de noviembre de 1973 dictada por el Rector Interventor

[xvi] Ley N° 20654 Sancionada por el Poder Legislativo Nacional el 14 de marzo de 1974

[xvii] Resolución N° 307/74 del 1 de marzo de 1974 dictada por el Rector Interventor

[xviii] La última dictadura militar, autodenominada Proceso de Reorganización Nacional, impuso una violenta política represiva a través del terrorismo de Estado, caracterizado por el secuestro, tortura, desaparición y asesinato de personas.

[xix] Ley 21.276 del 29 de marzo de 1976.

#### **Bibliografía:**

Buchbinder, P. (1997) Historia de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Bs. As. Eudeba.

Cirigliano, G. (1973). Universidad y Pueblo. Buenos Aires. Librería del Colegio.

Diamant, A. (2010) Testimonios de enseñar y aprender. Ser psicólogo en la UBA de los 60. Teseo.

Fronzizi, R. (1971). La Universidad en un mundo de tensiones. Eudeba. Bs. As.

Halperin Donghi, T. (1962). Historia de la Universidad de Buenos Aires; Eudeba. Bs. As.

Altamirano, C. (2006). Entre el naturalismo y la psicología: el comienzo de la "ciencia social" en la Argentina. En Neiburg, F.y Plotkin, M. Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina. Bs As Paidós.

Buchbinder, P. (2005) Historia de las universidades argentinas. Buenos Aires. Sudamericana.

Diamant, Ana; Salles, Nora; Antonelli, Cristina; Tejera, Rossana; Urrutia Juan Pablo, (2011) "La traza didáctica desde los primeros profesores de Psicología - UBA: el entramado de la formación intelectual y la formación profesional", en XVIII Anuario de investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Bs. As.

Gordon A. (2008) Tensiones entre ilustración y modernización en la Universidad de Buenos Aires: reformismo y desarrollismo entre 1955 y 1966. En: Genealogías de la universidad contemporánea. Unzué M. (Coordinador) Ed. Biblos Bs. As.

Salles, N; Antonelli, C; Tejera, R; Urrutia, J. (2010); La traza didáctica: construcción colectiva de profesores y primeros estudiantes de la carrera de

Psicología, UBA. XVII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología; UBA; Pág. 319/324. Tomo II.

Suasnábar, C. (2004). Universidad e intelectuales. Educación y política en la Argentina (1955-1976), Buenos Aires, FLACSO – Manantial

Resoluciones citadas:

Resolución (CS) N° 528 del 14 de marzo de 1957.

Resolución (CS) N° 81 del 15 de marzo de 1958

Resolución (CS) N° 52 del 27 de diciembre de 1958

Resolución (CD) N° 1274/62 del 30 de octubre de 1962

Resolución (CS) N° 1354/67 del 25 de agosto de 1967.

Resolución N° 817/73 del 14 de noviembre de 1973 dictada por el Rector Interventor

Resolución N° 307/74 del 1 de marzo de 1974 dictada por el Rector Interventor

# “IMPLEMENTACIÓN EN EL INSTITUTO LANARI DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL LIVERPOOL CARE PATHWAY PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE CALIDAD DE PACIENTES EN ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA. ESTUDIO DE CASOS MÚLTIPLES.”

Veloso Verónica

Comisión Nacional Salud Investiga - Ministerio de Salud de la Nación

---

## Resumen

El Liverpool Care Pathway (LCP) desarrollado en el Marie Curie Palliative Care Institute, Liverpool (UK) es una herramienta para optimizar el cuidado del paciente en proceso de muerte. Su implementación en varios países permitió reforzar los programas de educación de todos los profesionales de la salud, establecer la excelencia en el cuidado y reconocer qué áreas requieren mayor desarrollo e investigación, como son el diagnóstico del proceso de muerte, la ética de la toma de decisiones, la optimización del control de los síntomas y la comunicación con los pacientes y sus familias. Los objetivos generales de este proyecto son 1.- Relevar las características de los actos de salud en situación de final de vida en el Instituto de Investigaciones Médicas “A. Lanari”(IDIM) ; 2.- Sensibilizar y capacitar a los trabajadores de la salud del IDIM para la implementación del LCP en los pacientes en situación de final de vida. La metodología propuesta es la investigación acción participativa (IAP), exploratoria-descriptiva. La estrategia es estudio de caso de tipo inclusivo de unidades múltiples de análisis sobre la praxis en salud en usuarios de cuidados paliativos, con objetivos de evaluación-transformación de los actos de salud en últimos días de vida.

### Palabras Clave

Cuidados Paliativos - LCP

### Abstract

IMPLEMENTING THE LANARI INSTITUTE OF THE SPANISH VERSION OF THE LIVERPOOL CARE PATHWAY FOR THE COMPREHENSIVE QUALITY CARE OF PATIENTS IN END OF LIFE. MULTIPLE CASE STUDY

The Liverpool Care Pathway of the Dying (LCP) was developed at the Marie Curie Palliative Care Institute, Liverpool (UK) is a multiprofessional document providing an evidence- based framework for the dying phase. Its implementation in several countries helped to strengthen the education of all health professionals, to promote best practice in care of the dying, and it has also identified clinical issues and a lack of evidence based research such as diagnosing dying, ethical decision-making at the end of life, optimizing symptom control

and communicating with patients and families. The general objectives of this project are: 1.- To survey the characteristics of health acts in a position to end of life at the Instituto Lanari, 2 .- sensitize and train IDIM health workers to implement the LCP in patients at end of life. The proposed methodology is participatory action research (PAR), exploratory-descriptive. The strategy is the case study inclusive type of multiple units of analysis in health practice in palliative care users, with objective evaluation and transformation of health events in last days of life.

### Key Words

Palliative Care - LCP

### Introducción:

El tratamiento y el cuidado de las personas próximas a morir pueden variar, según los deseos de la persona, de los cuidadores, de los recursos, de las creencias, la formación y la experiencia del personal. Existe evidencia de que la angustia psicológica y el duelo patológico se pueden reducir si la calidad de vida es maximizada hasta el momento de la muerte y los cuidadores preparados para esta etapa. Uno de los problemas más frecuentes es el reconocimiento de que la persona ha entrado en el proceso de morir y si el equipo de salud no está de acuerdo con que se trata de las últimas horas o días de vida, la atención prestada a ese paciente puede ser inadecuada. Para el paciente, la preparación para la muerte así como el control de los síntomas pueden permanecer sin un control acorde a sus necesidades. La experiencia demuestra que los pacientes en un hospital de agudos pueden recibir tratamientos inadecuados, desproporcionados e invasivos aún hasta el momento de morir. La discusión con los pacientes y las familias sobre la suspensión de tratamientos en el final de la vida requiere de sensibilidad, habilidad y tiempo, y además una formación y experiencia profesional. En concordancia con el crecimiento de los cuidados paliativos como una especialidad, las secuencias de cuidados integrales han sido una respuesta para mejorar la calidad de atención y la dignidad al final de vida. (Mirando S, 2005)

Las secuencias de cuidado (pathways) logran satisfacer las necesidades de los profesionales de proveer estándares de cuidados consistentes y mensurables para el manejo de los pacientes. Incluyen la opinión de expertos, guías para la toma de decisiones, protocolos de manejo y conductas basadas en la evidencia así como, en algunos casos, plataformas para trabajos de investigación y desarrollo. Incorporan los principios del cuidado y tratamiento de los pacientes y los trasladan a la práctica diaria, incluyéndoles la documentación de eventos al lado de la cama del paciente, las políticas institucionales de manejo y procedimiento, los estándares de trabajo, la educación continua para la salud y los programas de mejoramiento de la calidad de atención. La secuencia de Liverpool para el Cuidado Integral del Paciente en Proceso de morir (LCP según sus siglas en inglés "Liverpool Care Pathway") se desarrolló a partir de la década del 90 en el Marie Curie Palliative Care Institute de Liverpool como una herramienta para mejorar el programa de educación para el cuidado del paciente muriente. (Ellershaw, J 2005).

A partir de las actuales políticas sanitarias centradas en las necesidades del paciente en lugar de las necesidades profesionales, existe una tendencia inexorable a la aplicación de estrategias para aumentar y mejorar la información del paciente, la elección y la participación en la toma de decisiones clínicas en todas las etapas del curso de una enfermedad. En vista de los desafíos éticos que significan las perspectivas y preferencias de los pacientes sobre el cuidado en el final de la vida, la investigación sobre estas cuestiones es relativamente escasa. Sin embargo, hay indicios de que muchos pacientes en relación con su muerte, prefieren medidas de alivio de los síntomas por sobre la prolongación de la vida. (Willard C, Luker K, 2006). En el año 2009 en Argentina, la Asociación Civil Pallium Latinoamérica ha realizado la traducción al español y la adaptación cultural del LCP en el marco del programa PAMPA (Programa asistencial multidisciplinario Pallium) bajo la supervisión del Marie Curie Palliative Care Institute de Liverpool UK. (Tripodoro V, 2010).

### **Formulación de la pregunta de investigación a modo de interrogante**

¿Cuál es la calidad de asistencia de los pacientes en últimos días de vida y sus familias internados en el IDIM en el año 2012? ¿Cómo es la capacitación de los recursos humanos y el soporte estructural necesario para el cuidado multidisciplinario de los pacientes en esa situación?

### **Justificación del problema y utilización de los resultados**

Uno de los grandes beneficios que ha brindado el LCP, no es sólo establecer la excelencia en el cuidado, si no también reconocer qué áreas requieren mayor desarrollo e investigación. Algunos ejemplos de ello son el diagnóstico de que un individuo se encuentra en proceso de muerte, la ética de la toma de decisiones en los últimos días de vida, la optimización en el control de los síntomas y la comunicación con los pacientes y sus familiares.

Desafíos para la asistencia del final de la vida en el hospital de agudos A pesar de ser la casa el lugar preferido, en el Reino Unido sólo el 20% de los pacientes cumplen sus deseos. Hay una serie de razones, como el control inadecuado de los síntomas, el rápido e inesperado deterioro, la falta de apoyo de los servicios de la comunidad y la claudicación de los cuidadores. Como resultado, el hospital de agudos es con mayor frecuencia donde mueren los pacientes. Y es

en este entorno, donde las intervenciones en el final de la vida son invasivas y agresivas, y no siempre reflejan las preferencias de los pacientes, o un cuidado de calidad, que priorice el control eficaz de los síntomas y atienda las preocupaciones psicológicas del paciente muriente y su familia.

Tradicionalmente, los cuidados paliativos han estado disponibles para pacientes con cáncer, sin embargo, el 60% de los pacientes que mueren padecen una enfermedad no oncológica. Este sugiere que el LCP permite un notable avance en un área descuidada de la atención. Uno de los principales objetivos de la secuencia es la de capacitar a otros miembros del equipo multidisciplinario para atender a los pacientes murientes con necesidades no complejas sin el apoyo del equipo de cuidados paliativos del hospital. Esto sugiere que la implementación del LCP faculta a otros miembros de los equipos multidisciplinarios para llevar a cabo la atención basada en la evidencia.

El mensaje clave que surge de este proyecto es que para garantizar el éxito de la aplicación del LCP se tiene que capacitar al personal sanitario, con el tiempo y la inversión de los recursos necesarios.

La Secuencia de Cuidado Integral de Liverpool (LCP) demostró que utilizando un esquema común de trabajo, es posible transferir el modelo de los cuidados paliativos que incluye el cuidado físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes próximos a morir, a todo el sistema nacional de salud. (Ellershaw J, 2005, 2007)

### **Marco teórico**

En años recientes se han establecido equipos de Cuidados Paliativos en un número creciente de hospitales en el país y en todo el mundo, fundamentalmente para responder a las necesidades de los pacientes oncológicos. En Argentina, una de cada seis muertes obedece a enfermedad neoplásica siendo la segunda causa de muerte luego de las enfermedades cardiovasculares (INDEC, 2004); estimativamente una de cada tres personas en el mundo occidental desarrollará cáncer en algún momento de su vida. Los principios de los cuidados paliativos son aplicables también al cuidado de personas que padecen otras enfermedades progresivas y limitantes de la vida – incluyendo SIDA, enfermedades neurodegenerativas, fibrosis quística, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y cualquier otra patología en etapa avanzada, progresiva y terminal. (De Simone G, Tripodoro V, 2004)

Cuidados paliativos es mitigar el sufrimiento, reafirmando la importancia de la vida pero aceptando que la muerte es un fenómeno natural. La Organización Mundial de la Salud define a los Cuidados Paliativos "como un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la temprana identificación, evaluación precisa y resolución del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales". (OMS, 2002)

Un argumento que justifica la implementación de los Cuidados Paliativos desde la perspectiva de la OMS es el progresivo aumento de la población añosa, con el concomitante incremento de la expectativa de vida. En los últimos cuarenta años los cuidados paliativos evolucionaron mundialmente dentro de un modelo dominante de curación, guiándolo hacia un modelo de cuidado, aún no están al alcance de todos los que los necesitan. El mayor reto de

los cuidados paliativos es transferir el modelo de cuidado integral al sistema nacional de salud. Hay una clara necesidad de trasladar estas prácticas de calidad en el cuidado hacia otros escenarios.

Las guías del Instituto Nacional de Excelencia Clínica publicadas en 2004 de Gran Bretaña dieron como recomendación fundamental, “independientemente de cuál sea el entorno de cuidado en el que se encuentren los pacientes que en proceso de muerte por cáncer, deben detectarse y satisfacerse cada una de sus necesidades. En este sentido, el LCP provee un mecanismo efectivo para lograrlo”. (Ellershaw, J 1997)

En la Argentina desde el año 2001 se incluyeron los lineamientos de los Cuidados Paliativos en las políticas gubernamentales de salud y fueron incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) del Ministerio de Salud de la Nación, descriptos como una modalidad de asistencia activa y total del paciente y de sus cuidadores brindada por equipos multidisciplinarios y se establece, en la mayor parte de los casos, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de doce meses por no responder al tratamiento curativo que le fue suministrado en los centros oficiales de salud. Los sistemas de salud, obras sociales, prepagos, privados o públicos, tienen obligación de brindar el 100% de cobertura, llevando adelante programas en los que se considere el derecho a una muerte con dignidad, privilegiando desinstitucionalizar a estos pacientes cuando sea viable y/o la atención de los mismos en lugares donde se vele por el cuidado, el confort y la contención del paciente y su núcleo familiar.

El Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2002 realiza algunas modificaciones que derivan en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) e integra un conjunto de prestaciones básicas esenciales. Actualmente esta en proceso de reglamentación la llamada “Ley de muerte digna” (Ley 26.742) sancionada recientemente por el Congreso Nacional. Este proceso pone en debate y reflexión al sistema sanitario y a los equipos de profesionales sobre la propia práctica en pacientes y familias en situación de final de vida.

El equipo profesional puede acompañar a la persona, sus procesos, su búsqueda y sus preguntas; por lo tanto, tiene mucho que hacer hasta el momento final.

Desde el año 2002 en el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, reuniendo un grupo de profesionales calificados y formados específicamente hemos logrado avanzar en el cambio cultural necesario, para concretar los principios fundamentales de los Cuidados Paliativos según los lineamientos de la OMS. El adecuado abordaje de estos pacientes y sus familias (Unidad de tratamiento UT) es un enfoque interdisciplinario en el que participan en forma activa de acuerdo a las prioridades del momento y caso, que incluya médicos, enfermeros, psicólogos, kinesiólogos y trabajadores sociales capacitados específicamente, a los que se suman otras especialidades médicas como interconsultores.

Se trabajó estratégicamente en el área de docencia en el pregrado y en la capacitación de médicos residentes y enfermería para poder generar el personal necesario como para formar un equipo multiprofesional. Se sensibilizó a los profesionales del área psicosocial y de farmacia lo que permitió un desarrollo en el área asistencial, de docencia e investigación.

En el año 2005 se formó un Equipo de internación domiciliaria

para pacientes gravemente enfermos, en etapa terminal y también para pacientes crónicos en rehabilitación evitando internaciones prolongadas innecesarias y traslados al hospital. Esta experiencia asistencial limitada a dos años y medio fue publicada en las Jornadas del IDIM 2007. (Tripodoro, 2007)

Desde el año 2007 se intensificaron todas las áreas asistenciales tanto en pacientes internados en el hospital y en sus domicilios como ambulatorios. Se atienden también pacientes de dolor crónico complejo no oncológico. Se trabajó en los aspectos psicosociales con entrevistas de admisión, de intervención y de seguimiento en duelo. También se desarrolló el trabajo de docencia y el de investigación con publicaciones y presentaciones en congresos nacionales e internacionales. En el año 2007 se realizó la investigación “Calidad de vida en Cuidados Paliativos. Una perspectiva de humanización al final de la vida”. Beca de Investigación en Salud “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia 2007” del Ministerio de Salud de la Nación. (Velo V, Tripodoro V, Zaldúa G, 2007)

A mediados del 2010 llevamos asistidos en seguimiento a más de 1000 pacientes.

### **Formulación de hipótesis.**

Es un estudio destinado a implementar y evaluar la efectividad del LCP como secuencias del cuidado integral de pacientes en últimos días de vida. La hipótesis principal de trabajo es que la implementación del LCP permitiría alcanzar estándares de calidad (buenas prácticas) en el cuidado integral de los pacientes en los últimos días de vida. Se parte del supuesto de que la inclusión en los equipos de salud del LCP por medio de estrategias de formación y praxis, permitiría consensuar un plan de acción, registrar y monitorear colectivamente el cuidado de los pacientes asistidos en el final de la vida, favoreciendo la comunicación entre los equipos de salud y las unidades de tratamiento.

Las mismas suponen que existen barreras que dificultarán la implementación, diferentes grados de satisfacción y adherencia entre los profesionales de la institución. Diferentes grados de capacitación de acuerdo a su profesión y participación en el cuidado de pacientes gravemente enfermos. El mismo acto de poner a debate las prácticas cotidianas en contraste con las necesidades subjetivas de las UT en situación de final de vida promoverá la tensión entre los tradicionales paradigmas del modelo médico hegemónico y la descentración a un nuevo paradigma donde se recupera la capacidad de autonomía en la UT y el propósito está en favorecer la satisfacción de las necesidades sentidas de la misma, la humanización del proceso de atención y cuidado, y la dignidad de las personas en el final de la vida. Esta tensión consideramos que estará presente en el desarrollo del proceso de la investigación y formará parte de los constructos que la participación intentará flexibilizar.

### **Objetivos generales.**

Relevar las características de los actos de salud en situación de final de vida en el Instituto de Investigaciones Médicas “A. Lanari” (IDIM) Sensibilizar y capacitar a los trabajadores de la salud del IDIM para la implementación del LCP (versión en español PAMPA) en los pacientes en situación de final de vida

Objetivos específicos

1.1 Auditar según los estándares del LCP el estado actual de cuidados brindados a los pacientes internados en el IDIM con enfermedades oncológicas y no oncológicas en los últimos días de vida

1.2 Relevar las percepciones de los trabajadores de la salud en referencia a las prácticas de cuidado en el final de la vida

1.3 Registrar con una nueva auditoría, el estado alcanzado de cuidados luego de la implementación del LCP

1.4 Monitorear los facilitadores y obstáculos percibidos por los trabajadores de la salud del IDIM en la implementación del LCP.

2.1 Co-construir con los trabajadores de la salud del IDIM el cuidado de excelencia para los últimos días de vida según la evidencia del LCP.

2.2 Promover la transferencia técnica necesaria a los trabajadores de la salud para la implementación del LCP

2.3 Implementar la secuencia de cuidados en español del LCP (PAMPA) para los últimos días de vida a los pacientes asistidos por el equipo de cuidados paliativos

2.4 Evaluar el cambio generado en el proceso de capacitación profesional para la atención de los pacientes en los últimos días de vida

## **METODOLOGÍA**

Definición operacional de las variables y categorías.

Actos de Salud Es el encuadre que se le da a la práctica en el ámbito sanitario. El espacio relacional entre efector y usuario, que se genera al momento de emprender un conducta sanitaria, una actividad de evaluación diagnóstica, pronóstica, o de prescripción o ejecución de medidas terapéuticas relativa a la salud integral (física, mental, social) de las personas, grupos o comunidades. Desde la concepción de la salud integral no es un acto restringido al accionar médico-paciente, sino que incluye en si misma la multiplicidad de saberes saluíficos y de cuidado operativizados por diferentes actores sociales (profesional, promotores, facilitadores, cuidadores). Los actos de salud debieran de conservar las condiciones de la ética relacional resguardando los derechos humanos de todos los actores participantes.

Se intentará rastrear y registrar los actos de salud en final de vida siguiendo los criterios de calidad y excelencia propuestos por el LCP comparando ex ante y ex post la formación e implementación del instrumento.

Secuencias de cuidado integral: Como se menciona en apartados anteriores, incorporan los principios del cuidado y tratamiento de los pacientes y los trasladan a la práctica diaria, incluyéndoles la documentación de eventos al lado de la cama del paciente, las políticas institucionales de manejo y procedimiento, los estándares de trabajo, la práctica reflexiva, la educación continua para la salud y los programas de mejoramiento de la calidad de atención.

El registro de la totalidad de las prácticas, realizadas cumpliendo con los objetivos de la secuencia o la variación de la misma será el modo

en el cual se construirán los indicadores de los criterios de calidad aplicados en el IDIM.

### **Descripción del ámbito de estudio.**

La presente investigación se desarrollará en el Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari" cito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La mencionada institución pertenece a la Red de hospitales de la Universidad de Buenos Aires, con la impronta del hospital universitario, desde la filosofía de complementar la Asistencia, la Docencia y la Investigación, actualmente la capacidad de internación es de 60 camas en sala general más 7 camas de terapia intensiva. Relevando los datos pertinentes al presente estudio y en base a los registros estadísticos del IDIM en el año 2009 han ingresado 1866 pacientes a la internación de los cuales han fallecidos 195[i], conformando más del 10% de la población. Asumiendo la proyección de dichos datos, ese 10% de la población serían de considerar como los potencialmente beneficiarios de la implementación del LCP en el IDIM.

### **Tipo de estudio y diseño. Investigación Acción Participativa**

La metodología propuesta es la investigación acción participativa (IAP), exploratoria-descriptiva. Incorporando los presupuestos de la epistemología crítica, la IAP organiza el análisis y la intervención como una pedagogía constructiva de disolución de los privilegios del proceso de investigación como punto de partida para un cambio social de alcance indeterminable. Esa búsqueda del conocimiento se caracteriza por ser colectiva, por proporcionar resultados cuya utilización y gobierno corresponde a los propios implicados, que deben haber determinado el proceso de conocimiento a la vez que experimentado en el mismo un proceso de maduración colectiva (De Miguel, 1993). La IAP concibe a la investigación y la participación como momentos dentro de un mismo proceso de producción de conocimientos y lleva implícitos componentes de acción educativa y animación sociocultural. Algunas de sus características: 1- intencionalidad política y opción de trabajo junto a grupos vulnerables o clases excluidas de la esfera de las decisiones sociales; 2- una aproximación epistemológica y metodológica basada en una concepción dialéctica de la realidad y del proceso de generación de conocimientos; 3- la incorporación de los sectores populares como actores del proceso de conocimiento en el que los problemas se definen a partir de necesidades e intereses compartidos (Montero, 2006). La opción metodológica de la investigación acción participativa se basa en una ética relacional. Fals Borda (1985) la describe como: "una metodología dentro de un proceso vivencial, un ciclo productivo satisfactorio de vida y trabajo en las comunidades en busca de 'poder' y no tan sólo de 'desarrollo' para los pueblos de base, un proceso que incluye simultáneamente educación de adultos, investigación científica y acción política, y en el cual se consideran el análisis crítico, el diagnóstico de situaciones y la práctica como fuentes de conocimiento. La práctica transformadora aparece como un elemento fundamental en la producción de conocimiento, basada en los postulados de la filosofía de la praxis (Fals Borda, 1985). El hilo conductor de la IAP debe plantearse como un proceso cíclico de reflexión-acción-reflexión, en el que se reestructura la relación entre conocer y hacer. Se privilegia un abordaje cualitativo de investigación que busca construir la dialéctica de los procesos de comprensión de una totalidad, que trabaja con la implicación del investigador, que explicita los supuestos ideológicos. Esta concepción de la investigación permite vehicular la implementación del Pampa desde

la revisión de los recursos materiales y simbólicos disponibles y su potencial capacidad de transformación por acción de la participación de los equipos de salud y de la comunidad de usuarios en los actos de salud de final de vida.

### **Estudio de Casos Múltiples**

La estrategia privilegiada es el estudio de caso. Stake (1995) sostiene que “el estudio de caso es el estudio de la particularidad, no la generalización, y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias [...] El caso es algo específico, algo complejo en funcionamiento.” Para Denny (1978 citado en García Jiménez, 1996) el estudio de caso es “un examen completo e intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo”. Merriam (1998) postula que “el estudio de caso ofrece un medio para investigar unidades sociales complejas”. El presente estudio se propone ser descriptivo-interpretativo, de tipo inclusivo de unidades múltiples de análisis, con objetivos de evaluación-transformación. Formando parte de una investigación de casos múltiples sobre la praxis en salud en usuarios de cuidados paliativos y se pretende relevar, evaluar y transformar los actos de salud en últimos días de vida.

Transferencia Técnica: Educación y Formación en Cuidados Paliativos

Podemos afirmar que la Educación en Cuidados Paliativos es un nuevo desafío en nuestro sistema de formación en Salud, con interrogantes y logros específicos que deben ser considerados. “El factor más importante que fundamenta la demanda de entrenamiento en Cuidados Paliativos es la existencia de una gran población de pacientes, en creciente expansión, que mueren con sufrimiento no aliviado” (Oxford Textbook of Palliative Medicine, 1993). La responsabilidad de la formación en Cuidados Paliativos está referida a una realidad socio-sanitaria advertida en cada uno de nuestros lugares de trabajo: no se trata sólo de saber más, de adquirir mejores habilidades o mejorar nuestra jerarquía académica: el objetivo final es modificar las condiciones clínicas allí donde trabajamos. Se trata entonces de una propuesta de Educación Clínica, que recíprocamente nos convierte a los profesionales en Clínicos Educadores. En este sentido, las Ciencias de la Educación pueden considerarse como ciencias hermanadas a las de la Salud, ya que serán necesarias para resolver los problemas cotidianos que traen los pacientes. La Educación es más una herramienta que un objetivo por sí mismo, que deberá ser facilitador para evaluarlo como efectivo. (De Simone G, www.pallium.org.ar).

Los Cuidados Paliativos son una disciplina donde se refleja quizás con más claridad que en ninguna otra este nuevo paradigma del cuidado, donde el paciente y su familia son el centro, y sus necesidades se convierten en el eje de atención sobre las que articularemos nuestros esquemas de conocimientos y habilidades.

### **Población:**

La población participante estará distribuida en dos colectivos a conformarse prospectivamente en el transcurso de la investigación, se determinarán por su pertenencia a: los beneficiarios de los actos de salud de calidad en el final de la vida, integrado por las diferentes unidades de tratamiento (paciente-familia) que fuesen asistidos con la secuencia del cuidado integral (LCP) o al colectivo de trabajadores

de la salud participantes de los talleres de formación y capacitación en las prácticas de excelencia en el cuidado integral de pacientes en final de vida.

### **Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión:**

Actos de salud

Criterios de inclusión: Accesibilidad. UT en seguimiento de CP y en contexto de final de vida del pacientes, registrados por los trabajadores de la salud del IDIM según los criterios del LCP.

Criterios de exclusión: tiempo de seguimiento al paciente en internación en el IDIM menor a 12 horas. Fallecimiento del paciente por muerte súbita

Usuarios de cuidados paliativos del IDIM.

Criterio de inclusión: Accesibilidad. Mayor de 18 años de edad del paciente. En situación de fin de vida y sean asistidos según los criterios del LCP.

Criterio de exclusión: tiempo de internación del paciente en el IDIM menor a 12 horas. Fallecimiento del paciente por muerte súbita.

Trabajadores de la salud del IDIM

Criterio de inclusión: Participar de los talleres de formación y capacitación para la implementación del LCP.

### **Muestra:**

Unidades de tratamiento (paciente-familia) en seguimiento de CP (n20), asistidas en momento de final de vida del paciente, según los criterios del LCP versión 12 en español (PAMPA), por el equipo de salud del IDIM

Intencional: Criterio de inclusión: Accesibilidad. Ser asistido en el final de la vida según los criterios del LCP. Criterio de exclusión: tiempo de internación del paciente en el IDIM menor a 12 horas. Fallecimiento del paciente por muerte súbita. Heterogénea: sexo, edad, pertenencia geográfica, patología, Obra social. Homogénea: Ser asistido en el final de la vida según los criterios del LCP. Permanecer internado hasta su fallecimiento en el IDIM. El muestreo no está planteado en términos de representatividad, sino de homogeneidad e intencionalidad, para abordar en profundidad un grupo particular. Es un estudio prospectivo, con lo cual la muestra se irá conformando con el transcurrir del tiempo de ejecución del proyecto.

### **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:**

Instrumento de aplicación de la secuencia de cuidado integral de personas en situación de final de vida (LCP-versión 12 en español PAMPA): Se aplicará a las unidades de tratamiento en seguimiento de CP que fueran asistidas en momento de final de vida del paciente, según los criterios del LCP - PAMPA versión 12 en español (adjunta en Anexo), por el equipo de salud de internación del IDIM. El instrumento incluye el registro de los criterios/objetivos alcanzados, las variaciones y aquellos no alcanzados contemplando el monitoreo permanente. Idealmente, las secuencias de cuidado deberían reemplazar a todos los otros tipos de instrumentos de manejo, convirtiéndose en los documentos multidisciplinarios que funcionen como herramienta central para la actividad clínica:



Suministran un diagrama de flujo que contrasta la evolución esperada con la evolución real de los pacientes a lo largo del curso de su cuidado.

Cada una de las actividades de asistencia al paciente tiene un espacio para ser descripta y posteriormente monitoreada en busca de establecer si los resultados obtenidos están dentro de los niveles esperados de calidad.

Trazan un plan de acción acordado por un equipo interdisciplinario. En caso de que el equipo de salud decida desviarse en algún momento de dicho plan, esta desviación se documenta como una variación.

Una variación, no siempre implica un fracaso en el cumplimiento del plan de cuidados, puede poner de manifiesto la aplicación de un juicio clínico individualizado adaptando el plan de acción un paciente en particular, manteniendo igualmente la continuidad y la calidad en el manejo.

Posteriormente, estas variaciones pueden recogerse y estudiarse para identificar eventuales necesidades de incorporar de nuevos recursos de cuidado o de nuevos conocimientos llegando hasta la mismísima modificación de la secuencia en sí.

Grupos Focales: “Esta estrategia de recolección de datos es generalmente usada para: (a) focalizar la investigación y formular cuestiones más precisas; (b) complementar informaciones sobre conocimientos peculiares a un grupo con relación a creencias, actitudes y percepciones; (c) desarrollar hipótesis de investigación para estudios complementarios” (De Souza Minayo: 1995: 111). La producción grupal posibilita la sociabilización de la información y la distribución equitativa de la misma en un espacio para la devolución de los datos obtenidos en la investigación y la evaluación participativa de la misma. Los criterios de inclusión en los grupos focales serán: ser trabajadores de salud del IDIM con pertinencia y participación en el cuidado de UT en situación de final de vida (Enfermeros, Médicos Residentes, Jefes de Sala, Auxiliares, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Farmacéuticos, Gerenciadores, Voluntarios).

Entrevistas en profundidad: Se realizarán entrevistas a las UT asistidas en momento de final de vida del paciente, según los criterios del LCP, por el equipo de salud de internación del IDIM

Observación Participante: estará focalizada en las actividades de Auditoría, Dispositivos de taller y en la implementación misma de la secuencia de cuidado integral.

Revisión Documental: Se realizará una Auditoría Clínica basada en la revisión retrospectiva de (n20) historias clínicas pertenecientes a pacientes fallecidos consecutivamente en el IDIM, recortando un período previo a la implementación del LCP, con el objetivo de revisar la documentación de las prácticas realizadas en dicha oportunidad según los objetivos de calidad del LCP.

### **Plan de análisis de los resultados.**

El presente trabajo pretenderá analizar críticamente el proceso de implementación del LCP en el IDIM. Se iniciará por construir una Línea Base de datos sobre las prácticas realizadas en el IDIM en situación de final de vida. La misma será a partir de la revisión documental de veinte (n20) historias clínicas de pacientes asistidos en internación en el IDIM al momento del fallecimiento, evidenciando las prácticas actuales realizadas y registradas por el equipo de salud del IDIM en el contexto de últimas horas de vida. Dicha información conformará la línea basal de la cual se podrá analizar ex ante y ex post los procesos de docencia y práctica de la secuencia de cuidado

integral en comparación con los registros auditados en primera instancia (Auditoría Basal).

La observación participante de los procesos de aprendizaje y adherencia a las nuevas secuencias de cuidado integral señalarán los obstáculos percibidos por los actores participantes, posibilitando la reflexión y la construcción de soluciones y/o recorridos posibles a las debilidades del sistema de salud dominante actualmente. La propuesta emancipatoria de la IAP habilitaría diversos dispositivos de prevención como estrategias de construcción colectivas capaces de desnaturalizar aquellas prácticas instituidas por los modelos sanitario tradicionales. Los dispositivos mencionados permitirán indagar en la reflexión intersectorial, las condiciones de posibilidad de transformarse en promotores del cambio a prácticas capaces de contemplar la mirada integral del cuidado de la UT que se encuentran en contexto de final de vida.

Los dispositivos taller serán analizados desde la estrategia de evaluación ex ante y ex post a través de un cuestionario autoadministrado que será confeccionado por el equipo facilitador. El mismo indagará las percepciones y las prácticas que los trabajadores de la salud, según sus competencias profesionales, traen como saber-hacer en situaciones de final de vida previo al proceso de capacitación. Luego se propiciará el intercambio dialógico entre los participantes de los talleres de formación, como sociabilización de saberes, se completarán los datos ya recabados en el cuestionario de inicio para luego colocarlos en tensión con los datos arrojados en el cuestionario de finalización del proceso de transferencia técnica.

Finalizada la primera etapa se pondrá en marcha el plan piloto de la aplicación del LCP, comprendiendo el seguimiento de veinte (n20) UT en situación de final de vida según los criterios del cuidado integral secuenciados por el LCP. Los mismos serán analizados en profundidad y en comparación entre sí para proyectar los aciertos y las desventajas de la práctica. Finalmente se realizará un nuevo proceso de auditoría para comparar los actos de salud previos y post implementación del LCP.

[i] Datos aportados por el Servicio de Estadísticas del Instituto de Investigaciones Médicas “Dr. A. Lanari”

### **Bibliografía:**

1. Mirando S Introducing an integrated care pathway for the last days of life *Pal Med* 2005; 19: 33-39
2. Willard C, Luker K, Challenges to end of life care in the acute hospital setting *Pal Med* 2006; 20: 611\_615
3. Ellershaw JE, The Liverpool Care Pathway (LCP) Influencing the UK National Agenda on care of the dying *Int J Palliat Nurs* 2005, Vol 11 N°3
4. Tripodoro V, von Petery G, Berenguer C, Junin M, De Simone G. Traducción, adaptación cultural e implementación en Argentina del Liverpool Care Pathway (LCP) para el cuidado integral de pacientes en últimos días de vida. Poster Premio Accesit Jornadas Instituto Roffo (UBA) 2010
5. Ellershaw JE, Foster A, Murphy D, Shea T, Overill S (1997) Developing an integrated care pathway for the dying patient. *EurJPalliat Care* 4(6): 203-7
6. De Simone G, Tripodoro V, Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas, Pallium Latinoamérica, Buenos Aires, Argentina 2004
7. Kearney M. A place of Healing Working with Suffering in living and dying. Oxford University Press, 2000
8. Ellershaw JE, Smith C, Overill S, Walker SE, Aldridge J (2001) Care of the dying: Setting standards for symptom control in the last 48 hours of life.

Journal of Pain and Symptom Management. 21(1): 12-17

9. Ellershaw JE, Wilkinson S, Eds (2003) Care of the dying: A Pathway to Excellence. Oxford: Oxford University Press
10. DOH (2003). Essence of Care: Patient-focused benchmarking for health care practitioners. www.doh.gov.uk/essenceofcare
11. Ellershaw J E (2007) Editorial – Care of the dying: what a difference an LCP makes! Palliative Medicine 21:365 – 386
12. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva: WHO. 2002
13. Informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, RESOLUCION N° 1230/07.
14. MacDonald N, Hagen N, Young J; CAN MED ASSOC J o APR. 15, 1995; 152 (8)
15. Tripodoro, V, Nastasi R, Veloso V, Garrigue N, Berenguer C, Carballo MM, Análisis de la experiencia de 5 años de Cuidados Paliativos en el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA) Presentación oral Jornadas Profesionales del Instituto Lanari Año 2007
16. Veloso, V, Tripodoro V, Zaldúa G: “Calidad de vida en Cuidados Paliativos. Una perspectiva de humanización al final de la vida”. Beca de Investigación en Salud “Ramón Carrillo- Arturo Oñativia 2007” del Ministerio de Salud de la Nación. Año 2007.
17. What is the LCP Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool, 2009.
18. Latimer J. Ethical care at the end of life. Canadian Medical Association Journal 1998; 158: 1741-7.
19. Manzini JL. Bioética Paliativa. Quirón editora. La Plata, 1997.
20. Saunders C. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Edit Salvat, 1984
21. Baró, M.I. (1998) Psicología de la Liberación. España: Editorial Trotta.
22. Cequeira, M.T. y D. Mato (1998). “Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud”. En Haro, A. y B. De Keijzer (1998) (coords.). Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. El Colegio de Sonora, OPS, Prodessep. Hermosillo.
23. Fals Borda, O. (1985) Conocimiento popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia. Colombia. Punta de Lanza- Siglo XXI.
24. Fals Borda, O. y Rodríguez Brandao, C. (1986) Investigación participativa. Ediciones de la Banda Oriental – Instituto del Hombre. Montevideo.
25. Stake, R. E. (1995). Investigación con estudio de casos. Morata, Madrid.
26. De Souza Minayo, M. C. (1997) El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires.
27. García Jiménez, E. (1996) Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. España.
28. Merriam, S. (1998) “Case study research in education: a qualitative approach”. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
29. Zaldúa, G. y colaboradores. Investigaciones: “Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos” (TP57)-(1998-2000) “Las condiciones de producción del acto de salud”. (P065) 2001- 2003. Instituto de Investigaciones de Psicología. UBA.

Nota:

Autores:

Veloso Verónica Lic. en Psicología integrante del Depto. de Cuidados Paliativos del Instituto de Investigaciones Médicas “A.Lanari” (IDIM) – Becaria 2012 “Carrillo – Oñativia” Ministerio de Salud de la Nación. Este proyecto de Investigación se realiza con el financiamiento de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación – Convocatoria Becas “Carrillo – Oñativia” 2012

Berenguer Celina Médica Paliativista integrante del Depto. de Cuidados Paliativos del IDIM - Colaboradora  
Garrigue Nicolás Médico Paliativista integrante del Depto. de Cuidados Paliativos del IDIM - Colaborador  
Nastasi Rosa Lic. Trabajo Social integrante del Depto de Cuidados Paliativos del IDIM - Colaboradora  
Tripodoro Vilma Médica Paliativista - Jefa Departamento de Cuidados Paliativos IDIM – Directora de Beca 2012 “Carrillo – Oñativia” - Ministerio de Salud de la Nación. Miembro de la Comisión Directiva de Pallium Latinoamerica. Representante en Argentina y Latinoamérica del Liverpool Care Pathway.