

TRABAJO TERRITORIAL EN SALUD: ESTRATEGIAS ENTRE LA COMPLEJIDAD DE LAS DEMANDAS Y LA VULNERACIÓN DE DERECHOS.

Lenta, María Malena, Longo, Roxana,
Joskowicz, Adán y Tortosa, Paula.

Cita:

Lenta, María Malena, Longo, Roxana, Joskowicz, Adán y Tortosa, Paula (2020). *TRABAJO TERRITORIAL EN SALUD: ESTRATEGIAS ENTRE LA COMPLEJIDAD DE LAS DEMANDAS Y LA VULNERACIÓN DE DERECHOS. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/449>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/5Me>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

MEMORIAS

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología

XXVII Jornadas de Investigación

XVI Encuentro de Investigadores
en Psicología del MERCOSUR

II Encuentro de Investigación
de Terapia Ocupacional

II Encuentro de Musicoterapia

25 AL 27 DE NOVIEMBRE 2020



Psicología de la Salud, Epidemiología

TOMO 3



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA





AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Decano

Prof. Lic. Jorge Biglieri

Vicedecana

Prof. Dra. Lucía Arminda Rossi

Secretaria Académica

Prof. Lic. Silvia Vázquez

Secretario de Investigaciones

Prof. Dr. Martín Juan Etchevers

Secretaria de Posgrado

Prof. Dra. Isabel María Mikulic

Secretario de Hacienda y Administración

Cdor. Gastón Mariano Valle

Secretario de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario

Prof. Dr. Pablo Muñoz

Secretario de Consejo Directivo

Prof. Dr. Osvaldo H. Varela

CONSEJO DIRECTIVO

Claustro de Profesores

Titulares

Rossi, Lucía
Michel Fariña, Juan
Laznik, David
Izcurdia, María De Los Ángeles
Peker, Graciela
Donghi, Alicia
De Olaso, Juan
Cardenas Rivarola, Horacio

Suplentes

Ruiz, Guillermo Ramón
Metz, Miriam Isabel
Kufa, María Del Pilar
Stasiejko, Halina
Azaretto, Clara
Nuñez, Ana María
Vitale, Nora Beatriz

Claustro de Graduados

Titulares

Llull Casado, Veronica Gabriela
Mazzoni, Maria Yanina
Korman, Guido
Ferreira, Julián

Suplentes

Lutereau, Luciano
Laserre, Lucas
Fernandez, Gabriela
Medici, Julieta

Claustro de Estudiantes

Titulares

Masimelli, Roman
Cecchetti, Guadalupe
Rozas, Lara
Marchese, Agustina

Suplentes

Cultraro, Felipe
Riveros, Belen
Nuñez D'Agostino, Fernando
Antenucci, Magali

Representante de APUBA

Fernando Testagrossa



AUTORIDADES

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXVII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología
XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR
II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional
II Encuentro de Musicoterapia

Presidente Honorario

Decano Prof. Lic. Jorge Antonio Biglieri

Presidente

Prof. Dr. Martín Etchevers

Coordinador

Prof. Dr. Osvaldo Delgado

INTEGRANTES DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA

Claustro de Profesores

Prof. Martin De Lellis
Prof. Clara Schejtman
Prof. Ricardo Iacub

Claustro de Graduados

Lic. Martin Alomo
Lic. Mariano Acciardi
Lic. Julieta Bareiro

Subsecretario de Investigaciones

Dr. Garay, Cristian J.

MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Aisenson, Gabriela
Aksman, Gloria
Alomo, Martín
Azaretto, Clara
Bareiro, Julieta
Barreiro, Alicia
Barrios Raúl
Beramendi, Maite
Berger, Andrea
Bosco, Ramiro
Burín, Débora
Bustingorri María Laura
Calzetta, Juan Jose
Cassullo, Gabriela
Crespi, Melina
Cryan, Glenda
Delfino, Gisella
Dominguez, María Elena
Donghi, Alicia
Elgier, Angel
Etchezahar, Edgardo
Fernández Liporace, Mercedes
Fernández Zalazar, Diana
Filippi, Graciela
Freiberg Hoffmann, Agustin
Galibert, María
García Labandal, Livia
Ghiso, Claudio
Iacub, Ricardo
Ibarra, Florencia
Iorio, Alberto
Jaume, Luis
Keegan, Eduardo

Kligmann, Leopoldo
Kohan Cortada, Ana
Korman, Guido
Kufa, Pilar
La Tessa, Mirta
Laznik, David
Leibson, Leonardo
Leiman, Marina
Llull Casado, Verónica
Lowenstein, Alicia
Lozzia, Gabriela Susana
Lubian, Elena
Luchetta, Javier
Lutereau, Luciano
Macchioli, Florencia
Mazzuca, Marcelo
Mazzuca, Santiago
Miceli, Claudio
Michel Fariña, Juan Jorge
Mikulic, Isabel María
Muiños, Roberto Daniel
Muñoz, Pablo
Muraro, Vanina
Murillo, Manuel
Nakache, Deborah
Naparstek, Fabián
Napoli, María Laura
Nuñez, Ana María
Oiberman, Alicia
Ormart, Elizabeth
Ortega, Julian
Paolicchi, Graciela
Pawlowickz, María Pía

Peker, Graciela
Pelorosso, Alicia
Perrotta, Gabriela
Politis, Daniel
Puhl, Stella
Quattrocchi, Paula
Radusky, Pablo David
Ragau, Rita
Raznoszczyk, Clara
Rodriguez, Flabia
Rojas, Alejandra
Rojas Breu, Gabriela
Rosales, Guadalupe
Ruetti, Eliana
Ruiz, Guillermo
Saavedra, Ma. Eugenia
San Miguel, Tomasa
Sarudiansky, Mercedes
Schorn Marta
Sicilia, Miguel
Sotelo, Inés
Stasiejko, Halina
Stefani, Dorina
Ungareti, Joaquín
Valenzuela, Viviana
Vazquez, Liliana
Vernengo, María Pía
Wainstein, Martin
Wald, Analía
Wittner, Valeria
Ynoub, Roxana

El contenido, opiniones y el estilo de los trabajos publicados, previamente aprobados por el Comité Científico son exclusiva responsabilidad de los autores, y no debe considerarse que refleja la opinión de la Facultad de Psicología de UBA.



PSICOLOGÍA DE LA SALUD, EPIDEMIOLOGÍA

TRABAJOS LIBRES

CUIDADOS PALIATIVOS: CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE MUERTE EN TIEMPOS DE COVID-19 Albornoz, Ona	7
FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN LA RESIDENCIA DE SALUD MENTAL, LABOR ASISTENCIAL E INVESTIGACIÓN EN SALUD Carmio, Natali	13
TRABAJO DE PROMOCIÓN DE SALUD EN CONDOMINIO RESIDENCIAL Costa, Gleydson Fabio; Gomes, María Aparecida De França	17
LEY DE SALUD MENTAL Y PROCESOS DE FORMACIÓN: ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS EN ESCENARIOS DE APRENDIZAJE De Lellis, Carlos Martín; Fotia, Guillermo Daniel; Marzioletti, Sofia; Foggetta, Ornella	20
CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA: UN PROBLEMA QUE CRECE Di Giorno, Sol Agustina	25
TRABAJO TERRITORIAL EN SALUD: ESTRATEGIAS ENTRE LA COMPLEJIDAD DE LAS DEMANDAS Y LA VULNERACIÓN DE DERECHOS Lenta, María Malena; Longo, Roxana Gabriela; Tortosa, Paula Inés; Joskowicz, Adan	30
EQUIPOS DE SALUD. GÉNERO Y CONTEXTOS DE PRECARIZACIÓN Longo, Roxana Gabriela; Veloso, Verónica; Zaldúa, Graciela	37
REFLEXIONES ACERCA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD: PROBLEMAS Y DESAFÍOS ACTUALES Luchetta, Javier Federico	42
MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Luna, Carina Roxana; Garcia Quiroga, Eleonora	45
SUICÍDIO EM TEMPOS DE ISOLAMENTO SOCIAL Maia De Oliveira, Rosa Maria; Maia De Oliveira, Marcos Antonio; Caricol Iaralham, Luciano; Parreira, Amanda	48
ACUERDOS Y DESACUERDOS ENTORNO A LAS PANDEMIAS Masciadri, Viviana	52
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE. RESULTADOS PRELIMINARES Ortega, Javiera	60
RESULTADOS PRELIMINARES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE Y DE SU CUIDADOR PRINCIPAL Ortega, Javiera	65
ACTITUDES Y TEMORES ANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN ARGENTINA Peloche, Sebastián; Gagliardi, Georgina; Somers, María Eugenia; Alomo, Martín	70
¿PADRES Y MADRES EN SU INTERACCIÓN CON SUS HIJOS/AS, TIENEN UN ROL DIFERENTE RESPECTO DE LA SALUD PSÍQUICA DE LOS NIÑOS/AS? Samaniego, Virginia Corina	73
TRABAJO INFANTIL URBANO, TERRITORIO Y DISCURSIVIDAD Serantes, Alexis	77



CONSTRUIR LA MUERTE Verdaro, Camila	82
ESTIGMATIZACIÓN HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA: ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN DE GRADO Zarate, Jorge; Dávila, Angélica Leonor; Sananez, Griselda Guillermina; Illanes Passera, Mariana Inés; Diaz, Sofia Belen; Denti Castañon, Florencia; Gioacchini, Carina; Sanchez, Carolina Silvana; Hunziker, Carola	87
POSTERS	
FLEXIBILIDAD PSICOLOGICA E INTOLERANCIA HACIA LA INCERTIDUMBRE EN PACIENTES CORONARIOS Brizuela Ruiz, Natalia Jorgelina	93
CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES DE CIUDAD DE BUENOS AIRES Celleri, Milagros; Ortega, Ivana; Donatti, Sofía; Pérez Vasaro, Daniela Cecilia; Garay, Cristian Javier	94
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Ofman, Silvia Deborah; Stefani, Dorina	96
RESÚMENES	
ESTRATEGIAS DE CONSUMO ALIMENTARIO Y REPRESENTACIONES DE SALUD DE LOS HOGARES POBRES DE CIUDAD CAPITAL DE SANTIAGO DEL ESTERO Oneto Vera, Natalia María	99
VARONES ADOLESCENTES, EJERCICIO Y PADECIMIENTO DE LA VIOLENCIA DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO, SUBJETIVIDAD Y SALUD COLECTIVA Tajer, Debora; Reid, Graciela Beatriz; Cuadra, María Eugenia; Saavedra, Lucia Daniela; Fabbio, Rocío Paola; Lo Russo, Alejandra Isabel; Kreis, María Manuela; Lavarello, María Laura; Fernández Romeral, Juliana; Solis, Mónica; Alvarenga, Germán Gabriel; Borello Taiana, Florencia María	101
VARONES ADOLESCENTES Y PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADOS: SIGNIFICACIONES DE USUARIOS Y ESTUDIANTES DE SECUNDARIOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES Tajer, Debora; Reid, Graciela Beatriz; Lavarello, María Laura; Fernández Romeral, Juliana; Solis, Mónica; Alvarenga, Germán Gabriel; Borello Taiana, Florencia María; Cuadra, María Eugenia; Saavedra, Lucia Daniela; Fabbio, Rocío Paola; Lo Russo, Alejandra Isabel; Kreis, María Manuela	103
COVID-19: EVALUACIÓN DE LAS EMOCIONES, EN ADULTOS MAYORES ARGENTINOS, DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL Tartaglino, María Florencia; Hermida, Paula Daniela; Feldberg, Carolina; Ofman, Silvia Deborah; Heisecke, Silvina Lidia	105
¿CÓMO DIFIERE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE PERSONAS CON CRISIS EPILÉPTICAS O CON CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS? UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Wolfzun, Camila	106
CORRELATOS PSICOSOCIALES DEL COVID-19 EN UNA MUESTRA DE ADULTOS ARGENTINOS Wyss, Paulina Gertrudis; Brehm, Mónica Patricia; Katz, Olivia; Fernández Mastrantuoni, María De La Paz	107

TRABAJOS LIBRES

CUIDADOS PALIATIVOS: CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE MUERTE EN TIEMPOS DE COVID-19

Albornoz, Ona

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El año 2020 ha comenzado con la pandemia del COVID-19. Nos enfrentamos a una situación inesperada, disruptiva, que nos mantiene activados frente al peligro inminente, que genera emociones tales como miedo e incertidumbre y que impactó en los sistemas de salud mundiales y dejó sin recursos a los agentes de salud. Médicos teniendo que elegir a quien poner el respirador, muertes en aislamiento, miedo de acercarse al moribundo, ataúdes esperando en las puertas de los hospitales, familiares, pacientes y agentes de salud en soledad sin palabras... Este artículo busca reflexionar sobre la calidad de vida antes de morir y la calidad del proceso de muerte y de morir en situación de pandemia, pensar sobre las posibilidades de los cuidados paliativos de ofrecer herramientas como oportunidad de un acompañamiento diferente, y sobre la importancia de analizar que cada acción que tomemos influirán en los duelos individuales pero más aún en los duelos sociales.

Palabras clave

Cuidados paliativos - Calidad de vida - Calidad de muerte - COVID-19

ABSTRACT

PALLIATIVE CARE: QUALITY OF LIFE AND QUALITY OF DEATH IN COVID TIMES

The year 2020 has begun with the COVID-19 pandemic. We are facing an unexpected situation, disruptive, which keeps us alert towards an imminent danger, arouses feelings such as fear and uncertainty and which had an impact on the world's health system, leaving the health agents with no resources. Doctors deciding who should receive a ventilator, deaths in isolation, fear to get close to the dying patient, coffins waiting at the hospitals' doors, relatives, patients and health agents in complete loneliness and speechless... This article tries, to reflect on life quality before dying and quality of the dying process and death during a pandemic, to think about the possibilities of palliative care to offer tools as an opportunity to assist the patient in a different way and the importance of analysing that every action we take not only it will affect individual grief but even more social ones.

Keywords

Palliative care - Quality of life - Quality of death - COVID-19

Morir es la experiencia más solitaria de la vida. Es el momento en que, sobre todo lo demás, anhelamos compañía, no la de una muchedumbre charlatana de solícitos colegas y conocidos, sino la de experimentar intimidad con aquellos que comparten nuestro secreto y están dispuestos a compartirse a sí mismos con nosotros”

(Doyle, 1983).

Introducción

Un señor de 67 años comienza con fiebre, llama al médico y le indican reposo y cuidado en su casa, pasan 3 días y la fiebre no baja, repiten la prescripción. Un allegado médico lo visita y lo lleva directamente a internar, muere a los tres días solo, nadie puede visitarlo, nadie puede acompañarlo, pues ingresa bajo protocolo de COVID. A su entierro solo pueden ir su esposa y tres hijos.

Una niña de 5 años muere internada en el servicio de oncología, sus padres, sus hermanos, sus abuelos y tios pueden ingresar a despedirse, permiten que sus padres se queden con ella hasta el final. Los cuidados paliativos estaban presentes. No hay velatorio, el entierro se realiza solo con sus padres y hermanos.

Estas son solo dos historias de nuestro país, en solo dos historias surgen preguntas simples, murió igual el señor que la niña? El proceso de morir en soledad o rodeado de amor genera diferentes impactos en las personas? La posibilidad de la despedida, de sentir la trascendencia estuvo presente? Serán sanos los duelos de sus familias? Dejará alguna huella en los familiares del paciente no haber compartido unas ultimas palabras, influirá en el proceso de duelo?

Y si lo pensamos multiplicado por miles? Y si miramos un momento a aquellos países donde murieron treinta mil, cuarenta mil o cien mil personas? Sin despedida, sin ritos frente a la muerte? Si pensamos en que tal vez cien personas reciben el impacto de cada muerte, serían cuatro millones o diez millones de personas en duelo, un porcentaje de un país en duelo, duelo sin despedida, duelo sin ritos, duelos sin palabras, sin abrazos, cómo serán esos duelos sociales?

Discusión

Para comenzar a reflexionar se presentan los resultados obtenidos en el contexto de la tesis doctoral donde se ha realizado la evaluación de la calidad de vida y calidad del proceso de morir y de muerte en cuidados paliativos con el fin de rescatar aquellas

áreas que influyen en una buena muerte del paciente y por ende en un buen duelo familiar.

En dicha investigación se han utilizado dos técnicas específicas: 1) el Inventario de Calidad de Vida percibida en Cuidados Paliativos para el paciente y cuidador principal (ICVCP, Albornoz, Mikulic, 2000), a fin de evaluar la percepción que los pacientes en cuidados paliativos tienen respecto de su calidad de vida. Su confiabilidad muestra un alfa de .72, (Alfa de Cronbach) valor que da cuenta de una consistencia interna adecuada del instrumento. 2) Quality of Dying and Death (QODD). Cuestionario de evaluación de Calidad del Proceso de Morir y de la Muerte: Autor: J. Randall Curtis, Ruth A. Engelberg (2001). Adaptación: Dra. Ona Albornoz, indaga la percepción que sobre este proceso tiene el cuidador principal del paciente. Se realizó el análisis de consistencia interna (Coeficiente Alpha de Cronbach estandarizado) del QODD adaptado, obteniendo un coeficiente de 0.89, valor que da cuenta de una consistencia interna adecuada del instrumento y se corresponde con el obtenido en el instrumento original, reportado por Patrick, Engelberg & Curtis en el año 2001.

Los resultados del ICVCP nos muestran que las áreas relacionadas con las redes de apoyo: amor, amigos, hijos y parientes se encuentran ponderadas como importantes para la calidad de vida y al mismo tiempo son áreas con alta satisfacción percibida. Dichos resultados están relacionados con las redes, la trascendencia y el crecimiento personal. Al estudiar las respuestas de los cuidadores principales, asignan una gran importancia a los valores y al amor, ponderando nuevamente lo variables relacionadas con el aspecto emocional y espiritual y con la identidad que es lo que se sostiene en el tiempo más allá del momento de vida que están atravesando. Ellos también ponderan a las áreas que corresponden a solidaridad, amor, amigos e hijos, y al mismo tiempo representan los dominios en los que se reporta satisfacción, refieren los aspectos afectivos y vinculares, conectado con el apoyo social y la trascendencia recordando una frase de Cicely Saunders quien plantea que los agentes de salud debemos buscar que los pacientes se sientan lo más parecido posible a ellos mismos hasta el último momento de sus vidas.

El QODD (Quality of Dying and Death/ Cuestionario de Calidad del proceso de morir y de muerte) fue desarrollado para permitir que las familias evalúen las experiencias del paciente al final de la vida. Según Patrick, Engelberg & Curtis (2001) calidad del morir refiere a una "muerte que esté libre de dolores y sufrimientos para los pacientes, familias y sus cuidadores y tomando en cuenta los deseos del paciente y su familia" (p.2). De la inmensa cantidad de resultados obtenidos resaltaremos los del dominio de preparación para la muerte ($M=7.4$ y $D=1$) donde se han reportado asociaciones entre las actividades de preparación con el ejercicio de voluntad libre y el establecer un control de fuerzas externas, actividades que los psicólogos existenciales conectan con el bienestar (Martin, Thiel y Singer, 1999). Con respecto a la presencia de alguna persona en el momento del fallecimiento, los cuidadores asignaron $M=8,2$ y $DS=1,3$ este aspecto en rela-

ción a la calidad de vida del final de la vida de su ser querido, y puede inferirse que podría afectar tanto el duelo posterior como reacciones de stress y ayudaría a una despedida más en paz. En cuanto a la dimensión Familia tiene una $M= 7,8$ y $DS=1,1$, mínimo 5 y máximo 9. En esta dimensión se evalúa sobre la frecuencia en que el ser querido pasaba con su esposo/a o compañero/a durante el último vez de vida, los resultados muestran la relación a la calidad de vida del final de la vida que pondera el cuidador de ese aspecto con $M=8,1$ y $DS=1,6$. Realizando una correlación con un estudio descriptivo correlacional que indagó la Calidad del Proceso de Morir realizado por Espinoza Venegas y Sanhueza Alvarado en personas con cáncer en Chile en 2010, la dimensión arrojó como resultados que la presencia de la familia (85.6), se relacionó con una mejor calidad de muerte, donde se destaca especialmente, el hecho de pasar el tiempo con la pareja o esposo, apoyando la teoría y estudios al respecto (Patrick, Engelberg & Curtis, 2001), que recomiendan que las personas pasen los últimos días de su vida en su casa, acompañados de sus seres queridos. Los resultados de esta dimensión muestran que la relación con seres queridos, el tiempo compartido con familia, amigos y mascotas son significativos en la calidad de muerte y de morir de los pacientes en cuidados paliativos. Dichos resultados se condicen con otros investigadores que han identificado dominios similares al dominio de conectividad, enfatizando la importancia de la atadura a la familia y amigos para comunicación y apoyo (Emanuel y Emanuel, 1998; Stewart, Teno, Patrick & Lynn, 1999; Emanuel, Alpert, DeWitt & Emanuel, 2000; Steinhauer et al., 2002; Cohen y Leis, 2002). Las conexiones positivas con seres queridos al final de la vida crean en los pacientes la sensación de que están dejando un legado positivo, que sus vidas tienen un valor intrínseco, y que no constituyen cargas para la familia y amigos (Steinhauer et al., 2002; Emanuel, Bennett & Richardson, 2007; Block, 2001).

Otros resultados muestran la correlación entre la Satisfacción ICVCP Paciente y QODD Cuidador nos muestra que la dimensión del QODD de control de síntomas correlaciona con la satisfacción en relación a los valores (.450) y la religión (.630). Los valores conectan con la identidad y sensación de continuidad de la persona así como el área religiosa conecta con lo espiritual y podemos inferir que con la trascendencia. La dimensión del momento de la muerte correlaciona con la satisfacción en las áreas de amor (.420), hijos (.343) y comunidad (.351), puede inferirse que la sensación de estar acompañado, cuidado y contenido generaría una sensación de pertenencia y acompañamiento en el momento de la muerte. Familia como dimensión del QODD, correlaciona con la satisfacción del paciente en las áreas de valores (.435) y religión (.364), amigos (.345) y parientes (.481), volvemos a encontrar la importancia de los vínculos afectivos y la sensación de trascendencia, pensando en los valores que son propios del sujeto y que no cambian y se conectan con lo individual, la religión que conecta con la continuidad y los afectos son importantes en la calidad de muerte y de morir.

En cuanto a las correlaciones entre QODD Cuidador- ICVCP Importancia Paciente, la dimensión Preparación para la muerte correlaciona con autonomía (.389). Podríamos pensar que se relaciona dado que la importancia de elegir despedirse, mirar hacia adentro, conectarse con los propios miedos y con la paz interior, en relación a la muerte marca una característica de la autonomía. Surgen del análisis de dichos resultados que los factores que influyen en una buena calidad de muerte y de morir y una buena calidad de vida son aquellos relacionados con la conectividad, con las redes cercanas, con la familia, con el amor y los amigos, con estar acompañados en el momento de la muerte y tener la autonomía para tomar decisiones, entonces se retoma la pregunta sobre cómo están falleciendo los pacientes de COVID. Y lo que podemos ofrecer los cuidados paliativos para lograr obtener recursos para una buena muerte, sin soledad, sin aislamiento, rodeados de afecto y conectados con la trascendencia y la identidad.

La Organización Mundial de la Salud establece que los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Incluyen el proceso de duelo. Según afirman Pessini y Bertachini (2006) los cuidados paliativos valorizan alcanzar y mantener un nivel óptimo de control del dolor y la administración de los síntomas, afirman la vida y entienden el morir como proceso normal, no apresuran ni posponen la muerte; no deben acortar la vida “prematuramente”, integran aspectos psicológicos y espirituales en los cuidados al paciente, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte, ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad del paciente y del duelo, exigen trabajo en equipo, buscan mejorar la calidad de vida, concepto que sólo puede ser definido por la persona enferma y que se puede modificar perceptiblemente en el curso del tiempo (OMS, 1998).

Existe un consenso social bastante extendido en que la dignidad en el proceso de la muerte significa como mínimo:

1. Maximizar el bienestar en esos momentos y minimizar el sufrimiento (de todas las índoles: físico, psicológico, espiritual, social...),
2. Poder decidir sobre algunas cuestiones (como el lugar donde morir y otras) y
3. Estar en un ambiente de acompañamiento y afecto, por supuesto, de las personas queridas, pero también de los profesionales sanitarios.

El objetivo de los cuidados paliativos en medio de la pandemia es poder llevar una mirada a las instituciones sobre la importancia de todos los aspectos antes explicados, impeler a la sociedad y a la institución a permitir algún tipo de despedida, poder

dejar entrar a algún familiar que tome la mano de quien está muriendo, aunque sea vestido con las protecciones pertinentes, aunque no pueda tocar sino a través de sus guantes, pero existe la voz del ser querido que acuna, la mirada que sostiene y cuida. Y si eso no es posible, podremos ofrecer la opción de una video llamada, o simplemente que puedan escuchar la voz del otro y despedirse y poner palabras de amor a ese momento.

La conciencia de muerte es una característica fundamentalmente humana, las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos del hombre ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos y reforzados a lo largo de su vida. Los distintos ritos y costumbres, el lugar que la cultura ha concedido a la muerte y el mantenimiento de una relación entre los vivos y los muertos, ponen de manifiesto cómo el fenómeno de la muerte ha propiciado, desde épocas tempranas, los más complejos y elaborados sistemas de creencias y prácticas mágico religiosas. Estas últimas les han servido a los seres humanos, a lo largo de la historia, para explicar, entender y manejar el hecho mismo de la muerte (Gómez Sancho, 1999).

Si pensamos en acompañar en el duelo debemos tomar en cuenta que la muerte de un ser querido es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que debe afrontar una persona. El proceso de recuperación en el periodo de duelo supone el afrontamiento de una serie de tareas que consisten en aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor asociados a ella, adaptarse a un medio en el que la persona fallecida está ausente y recolocar emocionalmente a la persona ausente para continuar viviendo. Este sistema familiar podrá ofrecer protección a sus miembros ante la situación de pérdida cercana dependiendo de factores como la historia previa de pérdidas, el funcionamiento familiar previo (ya que los conflictos existentes se exacerbarán ante la situación de estrés), el papel que juega en la familia el paciente, el tipo de enfermedad y muerte y los recursos socio-económicos y personales de sus integrantes. El proceso de duelo en la familia de pacientes con una enfermedad puede ser favorecido en todos los casos por intervenciones realizadas por profesionales antes del fallecimiento como identificar necesidades y temores de la familia, facilitar expresión emocional, potenciar medidas de autocuidados, realizar un buen control de síntomas para evitar recuerdos dolorosos, información sobre diagnóstico y pronóstico, información para afrontamiento de situaciones difíciles (cambios físicos y emocionales del paciente y cómo actuar ante ellos), implicar en el cuidado al mayor número de familiares, estimular la comunicación de sentimientos paciente/familia, facilitar reconciliaciones y despedidas, preparar a familia para la situación de últimos días, informar de la proximidad de la muerte para facilitar la despedida. Las intervenciones a realizar tras el fallecimiento incluyen, ofertar apoyo a familiares favoreciendo la despedida, la expresión del dolor, la puesta en marcha de los ritos funerarios, recomendar la asistencia al funeral a toda la familia, incluidos los niños mayores de 5 años, siempre que manifiesten su deseo de asistir y se les explique el

contexto en que van a encontrarse. Estos rituales ayudan a tomar conciencia de lo ocurrido. Entonces, revisando las estrategias para ayudar a los que realizan el duelo, veremos que en tiempos de COVID, cuestiones básicas y necesarias no están puestas en marcha, hay aislamiento que cercena la palabra y la despedida, el último encuentro no es posible, la importancia del agradecimiento y del legado se encuentra vacío, la posibilidad de estar cerca y mostrarle al ser querido lo que deja en su historia no permite la sensación de trascendencia, los rituales se encuentran confinados a protocolos, no están permitidos los velatorios y los entierros tienen límite de personas para poder concurrir. A nivel social, el duelo de una sociedad que no logra encontrar estos recursos generará preguntas sobre los caminos elegidos, por eso considero necesario comenzar dialogar sobre los duelos sociales y permitir que la mirada de los cuidados paliativos nos muestre una modalidad que pueda ayudar al tránsito de los duelos, los individuales y los sociales.

La actual pandemia de **coronavirus** ha llevado a que muchas sociedades revaloricen el importante rol que tienen los cuidados paliativos como parte de la respuesta de la medicina a una enfermedad nueva que enfrenta a la población no solo al miedo de enfermar y de morir, sino también al temor al sufrimiento en la soledad del aislamiento obligatorio y la eventual internación lejos del entorno familiar del paciente. La mirada compasiva, holística y atenta a las necesidades de cada individuo que proponen los cuidados paliativos demuestra ser una herramienta clave para brindar alivio al sufrimiento físico, pero también espiritual, emocional y social de los pacientes y de sus familiares. La Organización Mundial de la Salud incluyó dentro de su resolución de **“Respuesta al Covid-19”** un apartado en el que recomienda que los Estados contemplen los cuidados paliativos como parte de la respuesta del sistema de salud a la pandemia. Varias organizaciones científicas nacionales e internacionales señalan la necesidad de que los pacientes y sus familiares que puedan beneficiarse de los cuidados paliativos tengan acceso a ellos. La Worldwide Hospice Palliative Care Alliance reza ... “Ahora más que nunca, se necesita el enfoque compasivo de los cuidados paliativos para garantizar que se atienda a los más vulnerables y aislados, y que se escuchen sus preocupaciones, miedos y esperanzas. Es tiempo de solidaridad” y agrega “Nos preocupa la salud, tanto física como mental, y el bienestar de las personas con necesidades de cuidados paliativos y de quienes las atienden ante la crisis de COVID-19”.

Los cuidados paliativos toman un valor relevante porque permiten centrar el cuidado en las personas, que se humanice el día a día de la persona enferma y aislada, que se aprenda sobre el control de síntomas en los últimos días basados en conocimientos de bioética, que se evalúe la proporcionalidad de los tratamientos brindados pensando en la calidad de vida que reciba el paciente, nos muestran la importancia del apoyo a la familia, remarcan lo necesario que es no estar sólo, y cómo poder tomar decisiones difíciles, siendo más solidarios en el sistema de salud.

Conclusión

Un cambio importante se produjo en el siglo XXI, Callahan (2000) resume los fines del nuevo campo de la salud en dos, considerados de igual categoría, prioridad e importancia: a) prevenir y curar las enfermedades, el objetivo de la medicina de siempre; y b) ayudar a las personas a morir en paz.

El asegurar el acceso a los cuidados paliativos en este contexto es dar la posibilidad de una mejor calidad de vida en el final de la vida, así como una mejor calidad del proceso de muerte y de morir, es pensar en cuidar a la persona en todas las etapas de su vida, aun cuando los tratamientos y esfuerzos médicos no pueden curar al paciente y tomar en cuenta su influencia en la tramitación del duelo, tanto desde lo individual como desde lo social. Es el momento de mantener una mirada compasiva y holística, dada la amenaza del COVID-19, pensar qué pasaría si a un familiar o a cualquiera de nosotros nos llegara el momento de estar gravemente enfermo o transitar el final de la vida. Es una oportunidad de que se genere la discusión sobre el tema, que los cuidados paliativos muestren los recursos que pueden ofrecer, que lo sociedad abra las puertas a una modalidad de cuidado que incluya como necesario lo vincular y lo existencial, la despedida y el encuentro, la mano que acompaña y la irada que sostiene, comprendiendo que lo que está demostrado en los estudios científicos, el amor, la familia, los amigos, o sea la conectividad y la trascendencia, ayudan a tener una buena calidad de vida y calidad del proceso de muerte y de morir.

Compartimos para finalizar los Principios éticos para una atención óptima durante la pandemia de COVID-19

- No abandono: ninguna persona que necesite atención médica debe ser descuidada o abandonada; todos los que lo necesitan deberían tener acceso a cuidados paliativos;
- Respeto a las personas: la protección de la dignidad del paciente y los derechos humanos incluye la provisión de un espacio privado para los moribundos y sus familias;
- Autonomía: la autonomía solo está restringida por razones convincentes de salud pública;
- Reciprocidad: se prioriza la protección de la salud pública y del proveedor; se toman las precauciones apropiadas para el control de infecciones, se respetan y se hacen cumplir;
- Confidencialidad: se mantiene la confidencialidad del paciente en ausencia de razones preocupantes de salud pública;
- Atención integral de la persona: el acompañamiento, el apoyo espiritual y el duelo juegan papeles clave junto con los cuidados intensivos, el tratamiento médico y el control de los síntomas;
- Justicia / imparcialidad: los pacientes con condiciones de salud similares tienen igual acceso al tratamiento y la atención (incluidas medidas de protección) sin discriminación basada en el origen étnico, la religión, el sexo, la edad, la discapacidad, el estado socioeconómico o la afiliación política.

BIBLIOGRAFÍA

- Albornoz, O. (2008). *Tesis doctoral: "Calidad de vida y de muerte: estudio de la relación entre la calidad de vida percibida por el paciente en cuidados paliativos y la percepción de la calidad del proceso de muerte y de morir del cuidador y del agente de salud"*. UBA.
- Albornoz, O. (2005). *Psicología de la Salud. Cuidados Paliativos: el trabajo del psicólogo con las personas que atraviesan el proceso de morir, de su familia y del equipo de salud*. Material de trabajo de la Diplomatura en Psicología de la Salud. Universidad de Belgrano.
- Ariès, P. (1982). *Historia de la muerte en Occidente*. Barcelona: Argos Vergara.
- Barreto, M.P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de Psicología*, 6 (2), 169-180.
- Bayés, R. (2004). Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Medicina Clínica*, 122, 539-541.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. España: Alianza Editorial.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, B., Burón, E., y Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6 (4), 140-43.
- Chochinov, H.M. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84-103.
- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306, 639-64.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *The New England Journal of Medicine*, 342, 654-656.
- Cella David, F. (2007). Le concept de qualité de vie: les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*, 1 (88), 25-31.
- Centeno C, Sitte T, de Lima L, et al. White Paper for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from a PAL-LIFE Expert Advisory Group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City. *J Palliat Med*. 2018;21(10):1389-1397. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6201784/> (Último acceso el 27/04/20)
- Curtis, J.R., Patrick, D.L., Engelberg, R.A., Norris, K., Asp, C. y Byock, Y. (2002). Una medida de la calidad de morir y la muerte. Validación inicial usando entrevistas después de la muerte con miembros de la familia. *Síntoma de dolor J administrar*, 24, 17-31.
- Curtis, J., Randall, T., Patsy, D., Nielsen, E. L., Downey, L., Shannon, S. E., Braungardt, T., Owens, D., Steinberg, K. P., Engelberg, R. A. (2008). Evaluation of a Quality-Improvement Intervention. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.VOL 178.
- Consiglio, E., Belloso, W. H. (2003). Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. *MEDICINA*, 63, 172-178.
- De Beauvoir, S. (1964). *Une mort très douce*. París: Gallimard.
- De Lima, L. y Bruera, E. (2000). The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20, (6), 440-448.
- De Simone, G. (2000). El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. *Acta Bioética*, VI (1), 47-62.
- Die Trill, M. y López, E. (eds.). (2001). *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: La comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: ADES.
- Eleta, J.B. (2020) "Principios Bioéticos, prácticas y recomendaciones relevantes sobre la pandemia COVID-19. <http://globalpalliativecare.org/covid-19/?show=global-palliative-care-organizations-special-series-on-covid-19-and-palliative-care> (último acceso: 26/04/2020).
- Emanuel, E.J. y Emanuel, L.L. (1998). The promise of a good death. *The Lancet*, 351, 21-29.
- Emanuel, L., Bennett, K., Richardson, V. E. (2007). The dying role. *J Palliat Med*, 10, 159-168.
- Engelberg, R. A., Patrick, D. L., Curtis, J. R. (2005). Correspondence between patients' preferences and surrogates' understandings for dying and death. *J Pain Symptom Manage*, 30, 498-509.
- Espinoza Venegas, M. y Sanhueza Alvarado, O. (2010). Factores relacionados a la calidad del proceso de morir en la persona con cáncer. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18 (4), 26-32.
- Gómez Sancho, M. (2005). *Morir con dignidad*. Madrid: Arán.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.
- Gómez Sancho, M. (1998). *Cuidados Paliativos. Atención integral a enfermos terminales*. Las Palmas: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria.
- Gómez Sancho, R. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Arán.
- Hastings Center. (1996). Goals of medicine: setting new priorities. Traducción castellana: *Los fines de la medicina*, 2005. Disponible en la WEB: www.fundaciongrifols.org
- Institute of Medicine. (1997). *Approaching death: improving care at the end of life*. Washington, DC: U.S.A: National Academy Press. Disponible en la WEB: www2.nas.edu/hcs21da.htm.
- International Association for the study of Pain (1979). Subcommittee on Taxonomy Pain terms: a list with definition and notes on usage. *Pain* 3 (6), 249-252.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Londres: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos* (4ta.Ed.). Barcelona: Grijalbo.
- Mikulic, I. M. (2003). *Calidad de vida percibida en contexto hospitalario: Aportes a la Evaluación psicológica*. Anuario de Investigaciones X. Universidad de Buenos Aires.
- Mikulic, I. M. & Arenas, N. (2004). *Evaluación de la calidad de vida percibida en población marginal*. Una experiencia con 30 integrantes de familias residentes en la Villa 31. Buenos Aires.
- Mikulic, I. M. & Muiños, R. (2005). La construcción y uso de instrumentos de evaluación en la investigación e intervención psicológica: el Inventario de Calidad de Vida percibida (ICV). Base de datos: *LILACS*.29070. UBA.
- National Council for Palliative Care. (2005). *Palliative Care Manifesto*. Disponible en la WEB: <http://www.ncpc.org.uk>; consultado el 16/08/2008.
- OMS. (2015). Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Nota descriptiva N°402. Julio.
- Patrick, D. L., Curtis, J. R., Engelberg, R. A., Neilsen, E., McCown, E. (2003). Measuring and improving the quality of dying and death. *Ann Intern Med*, 139, 410-415.



- Sanz, J., Gómez -Batiste, X., Gómez Sancho, M. y Nuñez Olarte, J. M. (1993). *Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Saunders, C. (1980). *La filosofía del cuidado terminal*. En Saunders, C. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Barcelona: Salvat.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9, 9-21.
- Steinhauser, K. E., Voils, C. I., Clipp, E. C., et al. (2006). Are you at peace?. One item to probe spiritual concerns at the end of life. *Ann Intern Med*, 166, 101-105.
- The SUPPORT Principal Investigators. (1996). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients (the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT)). *JAMA*, 274, 1591-1598.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Vinaccia, S., Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. En *Perspectivas en Psicología. Diversitas*, 1 (2), 125 - 137.
- World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines* (2º ed.). Geneva (SZ): World Health Organization.

FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN LA RESIDENCIA DE SALUD MENTAL, LABOR ASISTENCIAL E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carmio, Natali

Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El objetivo del trabajo es analizar el proceso de formación de los profesionales de la salud en el sistema de residencia de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, específicamente en el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Se analiza la particular relación que se da entre la labor asistencial, la capacitación, la investigación en salud y los procesos evaluativos, a la luz de la metodología del Aprendizaje basado en Problemas. Ello resulta en un método de formación novedoso respecto del tradicional - academicista, beneficiando a los residentes y buscando brindar una atención en salud de calidad que responda a las necesidades de la comunidad.

Palabras clave

Formación - Residencia Salud Mental - Salud Pública - Capacitación

ABSTRACT

TRAINING OF PROFESSIONALS IN MENTAL HEALTH RESIDENCY, ASSISTANCE WORK AND HEALTH RESEARCH

The objective of this work is to analyze the training process of health professionals in the Mental Health residency system of the Government of the City of Buenos Aires, particularly in the Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. The special bond between care work, training, health research and evaluation processes is analyzed in light of Problem-Based Learning. This result is an innovative training method compared to the traditional academic one, benefiting residents and seeking to provide high quality health care that responds to the needs of the local community.

Keywords

Training - Mental Health residency - Public Health

Introducción

Este trabajo tiene como objetivo analizar la experiencia de formación de los profesionales de salud mental, específicamente psicólogos y psiquiatras, de la residencia interdisciplinaria de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, particularmente en el Hospital General de Agudos J M Ramos Mejía. La formación de agentes de salud en el ámbito público presenta

sus especificidades, tanto respecto al programa de capacitación y las disciplinas incluidas en el mismo, como respecto de la modalidad en la cual se transmite la formación. Este escrito busca explorar y desplegar dichos aspectos, buscando articularlo con la metodología del Aprendizaje basado en los Problemas, como un modo novedoso de capacitación, diverso al formato académico tradicional.

Desde hace dos años me desempeño como coordinadora psicóloga de la residencia del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, función ejercida conjuntamente con una médica psiquiatra. Llevar adelante dicha tarea ha implicado diversos desafíos, tanto a nivel de la formación planificada para los residentes como respecto del rol a desarrollar. La particular interrelación que se da en el proceso de formación entre la actividad asistencial, clínica, la capacitación, la investigación en salud y la evaluación de los avances, hacen de la residencia un espacio de formación único y novedoso para quienes ingresan. Ello implica también visitar los modos tradicionales de enseñanza y la transmisión de saberes. En ese sentido, el Aprendizaje basado en Problemas resulta una metodología apropiada que permite construir el proceso de formación con una lógica que articule la tradicional escisión entre teoría y práctica.

Asimismo, con el objetivo de formar profesionales altamente capacitados, resulta fundamental analizar el rol de los agentes de salud en y para la salud pública y cómo adaptar el programa general de las residencias en un efector de salud específico, en este caso el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

Trabajo asistencial y formación: Aprendizaje basado en Problemas

Acorde al programa de Salud Mental, la residencia constituye una "capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad" (Programa Docente, 2003, pg. 5-6). Es decir, a diferencia de la formación académica, los diversos trabajos y tareas que los residentes realizan son al mismo tiempo su formación como profesionales. En términos de Listovsky "la residencia constituye un espacio colectivo que articula trabajo, formación y socialización profesional" (Listovsky, 2013, p.1). En esta línea, Davini plantea que "no se trata de

promover la asimilación de conocimientos para luego preocuparse por transferirlos a las prácticas. La secuencia metódica se invierte: se parte de problemas y situaciones de las prácticas mismas.” (Davini, 2008, p.2). Por ello, pensar la formación de profesionales de la salud en un hospital implica necesariamente salir de la lógica universitaria, caracterizada por su “tradicional concepción positivista de áreas del conocimiento, basada en divisiones supuestamente pedagógicas” (Elichiry, 2009, p. 2) y por el parcelamiento del saber en compartimentos estancos. Como consecuencia de ello, tradicionalmente queda escindida la formación de la inserción laboral. Elichiry sentencia, “la enseñanza no prepara para el trabajo, ni orienta sus lineamientos curriculares en función de las necesidades del país” (Elichiry, 2009, p.2). En este punto, la residencia constituye una oportunidad única de formación, con dedicación exclusiva, donde la complejidad de las problemáticas reales son las que potencian el aprendizaje. Acorde al programa “se trata de una propuesta de posgrado que combina el conocer y aprender con el hacer, ya que instala su punto de partida en la presentación, análisis y resolución de problemas del trabajo cotidiano de las instituciones de salud” (Programa Docente, 2003, p.7).

Buscando cumplir con estos objetivos, el conjunto del proceso de formación se ve enriquecido al ser desarrollado desde la óptica del Aprendizaje basado en Problemas (ABP). “El ABP es un método didáctico, que cae en el dominio de las pedagogías activas y más particularmente en el de la estrategia de enseñanza denominada aprendizaje por descubrimiento y construcción, que se contrapone a la estrategia expositiva o magistral” (Restrepo Gómez, 2014, p. 2). Desde esta lógica es el residente quien debe apropiarse del proceso de aprendizaje, buscando la información a partir de situaciones clínicas concretas que se configuran como problemas que dirigen la formación. En esta línea, el programa de formación sitúa que “la residencia intenta aprovechar todo el potencial educativo de las actividades, experiencias y situaciones presentes en los servicios de salud. La estrategia básica de la formación consiste en la inmersión en un medio asistencial” (Programa Docente, 2003, p.7). Así, se subvierte la lógica pedagógica escolar habitual, y se parte de las dificultades concretas que la práctica supone, que obliga a buscar respuestas creativas y complejas, acordes a los problemas presentes en la salud pública de nuestra comunidad. En este sentido, resulta clave que la residencia “conecta directamente al profesional joven con situaciones reales para el aprendizaje y, establece, paralelamente, la necesidad de revisar críticamente las propuestas que los distintos marcos teóricos han elaborado para abordarlos” (Programa Docente, 2003, p.7).

Como todos los que nos desempeñamos en el ámbito clínico hospitalario sabemos, las personas se presentan con dificultades complejas que incluyen malestares que van desde enfermedades médicas a situaciones sociales de desamparo y marginalidad. La heterogeneidad de estas realidades y la dificultad de reducirlas a un diagnóstico psicopatológico preciso, más allá de la teoría de

la que cada uno parte, supone un primer desafío para quienes comienzan su pasaje en el hospital. Si bien a veces se evidencia cierto recrudescimiento teórico frente a estas dificultades, quienes logran ver estos obstáculos como oportunidades de aprendizaje y buscan trascender los límites teóricos de los que parten, son quienes más aprovechan el potencial formativo del ámbito en el que se encuentran. Caso contrario, se ven tomados por un cierto fastidio y modalidad de queja, sufriendo el hecho de que la realidad no se adapta a los esquemas mentales preconcebidos. Asimismo, ven limitadas sus capacidades operativas, ya que en salud mental no solemos contar con respuestas estandarizadas apropiadas que se adapten a todas las situaciones y personas, sino que muchas veces dependemos de un trabajo artesanal de articulación de los recursos existentes, tanto institucionales, como clínicos, farmacológicos, etc. En este punto, resulta crucial la labor de los jefes de residentes y coordinadores locales, así como también de los referentes clínicos de los diversos dispositivos que son quienes tienen la potencialidad de vehicular una transmisión en acto de la labor clínica. Asimismo, es fundamental, como plantea el programa de formación, que “la supervisión sea periódica y regular, garantizando además, un espacio para la reflexión grupal sobre la tarea y acerca de la inserción institucional” (Programa Docente, 2003, p.8).

Asimismo, y específicamente en Salud Mental, encontramos otro movimiento de apertura desde el comienzo de la experiencia: médicos y psicólogos comparten el día a día del trabajo clínico y la formación, obligando a un diálogo extra-disciplinar que evidencia las limitaciones de cada profesión y la importancia de reconocer las fronteras de cada práctica. Desde el mismo programa de formación, la capacitación de los residentes es pensada desde una lógica de salud mental interdisciplinaria. Para no perpetuar una discusión anticuada pero a veces vigente diremos que por supuesto cada profesional debe formarse en su propio campo de estudio, y debe hacerlo de modo tal que pueda también dialogar con el “exterior”: ya sea compañeros de residencia, como médicos de otras especialidades y otros agentes de salud con quienes se comparte la labor cotidiana. Como dice Elichiry: “la interdisciplina sólo puede implementarse cuando los que la realizan son expertos en su propia disciplina” (Elichiry, 2009, p.4). A partir de allí se puede buscar construir estrategias terapéuticas que tomen en cuenta la pluralidad de dimensiones implicadas en la salud de una persona.

Formación en investigación en salud

Asimismo, entre los propósitos del programa de residencia encontramos que se buscará “estimular la producción científica y la investigación en salud mental, en áreas de interés relacionadas con las políticas de salud mental y el programa de formación” (Programa Docente, 2003, p.9) y “generar espacios de investigación y análisis de la realidad sanitaria nacional y de la Ciudad, de los planes y programas correspondientes, de la epidemiología de la salud mental, de las necesidades de la población, así como

acerca de los recursos disponibles en el área de salud mental” (Programa Docente, 2003, p.10). La articulación entre el trabajo asistencial, la capacitación y la investigación constituyen otro punto diferencial de la formación en el sistema de residencias del sector público. Además, existe la posibilidad facilitada de formarse en investigación en salud y desarrollar estudios que permitan conocer específicamente las necesidades de la comunidad del área programática de cada hospital, así como de proveer soluciones sanitarias acordes. La investigación en salud no es una temática fuertemente presente en nuestra formación de grado: ingresamos al hospital con una marcada orientación hacia la clínica individual. Por lo que resulta un desafío expandir nuestra formación, lo que incluye desde dispositivos grupales hasta el recorrido de conocer cómo se investiga en salud, cómo redactar un protocolo, un proyecto de investigación, un consentimiento informado que cumpla normativas éticas, cómo plantear carencias y soluciones a ellas, cómo plasmar intereses o necesidades en objetivos; cómo lograr la aprobación del Comité de Ética en Investigación de nuestro hospital, entre otros.

Buscando maximizar una formación que incluye articular y agenciar estas variables, el Aprendizaje basado en Problemas aparece como una modalidad de capacitación idónea. Este estilo de formación busca no sólo la acumulación de saberes e informaciones disponibles en la propia disciplina, sino principalmente que las personas aprendan a aprender y a resolver problemas. Por ello “el aprendizaje a partir de problemas tiene un alto valor educativo. Permite el desarrollo de habilidades de trabajo intelectual derivadas de la práctica, la búsqueda activa de nuevos conocimientos e informaciones, la formulación de hipótesis y la toma de decisiones para la acción, con el fin de resolver problemas en nuevas situaciones. Asimismo, facilita la interacción grupal y el aprendizaje del trabajo en equipo. El método enfatiza la *construcción activa del conocimiento*” (Davini, 2008, p. 126).

El proceso evaluativo en la residencia de Salud Mental

Asimismo, se plantea otra cuestión, inherente a cualquier instancia de posgrado, la de la evaluación de quienes transitan esta formación. En este sentido, queda claro desde el primer momento que la evaluación no podrá ser la del testeo de conocimientos ni la recopilación de fuentes bibliográficas para responder a dificultades académicas. Más bien, la evaluación en la que pensamos debe ser acorde a los conocimientos que se transmiten y el modo en el que estos son transmitidos y construidos. Eso no redundará en una simplificación del proceso evaluativo ni suprime instancias, más bien lo complejiza. Es decir que si bien serán evaluados conocimientos necesarios en sentido académico, como ser de semiología o psicopatología, también se evaluará el desempeño en situaciones de resolución de problemas, tanto hipotéticos como del día a día. Finalmente, se evaluarán también la actitud hacia la tarea y la posibilidad de articular con otras disciplinas una estrategia terapéutica común.

Como plantea Davini, en la residencia la evaluación se realiza de

modo permanente. A su vez, cumple distintas funciones como ser: aumentar la responsabilidad de los residentes sobre el estudio y las tareas, motivar el trabajo y el esfuerzo, y en relación a los docentes y coordinadores ayuda a guiar las decisiones en la programación y modificar la marcha de las actividades programadas (Davini, 2008, p. 130). Siguiendo a esta autora, buscamos acercar la evaluación al proceso de formación.

Para ello, tomando la estrategia de evaluación del desempeño en las prácticas, que supone evaluar a los residentes en el proceso y en el contexto mismo de las tareas, es que fue oportuna la creación de una encuesta a completar por cada residente, con el objetivo de permitir la reflexión sobre la propia formación, el reconocimiento de dificultades y la auto-evaluación del proceso formativo en el que están inmersos como protagonistas principales. Esta encuesta complementa a las rúbricas de evaluación presentes en el Programa de residencia cuya implementación es bi-anual.

Muchas veces, siguiendo con la formación universitaria de la que vienen, los residentes esperan que sean otros, “los que saben”, quienes transmitan el conocimiento o el quehacer de la práctica, de un modo acabado y resuelto, transformándose en agentes pasivos, receptores de un saber completo. Si bien es fundamental y necesario contar con referentes que aporten conocimientos específicos que acompañen y guíen el desarrollo de la tarea clínica, no es menos crucial la actitud activa de búsqueda de conocimiento y formación para el desarrollo profesional. Más allá de las líneas teóricas, la reflexión sobre el modo en que plantean una situación problema y la movilización de recursos para resolverlo es una tarea fundamental en el aprendizaje, que permite además aumentar la participación y motivación de los residentes. Cabe recordar que “el aprendizaje profesional se caracteriza por basarse en la reflexión sobre la propia práctica profesional” (Nolla, Domenjó, 2006, p. 1). Fomentar y facilitar este proceso activo de reflexión y activación de recursos de formación constituye una de las tareas principales de la coordinación de la capacitación de agentes de salud en el sistema público.

A modo de cierre

La formación de profesionales de la salud en el marco del sistema público de nuestra Ciudad está atravesada por múltiples variables. Un aspecto crucial es preguntarnos cómo formar agentes de salud que no sólo se destaquen en los conocimientos académicos y clínicos de sus disciplinas sino también puedan articular respuestas creativas y novedosas frente a las problemas que la comunidad plantea. Para ello, la actitud activa y la implicación en el proceso formativo constituyen elementos bisagra que permiten trocar un modelo de capacitación basado en la transmisión de saber, a la construcción de conocimientos a partir de los problemas reales, que podrán ser plasmados en investigaciones que produzcan nuevos saberes. De ese modo, la tarea asistencial, la formación y la investigación resultan imbricados en un proceso de retroalimentación, cuya potencialidad

amplía las capacidades de brindar respuestas a quienes se están formando.

Por último, el proceso de formación de agentes de salud en el sistema público implica también transmitir el valor de conocer, reclamar y defender cotidianamente una prestación de salud de calidad, recordando la importancia crucial que el acercamiento y contacto con el sistema de salud puede producir en la calidad de vida de quienes consultan.

BIBLIOGRAFÍA

- Davini, M.C. (2008). *Métodos de enseñanza*. Editorial Santillana, Buenos Aires.
- Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. Disponible en https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/elichiry_importancia_de_la_articulacion.pdf
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2003). Programa Docente de la residencia de Salud Mental. Disponible en: http://www.sarda.org.ar/images/B.1.2.Programa_Salud_Mental.pdf
- Listovsky, G. (2013). La residencia como grupo de aprendizaje y la coordinación de grupos. Disponible en: <https://cursospaíses.campusvirtuales.org/mod/folder/view.php?id=57163>
- Nolla, M., Domejó, J. (2006). Cómo evaluar el desarrollo profesional continuo. Disponible en: <https://docplayer.es/56940420-Como-evaluar-el-desarrollo-profesional-continuo-portafolio.html>
- Restrepo Gómez, B. (2014). Aprendizaje basado en problemas (ABP): una innovación didáctica para la enseñanza universitaria. Disponible en: http://scholar.google.com.ar/scholar_url?url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2040741.pdf&hl=en&sa=X&scisig=AGBfm28qwzsC5Q172mLkEozFfyVHg-MVQ&nossl=1&oi=scholar

TRABAJO DE PROMOCIÓN DE SALUD EN CONDOMINIO RESIDENCIAL

Costa, Gleydson Fabio; Gomes, Maria Aparecida De França
Universidade Potiguar. Natal, Brasil.

RESUMEN

Para promover saúde a população é necessário pensar em estratégias que tenham amplo alcance para grandes populações, bairros e cidades, entretanto existe uma parcela da população que opta por uma moradia em condomínios fechados, invés de bairros espalhados pelo território da cidade por motivos diversos, como segurança, conforto e qualidade de vida sendo os motivos mais recorrentes para mudança consequentemente resultando em uma melhora na saúde e bem estar do indivíduo, a migração de uma espaço amplo para um espaço fechado implica em mudanças no convívio com a vizinhança na busca por lazer e consequentemente saúde, o espaço disponível para o número de famílias é reduzido em comparativo com o de um bairro, tornando frequente a disputas por espaços de lazer dentro das comodidades do condomínio, faz-se necessário criar estratégias que visem o bem estar dos condôminos. Pensando nas atividades em saúde coletiva e nos benefícios que podem trazer aos moradores de um condomínio que chega a ter a população de uma pequena cidade atrás de seus muros. O artigo são relatos de uma experiência de estágio em campo, desafios e pontos alcançados a fim de discutir qual o papel do psicólogo na disseminação da saúde em condomínios fechados.

Palabras clave

Salud - Condominio - Barrio

ABSTRACT

HEALTH PROMOTION WORK IN RESIDENTIAL CONDOMINIUM

To promote health to the population, it is necessary to think of strategies that have a wide reach for large populations, neighborhoods and cities, however there is a portion of the population that chooses to live in closed condominiums, instead of neighborhoods scattered throughout the city for different reasons, such as safety, comfort and quality of life being the most recurring reasons for change consequently resulting in an improvement in the health and well being of the individual, the migration from a large space to an enclosed space implies changes in living with the neighborhood in the search for leisure and consequently health, the space available for the number of families is reduced in comparison with that of a neighborhood, making disputes for leisure spaces within the condominium facilities frequent, it is necessary to create strategies aimed at the well-being of the tenants. Thinking about collective health

activities and the benefits they can bring to the residents of a condominium that even has the population of a small town behind its walls. The article are reports of an internship experience in the field, challenges and points reached in order to discuss the role of the psychologist in the dissemination of health in closed condominiums.

Keywords

Health - Condominium - Neighborhood

A disciplina de estágio específico em intervenções psicológicas II com ênfase em Saúde coletiva do semestre 2019.2, o texto a seguir relata as minhas experiências enquanto psicólogo em campo. A escolha dessa ênfase surgiu com o meu interesse em trabalhar em um contexto de coletividade da saúde, trabalho em comunidade para promoção do bem estar. O campo de estágio fugiu do convencional, sendo um ambiente privado, o campo foi um residencial de condomínios da grande cidade, tendo sua inauguração em 2013, conta hoje mais de 3000 moradores, tendo uma população de uma pequena cidade, o residencial conta com 640 apartamentos separadas em 10 blocos entre as 5 torres. O campo possui vários espaços de lazer como sauna, cinema, academia, praça, salão de festas, salão gourmet, quadra esportiva e piscinas, contando com atividades como dança, musculação, artes marciais etc. O condomínio conta com uma equipe de administração, equipe de segurança, de limpeza e asgs.

A primeira visita ao campo, foi realizada a tarde, fui recebido pelo administrador do condomínio, foi feito a apresentação do estágio, afim de esclarecer qual o objetivo, o que é trabalhar em saúde coletiva, ele apresentou inicialmente dois casos de moradores, foi afirmado que o objetivo do estágio era promover a saúde e bem estar de um coletivo de moradores, não apenas um morador nem específico, entretanto não foi excluído a necessidade de acompanhar esse casos, mas que se daria essa atenção subseqüentemente. Após levantar questões acerca das atividades realizadas no campo fiz uma territorialização para conhecer onde estas atividades eram realizadas, não apenas isso mas também observar o espaço público do condomínio, não pude observar nesse primeiro encontro as interações entre condôminos, já que o horário não foi favorável a isso. O campo possui muitas atividades lazer e uma ótima estrutura, o que contribui para uma boa qualidade de vida. Após a territorialização encerrei a primeira visita, senti dificuldades em traçar

objetivos nesse primeiro momento, o que poderia contribuir a um espaço que já possuía uma ótima qualidade de vida? Entretanto, há sempre algo a se trabalhar.

No segundo momento conversei com a administração para entender a interação entre os moradores, o período noturno é o mais agitado do residencial, decidi ficar um período da noite para observar essa interação noturna, analisando as questões ambientais e interações entre os moradores, foi tomada a iniciativa de analisar essa interação, qual o nível de proximidade entre eles, juntamente com essa ideia surgiu a ideia de trazer um modelo de palestras que daria ao morador a oportunidade de ser palestrante, a palestra seria no modelo de palestras TEDx com curta duração e apresentações culturais. Foi realizada na quarta visita uma reunião com subsíndico do condomínio e com alguns moradores do condomínio afim de discutir o projeto de palestras e apresentar a modalidade de estágio que estou exercendo, o subsíndico já tinha o desejo de trazer um projeto neste formato o que coincidiu com o meu trabalho de ser um facilitador para que a ideia saísse do papel, foi apresentado o modelo de palestras TEDx e o questionário que colheria informações acerca do interesse dos moradores em participar das palestras, o questionário contava com uma segunda etapa com o objetivo de analisar a afinidade entre moradores e a satisfação sobre esse aspecto.

Na semana seguinte houve uma assembléia de moradores para a discussão de reformas e revitalizações necessárias, tomei algum tempo de assembleia para apresentar-me aos inquilinos e convidá-los a responderem o questionário, que havia sido lançado um dia antes da assembleia, o formulário com as questões foram formuladas online utilizando um site específico, sendo distribuído o link para resposta nos grupos de conversa dos moradores, senti dificuldades na apresentação para um grande público, foi apontado em supervisão que ainda não tinha tomado meu lugar enquanto psicólogo, um ponto importante que me fez refletir e buscar colocar-me no lugar de psicólogo. Ao decorrer de uma semana o link para responder o formulário foi encerrado, tendo uma participação de 1% do total de moradores, foi apresentado em uma segunda reunião com o subsíndico o resultado. As perguntas demonstraram que eles não conheciam o formato de palestras com 75% das respostas indicando o não conhecimento do formato de palestras, porém 50% possuía interesse em participar e 38,9% demonstrou indecisão se participaria ou não, a pesquisa também mostrou os dias e turno que eles gostariam que ocorressem as palestras, que segundo a mesma demonstrou que 25% prefere aos sábados e 22,2% prefere as quintas feiras, o turno mais votado foi a noite com 60% dos votos.

Com relação as questões sobre vizinhança 42,8% relatou conversar diariamente com seus vizinhos, entretanto 38,9% costuma convidar os vizinhos para confraternizações, 37,1% não recebe convites para visitas ou festas nas residências vizinhas, 44,4% não empresta ou pede emprestado objetos e/ou ferramen-

tas, 42,9% respondeu ter muita afinidade com a vizinhança, outros 42,9% informou ter pouca afinidade com a vizinhança, 70,6% demonstraram satisfação com suas relações de afinidade, 90,4% afirmou não ter entrado em discussões com vizinhos, 90,2% informou resolver conflitos de vizinhança de forma amistosa, a pesquisa demonstrou o dia e horário adequado para que ocorressem as palestras, demonstrando também que os condôminos possuem um contato constante com vizinhos, mas sem formar laços fortes de amizade, sentem-se satisfeitos com as relações de afinidade e um bom relacionamento com vizinhos. Na reunião foi abordado questões sobre os casos isolados que estavam ocorrendo e detalhes do projeto, sobre o projeto ficou decidido deixar a escolha dos temas aberto para a escolha dos moradores, também foi aberto o interesse em formar minicursos e buscar parcerias para fazer um briefing na palestra inaugural, uma moradora já havia demonstrado o interesse em ser palestrante, ficou acordado da mesma ser a primeira a palestrar. Os casos de inquilinos específicos foi discutido, um deles foi encaminhado para um campo externo porém não houve contato com o outro caso.

Após apresentar a administração, foi apontado a necessidade de criar uma identidade própria para projeto, foi solicitado uma terceira reunião afim de decidir essa questão e definir o tempo para as palestras e das apresentações, foi decidido então que seriam 30 minutos para as palestras e apresentações, no dia 21/11/2019 as 19:30 no salão de festas, o projeto ganhou o nome inspirare sendo divulgado em todos os blocos, contudo o dia em questão era um feriado, então houve a necessidade de alterar a data para o dia 28/11/2019 no mesmo horário e local. Com a data e local definidos voltei minha atenção aos casos específicos na semana posterior a última reunião que um morador estava sendo impedido de sair do condomínio, o mesmo faz parte da família que tinha um caso específico a ser tratado, foi decidido fazer o convite para uma conversa afim de conhecer o caso, foi feito o contato com a mãe do rapaz impedido de sair que aceitou me receber em seu apartamento, sendo um pedido dela para que fosse na sua residência.

O encontro aconteceu em um sábado às 14:00, a moradora chamada H mora com seus dois filhos, possui quatro filhos, sendo dois casados, mesma relatou vir entretanto um momento difícil em sua vida a alguns anos, seu filho mais velho chamado M tem 37 e possui esquizofrenia, diagnosticado há 18 anos faz uso diário de medicamentos, entretanto nos últimos anos passou a apresentar resistência aos remédios, além de deixar de comunicar verbalmente e passando a utilizar gestos e se nega a sair de casa até para ir ao médico, seu segundo filho chamado A, tem 34 anos e tem transtorno bipolar e é dependente químico a nove anos, começou usando cocaína e passou para o crack, relatou que A veio morar com ela após separar se de sua esposa, logo após passou a fazer uso de drogas, relatou ter tomado medidas drásticas de impedir a saída de A para que ele não fosse a procura da droga, pois “está muito cansada dessa situação”, a

dois anos atrás teve um crise de estafa devido a situação em que se encontrava. A faz uso diário de medicamentos e não trabalha, passa seu tempo na praça do condomínio, já frequentou um caps Ad porém não gostou do ambiente e decidiu não ir mais, H tem interesse que façam alguma ação com ele dentro do condomínio para que ele não precise sair do condomínio e acabar buscando usar a droga, H também faz uso diário de medicamentos e é acompanhada por u. Psiquiatra, toda a conversa foi feita em sua residência, entretanto A chegou ao apartamento deixando sua mãe desconfortável, decidi então na Prolongar a visita e logo mais encerrei. Com relação ao segundo caso não foi possível fazer o contato e lançar o convite para a conversa. Após a conversa com H, na semana seguinte foi realizada a palestra inaugural do inspirare, a compareceram ao encontro em volta de dezessete adultos e duas crianças, prestigiando a palestra com o tema: jeito de viver em família, foi uma palestra descontraída e teve uma boa aceitação, o subsíndico conseguiu fechar uma parceria com uma panificadora que trouxe alguns salgados para a confraternização ao final, o próprio subsíndico participou fazendo uma apresentação cultural no final, tocando músicas com sua sanfona. Em decorrência do caso de H e seus filhos compreende se que a mesma se encontra em uma situação difícil, como psicólogo em campo me encontro a disposição de pensar buscar alternativas de enfrentamento a essa situação. O segundo caso que não foi feito o contato também será ouvido para pensar em abordagens acerca de sua situação O estágio em saúde coletiva tem como objetivo promover a saúde e bem estar do moradores de determinada localidade sempre pensando em aspectos de bem estar coletivo, entretanto não havia conhecimento de um trabalho nessa modalidade realizada em um condomínio fechado, buscando trazer conhecimento da área da psicologia ambiental e da saúde coletiva foi possível realizar o meu trabalho, sendo um campo nunca antes explorado, procurei entender como o psicólogo poderia atuar nesse campo. O desafio implementar uma abordagem que atua em comunidades em ambiente privado. O campo promove aos moradores uma ótima qualidade de vida o que me lançou a buscar inovação na forma de trazer qualidade de vida a eles, de uma forma dinâmica, foi uma experiência desafiadora diante dessas questões, enquanto estive em campo pude ter experiência que agregam em minha construção ética e profissional, podendo inovar em uma abordagem.

BIBLIOGRAFÍA

- Condomínios habitacionais fechados: (im) precisões conceptuais apontamentos para um debate sobre urbanidade e autonomia, segregação e qualidade de vida. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-34192013000200004. Acesso em: 8/10/2019
- Elali, G. Uma contribuição da psicologia ambiental à discussão de aspectos comportamentais da avaliação pós-ocupação. *Pós. Revista do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da FAUUSP*, n. 20, p. 158-169, 1 dez. 2006.
- Jacobs, J. Morte e vida das grandes cidades: São Paulo: Martinfontes, 1961.

LEY DE SALUD MENTAL Y PROCESOS DE FORMACIÓN: ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS EN ESCENARIOS DE APRENDIZAJE

De Lellis, Carlos Martín; Fotia, Guillermo Daniel; Marzialetti, Sofia; Foggetta, Ornella
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo se propone presentar y analizar los resultados de la implementación de estrategias didácticas desarrolladas por la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental, enmarcadas en las Recomendaciones a Universidades del artículo 33° de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (LNSM). Se establecieron acuerdos de trabajo con el Instituto Frenopático SA (IFSA) y con el Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, consistentes en efectuar una evaluación y seguimiento de las modalidades y grados de aplicación de la LNSM. Finalmente, se tomarán como referencia las autoevaluaciones producidas por los alumnos consultados para sistematizar una serie de reflexiones y aportes críticos concernientes a la interdisciplina como praxis.

Palabras clave

Ley 26.657 - Instituto Frenopático - Hospital Ramos Mejía - Estrategias pedagógicas

ABSTRACT

MENTAL HEALTH LAW AND TEACHING PROCESSES: PEDAGOGICAL STRATEGIES IN LEARNING SCENARIOS

In this writing we will present and analyze the results of the implementation of pedagogical strategies developed by the Professorship I of public health and mental health, framed in the Recommendations to Universities of article 33 of the National Mental Health Law. Work agreements were established with the Frenopatico Institute (IFSA) and Jose Maria Ramos Mejia General Hospital. That consist in an evaluation and following of the ways and degrees of application of the National Law of Mental Health and Addictions. Finally, using as reference the self-evaluations produced by the students, a series of reflections and critical contributions concerning to the interdiscipline as a professional practice, are systematized.

Keywords

Law 26.657 - Frenopático Institute - Ramos Mejía General Hospital - Pedagogical strategies

INTRODUCCIÓN

Tras la sanción de la LNSM en 2010, han surgido nuevos requerimientos de reconversión institucional como así también de transformación de las prácticas. Una de las cuestiones en las que la Ley pone mayor énfasis, es en la importancia de que la atención en materia de Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario. En relación a ello, la Cátedra I de la asignatura “Salud Pública y Salud Mental” de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se encuentra desarrollando el proyecto UBACyT “Interdisciplinariedad en Servicios de Salud Mental”, aprobado en el año 2018. Como parte de éste, se han entablado relaciones interinstitucionales con diversos establecimientos asistenciales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre ellos el Instituto Frenopático y el Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.

De los resultados de la primera etapa del trabajo de investigación, se desprende que a pesar de que la LNSM dispone que la atención en Salud Mental deberá estar a cargo de un equipo interdisciplinario, el proceso de atención en los servicios de salud no considera a tal modalidad de abordaje como parte central del tratamiento.

El Instituto Frenopático fue la primera clínica privada que se encargó de atender los trastornos mentales en Argentina. En el año 2016, a partir de la asunción de una nueva estructura directiva, se propusieron aplicar en el IFSA cambios a nivel institucional y organizacional como una revisión de las prácticas según lo normado en la LNSM. A partir de esta nueva situación, los directivos tomaron contacto con el Profesor Martín de Lellis, responsable de la asignatura “Salud Pública y Salud Mental” Cátedra I Facultad de Psicología de la UBA.

La Cátedra se propuso ofrecer un servicio de asesoría consistente en la formulación de propuestas técnicas que contribuyan al alineamiento de la institución con los principios rectores de la LNSM. A su vez, el objetivo fue consolidar un vínculo continuo con la institución que favorezca el desarrollo de tareas del programa de extensión, constituyendo al IFSA como un *escenario de aprendizaje*.

Desde el inicio de la actual gestión, el Instituto Frenopático resolvió incorporar un modelo de atención sustentado en el paradigma integral-comunitario que interpela y pone en cuestión

al paradigma asilar-tutelar. Al constituirse históricamente como una institución monovalente, para dar curso al proceso de transformación se han adoptado un conjunto de medidas que se resumen en polivalentizar la institución y diversificar la modalidad de los servicios ofrecidos con la finalidad de adaptarse lo mejor posible a los objetivos y principios expuestos en la LNSM. En tal sentido, entre otras cuestiones, la actual gestión fomentó el trabajo interdisciplinario, indagando y problematizando las prácticas concretas. Si bien se constata una mejora en la labor desplegada por los equipos de profesionales a partir de la implementación de tales medidas, aún quedan aspectos por profundizar, que requieren la revisión de los supuestos que fundamentan el trabajo interdisciplinario.

Por otra parte, en el marco del mencionado Proyecto UBACyT, se está desarrollando actualmente el Programa de Extensión Universitaria “Interdisciplina y Servicios de Salud mental” en el Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía perteneciente a la red de asistencia sanitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La institución dispone de un Servicio de Salud Mental y una Guardia de Salud Mental, además de los servicios básicos de especialidades médicas para adultos. El Programa tiene como objetivo general formar un escenario que sintetice el proceso de aprendizaje, la transferencia de conocimientos y que, a su vez, se integre con las acciones de extensión universitaria vinculadas a las demandas y requerimientos del establecimiento asistencial.

A partir de la implementación de diversas “*actividades*” planificadas y previstas, se espera como resultado que el Servicio de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía logre adecuar sus estrategias de trabajo y su modalidad de organización a los principios dispuestos por la LNSM, especialmente en relación a la praxis interdisciplinaria.

En tanto ambos establecimientos asistenciales se involucran en Proyectos y Programas en conjunto con la Cátedra I, se constituyen como escenarios de aprendizaje. Así, posibilitan la articulación de la investigación, la transmisión de conocimientos y el proceso de enseñanza-aprendizaje de los futuros profesionales.

De este modo, las dos instituciones coadyuvan a que los alumnos de la Cátedra efectúen -como parte de su formación y de su paso por la materia- las “salidas a terreno”, estrategia pedagógica que será analizada en los siguientes apartados.

LEY N° 26.657 Y PROCESOS DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA

El 25 de noviembre de 2010 fue sancionada la primera Ley Nacional de Salud Mental en Argentina (N° 26.657), la cual fue promulgada el 2 de diciembre de ese mismo año. En ella, se sentaron las bases para una política de Salud Mental integrada que posibilite la atención igualitaria a todo ciudadano.

Esta ley plantea nuevas *reglas de juego*, que constituyen una oportunidad inédita para transformar las concepciones y prác-

ticas que caracterizaron históricamente el modelo de atención. Por cuestiones de extensión, se mencionarán únicamente dos de las principales innovaciones que la LNSM propone. La primera de ellas es el énfasis en la interdisciplina y la igualdad de los profesionales en cuanto a condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión (Artículo 13°). La segunda, se vincula con el conjunto de Recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas para que la formación de los profesionales en la disciplina sea acorde a los principios de la mencionada Ley (Artículo 33°).

En relación al último punto, en el año 2013, desde la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones y en cumplimiento del Artículo 33°, se decidió elaborar un Documento de Recomendaciones a las Universidades públicas y privadas para la formación en el campo de la salud mental. Este Documento interpela temáticas y nudos problemáticos de la enseñanza universitaria. Por ello, tras su elaboración, presentación y difusión, se abrió una nueva instancia de trabajo específico en cada institución formadora a fin de impulsar los cambios necesarios para responder a una nueva orientación formativa.

Tomando como antecedente inmediato a dichas Recomendaciones, el presente artículo se propone como objetivo repensar la formación y construir una nueva forma de incorporación de la norma, sus principios y efectos prácticos en los procesos de enseñanza, tal como se hace desde la Cátedra I.

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS Y ESCENARIOS DE APRENDIZAJE

La incorporación de la LNSM, como contenido y forma de comprender los procesos e intervenciones que los profesionales psicólogos deben tener como base para sus prácticas profesionales, interpela las modalidades de enseñanza universitaria. Utilizando como puente intersectorial a las Recomendaciones a Universidades del artículo 33°, se establece un trabajo articulado de enseñanza y aprendizaje a partir del vínculo interinstitucional entre el IFSA, el Hospital Ramos Mejía y la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. Ello permite implementar estrategias pedagógicas al nivel del trabajo con los alumnos cursantes de la materia, donde ambas instituciones se convierten en escenarios posibilitantes. Las acciones conjuntas que se emprenden entre ambos establecimientos asistenciales y la Cátedra I constituyen un espacio intermedio entre el nivel macro (la normativa de alcance nacional y/o jurisdiccional) y el nivel micro, es decir, los procesos de enseñanza-aprendizaje que, gestionados en las comisiones de trabajos prácticos, plantean como escenario de aprendizaje el recorrido de los alumnos por servicios especializados de Salud Mental. Este espacio mesosocial, se establece como una instancia de mediación e interpretación de la LNSM.

En este apartado se recorrerá brevemente la construcción de la metodología de enseñanza, que se sostiene en la práctica, sus marcos teóricos y una evaluación de resultados, con un abordaje novedoso: la autoevaluación.

En el espacio áulico de aprendizaje en comisiones de trabajos prácticos, el objetivo es establecer un proceso de incorporación de contenidos contextualizados que, en una espiral dialéctica ascendente, establezca una relación entre normativa, marcos teóricos y praxis institucional.

La concepción que acompaña el proceso de enseñanza-aprendizaje, es la Teoría del Aprendizaje Significativo formulada por Ausubel (1976). Ésta supone la posición activa del alumno, quien comprende los eventos novedosos con ciertas estructuras planteadas. En la propuesta de la Cátedra, se invita a los estudiantes a pensar las instituciones desde la LNSM y los marcos teóricos presentados. El aprendizaje significativo obliga a pensar en términos de conocimiento situado dado que entender la aplicación de la LNSM únicamente en un aula, es enseñar un conocimiento inerte y descontextualizado.

A su vez, esta metodología se sustenta en la perspectiva dialógica de enseñanza, planteada por Paulo Freire. Desde la cátedra se prioriza la acción conjunta y consensuada de todos los agentes de aprendizaje que interactúan con los alumnos. De esta manera, la dialogicidad que se posibilita en las aulas incentiva a la curiosidad fomentando la búsqueda de nueva información y la formulación de preguntas que requieren cierto rigor y sistematicidad en sus respuestas.

La metodología implementada por la Cátedra, en el espacio de las comisiones, plantea un diseño exploratorio descriptivo de tipo cualitativo que utiliza el *portafolio* como resultado final del proceso de *salidas a terreno* que se da a través de las siguientes etapas:

- a. En un primer momento se revisan durante la cursada las leyes vigentes y las producciones anteriores que se realizaron desde la Cátedra, es decir, publicaciones y trabajos realizados por los miembros del equipo de investigación ligados al proceso de implementación de la LNSM. El trabajo en cada una de las comisiones, articula el marco teórico con contenidos de la currícula vigente y normativas tales como la Ley Nacional de Salud Mental.
- b. En segundo lugar, se planifica el desarrollo de las *salidas a terreno*, que poseen un enfoque observacional, descriptivo y exploratorio. En éstas, los alumnos participan activamente observando, de manera no participante, la modalidad de trabajo de la institución. En función de lo que perciben, escuchan y viven allí y, con la ayuda del docente, elaboran y aplican entrevistas semiestructuradas. A partir de la implementación de *salidas a terreno* se trata de no limitar el proceso educativo en salud a la transmisión de un saber, sino de situarlo en el desarrollo de la conciencia, de ubicarlo en un marco contextual, colocándolo en el espacio de las prácticas hospitalarias. Como instancia de aprendizaje, el objetivo de la salida a terreno es que se puedan comprender y vivenciar las condiciones de aplicabilidad de la ley, los conflictos, tensiones e intereses en el campo de aplicación. A partir de esa información como

insumo se desarrollaron, mediante los proyectos de extensión universitaria, devoluciones al IFSA y se realizarán al Hospital Ramos Mejía, en relación al grado de adecuación de sus servicios a los principios de la LNSM.

- c. Por último, se analizan los datos recolectados en base a un eje temático y los alumnos autoevalúan el trabajo realizado, plasmando todo el proceso en un Documento escrito denominado **portafolio**. Estas herramientas educativas serán retomadas brevemente en el siguiente apartado.

Por otra parte, es menester destacar la importancia de ampliar el espacio de aprendizaje entre el trabajo de las comisiones y, la práctica de extensión universitaria con los requerimientos y demandas de los establecimientos asistenciales que prestan servicios de Salud Mental, para comprender las interacciones recíprocas y potencialmente sinérgicas entre ambas instituciones. La devolución a la institución sirve como espacio recursivo para escuchar a los actores con sus requerimientos y, avanzar en un proceso de revisión crítica y ulterior sistematización de aquellas prácticas que reflejen eficacia, eficiencia e impacto.

EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

¿Qué metodología permite un acercamiento convergente entre las estrategias adoptadas y, a la vez, efectuar un seguimiento de la eficacia del proceso de enseñanza-aprendizaje? Se hacen necesarias estrategias didácticas y actualizadas.

Para esta instancia del proceso de enseñanza-aprendizaje en contexto, se propuso un instrumento de autoevaluación de los alumnos que forma parte de la construcción del *portafolios*. Éste último es una herramienta educativa que posibilita evaluar lo que los alumnos hacen y no solamente lo que saben. Se trata de una serie de trabajos que se ajustan a un proyecto determinado y son realizados por los alumnos en un período de tiempo determinado. Esta metodología de enseñanza posibilita entonces, a los futuros psicólogos, interpretar los contenidos vertidos durante la cursada, mediante el análisis del trabajo que se realiza en las instituciones, construyendo una posición activa y una mirada crítica, en este caso sobre el IFSA y el Hospital Ramos Mejía. Al mismo tiempo le permite al docente evaluar el proceso de construcción de conocimiento del estudiante.

Para una mejor apreciación de las autoevaluaciones realizadas por alumnos que efectuaron *salidas a terreno* en el IFSA y en el Hospital Ramos Mejía, se analizaron y clasificaron las respuestas brindadas a fin de dar cuenta de lo trabajado en los distintos escenarios de aprendizaje. Según la revisión de expertos, las respuestas quedaron sintetizadas en tres categorías de análisis: a) Adecuación de los marcos teóricos, b) Acercamiento a la práctica; c) Interdisciplina como praxis. Por cuestiones de extensión, a continuación se profundizará únicamente sobre la categoría c) "Interdisciplina como praxis".

Interdisciplina como praxis

La interdisciplina supone un encuentro problematizador y problemático. Plantea el contacto entre dos disciplinas, el atravesamiento de un límite hacia ambos lados que crea un espacio nuevo, relacional. Como praxis, presenta una serie de propiedades importantes que es menester considerar: a) Conjuga saberes técnicos que actúan sobre ciertas dimensiones; b) Se organiza para dar respuesta a situaciones problema con una cierta división de roles o especialización en los fines; c) Implica algún grado de interiorización de la perspectiva adoptada por la/s otras disciplinas, para configurar una perspectiva más rica, compleja y diversificada; d) Supone la existencia, como condición necesaria, de un equipo multidisciplinario; y e) Puede plantear un salto cualitativo de otro orden, en la medida que incorpora saberes no convencionales (populares o legos).

En el proceso de autoevaluación, los estudiantes centraron su atención en el concepto de *praxis interdisciplinaria*. La especial consideración se debe a la valoración social positiva que posee tal concepto actualmente. No obstante, la importancia de conocer otras profesiones y de comprender la falta de formación en esta modalidad de trabajo, también fueron factores que interpelearon a los alumnos.

En algunas autoevaluaciones producidas, se destacan aspectos estructurales que obran como obstáculos de la praxis interdisciplinaria. En relación a esto, una de las estudiantes comenta estar sorprendida por el hecho de que sólo haya una Trabajadora Social desempeñándose dentro del IFSA.

Otra alumna enfatiza en la importancia de conocer la perspectiva y el quehacer de otros profesionales que pueden formar parte del equipo interdisciplinario en el ámbito de la Salud Mental: *“Un Trabajador Social lleva a cabo acciones y decisiones indispensables (...) cuando escuché las innumerables tareas que realizaba me quedé asombrada porque sabía poco y nada”*.

Resulta también destacable el reconocimiento de roles inéditos, no visualizados habitualmente como integrantes del equipo profesional: *“Tuvimos la oportunidad de poder entrevistar a una Arteterapeuta de la Institución”*, comenta una estudiante impactada por nunca antes haber escuchado sobre esta profesión.

Respecto de la praxis interdisciplinaria, se manifiestan las escasas oportunidades de tomar contacto con esta dimensión del trabajo profesional en las instituciones: *“Creo que es fundamental tener una formación sobre la praxis interdisciplinaria, de lo que pocas veces se habla en la carrera”*.

Por otro lado, muy especialmente, se destaca el contacto directo y personalizado con los profesionales: *“Esta fue la primera vez, en mi experiencia hasta este momento de la carrera, en la que se realizó en una materia una salida a terreno a un ámbito de estas características”*.

Otro de los aspectos destacados por los alumnos participantes es la posibilidad de tensionar los marcos teóricos y las condiciones de aplicación de los conocimientos aprehendidos. Uno de

los estudiantes relata: *“Los profesionales poseen un concepto propio de lo que es interdisciplina y, entre ese concepto y las posibilidades concretas de efectuar un trabajo interdisciplinario, hay una distancia”*.

El contacto con el trabajo actual que desempeñan los profesionales permite, a la vez, efectuar una reflexión que anticipa la futura inserción profesional y posibilita revisar los procesos de formación: *“Me resultó muy beneficioso para el día de mañana cuando seamos profesionales, poder tener críticas hacia nuestro trabajo, es algo para lo que no nos capacitan en nuestra formación universitaria”*.

Por último, contextualizar la teoría y la práctica institucional permite aproximarse a los aspectos más ligados a las disputas por el poder, fenómeno tan recurrente en las instituciones de Salud, así como encontrarse con que el profesional psicólogo se ubica en cierta posición hegemónica dentro del campo de la Salud Mental: *“Fuimos capaces de contrastar la realidad práctica con lo que es puesto en papel por la ley. Si bien todos afirman que el trabajo interdisciplinario es necesario y por ende todos deben ocupar un mismo rol jerárquico, a la hora de la verdad sí se plantea una jerarquía práctica”*.

CONCLUSIONES

En primer término, cabe decir que la experiencia se ha constituido en una muy relevante instancia para problematizar las condiciones de aplicación de la Ley N° 26.657, normativa de alcance nacional que aspira a producir impactos institucionales, tanto en el plano formativo como asistencial.

En segundo lugar, la experiencia ha sido posible gracias al afianzamiento de los vínculos interinstitucionales. Éstos se han logrado establecer a través de la identificación de problemas, de la transferencia de conocimientos producidos regularmente como resultado de la salida a terreno y de los proyectos de extensión de la Facultad de Psicología cuya contraparte son las instituciones mencionadas.

En tercer lugar, el aprendizaje que se ha promovido articulando el nivel áulico, en el que se concretan los dispositivos de enseñanza/aprendizaje, y el nivel de los servicios, en los cuales se presta asistencia directa y personalizada a las personas con padecimiento mental, ha permitido la reflexión del grupo en torno a diversos aspectos específicos que atañen a la aplicación de la ley: redes, interdisciplina, inclusión social.

Las autoevaluaciones, sobre las cuales se efectúa una detenida mención en el presente trabajo, favorecen la revisión crítica de los marcos teóricos que orientan los procesos de formación, facilitan un acercamiento a las prácticas que permiten tensionar los conocimientos aprehendidos y, contribuyen a pensar lo interdisciplinario como una praxis actualmente necesaria en las instituciones de salud y como un escenario futuro para el desempeño profesional.

A modo de síntesis final, el proceso simultáneo de enseñanza-aprendizaje, de producción de conocimiento y de intercambio institucional en el marco de los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, permite generar un beneficio mutuo. Por un lado, los profesionales de la salud en formación se acercan, conocen las instituciones y la dinámica de trabajo singular de las mismas. Por el otro, las instituciones reciben, a partir de las intervenciones de un agente externo, una asesoría técnica que permite sistematizar algunos de los procesos asistenciales analizados, así como aportes y recomendaciones para que sus prácticas se alineen con lo normado en dicha Ley Nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Ausubel, D.P. (1976) *Psicología Educativa. Una perspectiva cognitiva*. México: Ed. Trillas.
- Castellanos, P.L. (1998). "Salud pública: desigualdad y ausencia de equidad", en Martínez Navarro, J. M.; Castellanos, P. L. Mermet P. *Salud Pública*. Madrid: Ed Mc Graw Hill.
- Farr, R., Tone, B. (1994). *Portafolio. Performance Assessment. Helping students evaluate their progress as readers and writers*. For Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Freire, P. (1997). "A la sobra de este árbol". El Roure, Barcelona.
- Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, 2010.
- Villarini Jusino, Á. (1997). *El currículo orientado al desarrollo humano integral*. San Juan, Puerto Rico: Biblioteca del Pensamiento.

CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA: UN PROBLEMA QUE CRECE

Di Giorno, Sol Agustina
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo exponer las modalidades abusivas de consumo de alcohol que se presentan en los jóvenes y adolescentes residentes de Argentina desde los 12 años de edad; se coincide en diferentes líneas investigativas que un 70% del grupo etario mencionado ingiere regularmente alcohol, desde una edad promedio de 13,4 años. Se realizó una revisión bibliográfica de estudios previos, sumando una encuesta anónima respondida por 86 adolescentes, en su mayoría residentes del partido de General San Martín, noroeste de Buenos Aires, para apoyar la ejemplificación. El consumo problemático juvenil de alcohol se estudia regularmente, sin embargo la conciencia sobre los riesgos es prácticamente nula en nuestra sociedad. La ingesta se ha normalizado sin importar la edad del consumidor, y las políticas públicas son escasas. Se propone un accionar preventivo en marco de la noción de Atención primaria de la salud, bajo un paradigma social-expansivo, basándose en la percepción del riesgo; donde se priorice la prevención dentro del medio en el que la población de riesgo se encuentra.

Palabras clave

Alcohol - Adolescencia - Atención primaria - Prevención

ABSTRACT

ALCOHOL CONSUMPTION IN ADOLESCENCE: A PROBLEM THAT GROWS

The objective of this work is to expose the abusive modalities of alcohol consumption that shows young people and adolescents residing in Argentina from 12 years; it coincides in different research lines that 70% of the age group ingest regularly alcohol, from an average age of 13,4 years. A bibliography review of previous studies was made, adding up an anonymous survey answered by 86 teenagers, mostly residents of General San Martín, northwest of Buenos Aires, to support exemplification. The young problematic consumption of alcohol is regularly studied, however the risk awareness is practically null in our society. The ingest has been normalized regardless the age of the consumer, and the public policies are scarce. A preventive action is proposed under the notion of Primary Health Care, under an expansive social paradigm based on risk perception; where prevention is prioritized within the environment in which the population at risk is found.

Keywords

Alcohol - Adolescence - Primary care - Prevention

Indicadores epidemiológicos

El consumo de alcohol implica un problema a nivel mundial. Con más de 3 millones de muertes anuales, supone un 5.3% del total de las defunciones. La organización mundial de la salud asoció dicho consumo a más de 200 condiciones que ponen en riesgo la integridad humana, entre las cuales se encuentran accidentes de tránsito, muertes por hechos de violencia física, enfermedades vasculares, y otras derivadas. (OMS, 2017). Pese al gran peligro que representa y a su alta tasa de mortalidad, más de la mitad de la población mundial consume bebidas alcohólicas. Se declara en el mismo estudio que la ingesta ha comenzado a crecer, teniendo en cuenta que a fines del siglo XX el consumo anual mundial por persona de alcohol puro era de 5,5 litros; y en el 2010 se halló que había aumentado a 6,4 litros. Se aclara que estas cantidades son un promedio mundial. Precizando la situación de nuestro país, caracterizado por ser uno de los más consumidores, la cantidad de litros de alcohol puro ingerido por persona anualmente es de 9,8 (OMS, 2017). Se han realizado múltiples estudios en los cuales se destaca la gran extensión que el alcohol tiene en Argentina. Se halló en una investigación realizada a 1000 residentes de Buenos Aires de entre 18 y 65 años que el 84,5% eran bebedores regulares de alcohol, de los cuales el 50% lo había consumido al menos una vez en el último mes; destacando a su vez que los más jóvenes eran quienes más bebían, señalando las casas propias o las de sus amigos como lugar donde el consumo ocurría con más frecuencia (Munné, 2005). Estos resultados coinciden con la gran mayoría de las investigaciones de la temática.

Centrando las estadísticas de la OMS (2017) en la población de riesgo elegida para el presente trabajo, adolescencia y juventud, se menciona que a nivel mundial un 26,5% de las personas de entre 15 y 19 años se consideran bebedores asiduos de alcohol, lo que implica a 155 millones de jóvenes y adolescentes. En América el porcentaje es mayor, el 38,2% del grupo mencionado ingiere bebidas alcohólicas con regularidad. Dicho rango etario se caracteriza por tener cierta vulnerabilidad, dado que se tiende a incurrir en conductas de riesgo (UNICEF, 2011).

El consumo, además de ser tan comúnmente habitual en nuestra sociedad y en la de casi todo el mundo, sucede con alta frecuencia al mismo tiempo de forma problemática. La OMS evaluó

la prevalencia porcentual de episodios de consumo fuerte de alcohol, definiendo a los mismos como “el consumo de al menos 60 gramos (equivalente a tres cuartos de una taza) de alcohol puro en al menos una ocasión en los últimos 30 días”. Los resultados indicaron que el 18% de los adolescentes de entre 15 y 19 años de América habían pasado por un episodio de consumo con estas características, porcentaje que en Argentina se elevaba al 22% de la población de dicho rango etario (OMS, 2017). Con los datos epidemiológicos mencionados, se determina como problemática recurrente el consumo nocivo y peligroso de alcohol en la población argentina en su totalidad, pero destacando cómo afecta riesgosamente a la minoridad teniendo en cuenta que la ingesta comienza cada vez en edades más tempranas; tal como halló un estudio realizado por Sedronar que estableció un aumento en el consumo y abuso de alcohol en menores de 12 a 17 años donde se encontró que 1 de cada 2 chicos de los que relataron haber consumido alguna vez, lo hizo de forma abusiva. Esto representa a 82.453 niños y adolescentes de nuestro país. Asimismo, como incidencia anual positiva se registraron 2.299.598 nuevos consumidores de alcohol en el año, de los cuales 319.994 son preadolescentes y adolescentes (Sedronar, 2017). El aumento continuo trae aparejada una normalización a nivel social que en la población argentina está firmemente instalada.

Es importante destacar que cuando se menciona a la población de riesgo, se hace referencia a más del 70% de los adolescentes estudiantes de Enseñanza Media, porcentaje referido a lo hallado en el sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas, el cual fue realizado a alumnos seleccionados que cursaban el 8vo, el 10mo y el 12avo año en escuelas públicas y privadas de todo el país; fueron 112.199 participantes (Sedronar, 2014). Otra cifra alarmante expuesta es que el 50,7% de los menores de 14 años afirmaron haber consumido alcohol alguna vez.

En resumen, se presenta un consumo riesgoso para la salud que comienza aproximadamente a los 13,4 años con un desvío estándar de 1,8 (Sedronar, 2014); se postuló en otros estudios con muestras de menor tamaño un comienzo de consumo aún temprano, rondando los 11 años de edad (Duffy, 2014). Los indicadores de relevancia mencionados sostienen, en consecuencia, la percepción de esta situación como un problema de salud pública cada vez más presente en la sociedad argentina.

Consumo de alcohol: imagen social

Tomando aportes de Berger y Luckmann en su obra *La construcción social de la realidad*, se entiende que la misma es resultado a nivel social de un proceso dialéctico entre relaciones, hábitos y estructuras sociales, y a nivel individual los roles y la formación de identidades son los que tienen un gran peso en esta construcción. La objetivación, entendida como generadora del conocimiento social, designa aquellas acciones, ideas, percepciones y costumbres que son significativas en la sociedad

de cada sujeto, y en consecuencia significativas para él. La realidad de la vida cotidiana se comparte con otros, aquellos otros miembros de la misma sociedad que uno.

Siguiendo estos conceptos, se puede afirmar que el consumo de alcohol en Argentina se percibe como algo positivo, no es mal visto ni mucho menos cuestionado, ni siquiera cuando implica a menores de edad. En esta realidad social construida, es una acción aceptada. Es el visto bueno social que el consumo de alcohol posee, lo que facilita la ingesta en los más jóvenes.

Al proponer esta problemática como de particular interés debe ubicarse en el centro de la misma a la población adolescente y juvenil argentina; sin embargo teniendo en cuenta los aportes teóricos mencionados es imposible ignorar que la misma está rodeada, y por lo tanto influenciada, por aspectos sociales, biológicos y ambientales. El concepto de Determinantes sociales de la salud, mencionado en *Perspectivas en salud pública y salud mental* compilado por Martín de Lellis, permite un análisis de las relaciones entre la población en cuestión y diversos factores que determinan su salud. Castellanos realiza en el año 1998 una conceptualización de estos determinantes donde destaca la importancia del modo de vida de la población destacando sus condiciones de vida y las interacciones que tengan con otros grupos; lo que depende en su totalidad del medio en donde se asientan, su organización económica, su cultura y otros procesos que conforman la identidad como sociedad. Lo mencionado determina la salud de la población de riesgo, y puede ser entendido en su totalidad como un sistema complejo, jerárquico y abierto. (De Lellis, 2015)

Es relevante la presión social que los grupos de pares ejercen en el consumo, ya sea de forma directa o indirecta. En un estudio realizado por Débora Duffy en el año 2014, se consultó a los grupos de adolescentes de 12 a 14 años participantes sobre la presión grupal, quienes enunciaron que: “Si están tomando de la jarra y te la pasan y, vos tenes que tomar, no podes decir no”, “antes no me gustaba el alcohol, pero tomaba un poquito para poder integrarme” (Duffy, 2014); coincidiendo con la idea del fuerte peso que el grupo de pares posee, ya sea porque son los propios amigos quienes ofrecen bebidas alcohólicas para consumir o porque es el mismo chico quien se obliga a tomar para hacer lo mismo que el resto. Los niños al ver a sus amigos tomar alcohol sienten motivación para hacer lo mismo (Duffy, 2014). Siguiendo el análisis de los contextos de consumo de alcohol en estudiantes de enseñanza media realizado por Sedronar en el año 2017, se concluye que el boliche (28.6%), la casa de alguno de sus amigos (19.7%) y en fiestas de 15 o cumpleaños (17.8%) fueron los lugares seleccionados como principales por los adolescentes; lo que reafirma la incidencia que tiene el grupo de pares con quienes se acude a estos sitios donde la ingesta sucede.

Las modalidades de consumo que en los grupos de jóvenes se comparten, se modifican e intensifican a su vez con el pasar de los años. Tomando idea de atracción de alcohol o Binge Drinking,

mencionada por Germán Barrios en un video informativo sobre estas nuevas modalidades, se alude a un modo de consumo donde los adolescentes intentan ingerir la mayor cantidad de bebida en el menor tiempo posible para lograr que el efecto sea más veloz, teniendo preferencias a su vez con las bebidas que más graduación alcohólica tienen. Esto se reflejó en la encuesta realizada para apoyar la ejemplificación del presente trabajo, donde un 45,2% eligió al vodka como la bebida que toma con más frecuencia, seguido por el fernet con 21,4%. Continuando la idea de atracón de alcohol se halló también que un 48,2% de los encuestados vomitó alguna vez por lo que había consumido. Se encontraron múltiples referencias hacia esta nueva modalidad que se define como el consumo de 5 o más tragos en una ocasión, lo cual incrementa el riesgo de múltiples enfermedades y se lo asocia con accidentes, suicidios, relaciones sexuales sin protección y el abuso de otras drogas; atenta desde múltiples lugares la integridad de quienes practican esta modalidad de consumo altamente problemática (Acosta, Fernández y Pillon, 2011). Este patrón de ingesta que implica un atracón hace que los adolescentes que lo ponen en práctica se alejen del estereotipo clásico del alcohólico que consume a diario, dado que representa un consumo excesivo pero centrado en momentos de ocio y encuentros entre pares, dando lugar a un nuevo riesgo como lo son los cuadros de intoxicación agudos. Es por ello, además, que hablamos de consumo problemático y no alcoholismo debido a que no se habla de una adicción sino de una modalidad de consumo que afecta a la salud y el normal desarrollo de la población que lo lleva a cabo.

A su vez, se halló en la encuesta realizada con fines de ejemplificación que un 61,2% de los 86 menores encuestados ocultaron en alguna ocasión aquellos primeros episodios de ingesta de alcohol a sus padres o tutores, también un 70,6% prefiere alcoholizarse en la casa de sus amigos y no en la propia. Hay una correlación positiva entre los resultados y los factores ambientales como determinantes fuertes de la normalización de la conducta problemática, considerando que un 80% relata beber alcohol frente a sus familiares, un 69,4% declara que sus padres están de acuerdo con que consuma alcohol, y un 48,8% consideró como situación frecuente consumir alcohol en su casa junto a su familia. Se halló que un 48,2% ha estado alcoholizado frente a sus padres; coincidiendo con la idea de que el consumo es aceptado por los padres, y muchas veces son mismos mayores quienes compran alcohol para que consuman los menores, lo cual propicia un ambiente que favorece el consumo al haber una alta tolerancia social hacia esta conducta (Duffy, 2014). Es difícil, en consecuencia, poder impartir los peligros a los que el alcohol los enfrenta en un medio social donde la mayoría de los miembros lo consumen o, al menos, lo avalan; minimizando los riesgos y normalizando su ingesta.

Percepción de riesgo como herramienta preventiva

Se destaca como agravante para la problemática la baja percepción de riesgo que los adolescentes y jóvenes tienen con respecto al alcohol que consumen. Se entiende a la percepción de riesgo como un proceso cognitivo que implica la visión propia de cada sujeto acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, situaciones que procesa agregándoles un juicio o valor personal, lo que condiciona su comportamiento. Para la percepción del riesgo intervienen factores perceptivos, de la historia personal del sujeto y sus experiencias, creencias, actitudes y estereotipos incorporados; lo que provoca que el sujeto asuma o no el riesgo que, por ejemplo, consumir alcohol implica en base a su visión y juicio personal (García del Castillo, 2012). Siguiendo este lineamiento, una alta percepción de riesgo provocaría una disminución en el consumo de alcohol; mientras que una baja percepción del riesgo que éste acarrea conlleva un aumento en la ingesta.

Esta variable se incluyó en la Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media realizada en el año 2014 por el Observatorio Argentino de Drogas a estudiantes de enseñanza media, en su mayoría de entre 14 y 17 años, quienes hallaron que solo el 10% de los participantes consideraba riesgoso el consumo episódico de alcohol. Se observa entonces una naturalización del consumo entre los estudiantes que viene siendo registrada anteriormente, y que se refleja en la encuesta realizada para este trabajo, donde un 57,6% cree que el alcohol que consumen no afecta su salud.

Frente a esta situación, sería importante utilizar el riesgo como herramienta para combatir las altas tasas de episodios de abuso de alcohol para lo cual podemos servirnos de la noción de Atención primaria de la salud, concepto propuesto en el año 1970. Propone evitar el trabajo con la demanda que la problemática provoca, centrándose en una mirada preventiva: trabajar fuertemente en prevención y promoción de la salud para que, a futuro, los niveles del problema en cuestión descendan. Inicialmente, se apuntaba a alcanzar como meta un nivel de salud que garantice la productividad de los pueblos. Esta estrategia implicaba necesariamente una articulación interdisciplinaria e intersectorial, focalizando los recursos en problemas específicos de salud enfocando las actividades en la prevención.

Concientizar de forma preventiva sobre el riesgo real que el consumo problemático de alcohol juvenil conlleva, exponiendo todos los peligros a los que este enfrenta de forma directa e indirecta, podría lograrse una mayor percepción del riesgo de la ingesta en la población destinataria de la prevención. Se alcanzaría incluso una mayor efectividad si se acciona alejándose de la concepción clásica de la salud y enfermedad, asociada a un trabajo individual directo entre el profesional y un paciente descontextualizado, trabajando en su lugar desde un paradigma social expansivo.

Propuesto por Saforcada en el año 1999, este paradigma destaca la importancia de la multidisciplinaria y la epidemiología, enfo-

cándose en la comunidad y sus problemas, orientándose desde la protección y promoción con el objetivo de lograr un efecto de cambio en el ecosistema de salud. Los profesionales psicólogos deberían enfocar su trabajo dentro de la comunidad donde es más necesario, en este caso la de menores de edad, ofreciendo charlas o talleres informativos dentro del medio donde los menores se mueven, ya sea las escuelas o los barrios en los que viven, sin alejarlos del grupo de pares en el cual están inmersos. Es el profesional quien debe ir hacia la población de riesgo, para evitar que sea la población quien tenga que acercarse cuando el riesgo se haya convertido en daño; evitando actuar con un fin rehabilitador. Ninguno de los jóvenes en cuestión dejará de beber alcohol de forma problemática, y en oportunidades compulsiva, solo porque alguien externo les dice que dejen de hacerlo. Accionando con una estrategia preventiva, dando a conocer los peligros que el consumo conlleva, los riesgos que las modalidades más frecuentes como el binge drinking implican, las consecuencias que puede provocar y los estragos sanitarios que suceden a nivel mundial, se apunta a poder dar a conocer el riesgo; riesgo que, finalmente, pueden internalizar los propios jóvenes e integrar a sus percepciones para así conseguir que frente a la ingesta de alcohol posean una percepción de riesgo mayor a la que tienen actualmente, y sea esta concientización sobre el peligro la que los aleje del consumo.

Múltiples investigaciones apuntan en la misma dirección, considerando el deterioro que los efectos del alcohol causan en la salud a nivel mundial, las políticas públicas para reducir los atracones de alcohol deben ser específicamente aplicadas en el sector de la juventud (Bardach, Caporale, Rubinstein, y Danaei, 2017). En conclusión, la psicología tiene mucho que aportar a la mejora de la salud de las poblaciones y las posibilidades de actuar con promoción y prevención son infinitas, es necesario actuar priorizando un diseño con este tipo de intervenciones orientadas a la atención primaria de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, L., Fernández, A., y Pillon, S. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 771-781
- Barba O. (2009). Expectativas asociadas al consumo de alcohol: estrategia de intervención en preadolescentes escolarizados. Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Universidad de Santander. Recuperado el 23 de mayo del 2020 de: <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/1061>
- Bardach, A. E., Caporale, J. E., Rubinstein, A. L., y Danaei, G. (2017). Impact of level and patterns of alcohol drinking on coronary heart disease and stroke burden in Argentina. *PLoS one*, 12(3), e0173704.
- Barrios, G. [Psicología en 5 minutos con el Lic. Barrios]. (2019). Nuevas modalidades en el consumo de alcohol. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: https://www.youtube.com/watch?v=WZuBewsu_oM
- Berger, P. y Luckmann, T. (1967). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Calabrese A. (2008). Alcohol. Un peligro infravalorado. *Encrucijadas*, 44, 14-16.
- de Lellis, M. (2015)(comp.). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Buenos Aires, Editorial Nuevos Tiempos.
- Fantin, M. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18(3), 285-292
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011: La adolescencia: Una época de oportunidades*. New York: UNICEF.
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2),133-151. Recuperado el 20 de mayo del 2020 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=839/83924965001>
- Gómez, R. (2013). Drogas, consumo y época: alcohol en atracón (binge), policonsumo y adicciones sin sustancias. Los nuevos fenómenos y sus desafíos. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Guerrero, R.; Gonzalez, C. L.; Medina E. (1977): *Epidemiología*. Colombia, Ed. Fondo Educativo Interamericano. Cap. 4.
- Ministerio de salud. (2015). *Epidemiología en salud mental y adicciones*. Recuperado el 20 de mayo del 2020 de: <https://www.rosario.gov.ar/mr/epidemiologia/vigilancia/herramientas-para-los-equipos/salud-mental/epidemiologia-en-salud-mental-y-adicciones/view>
- Montero, M. (1998). La comunidad como objetivo y sujeto de acción social. En: *Psicología comunitaria. Fundamentos y aplicaciones*. Madrid, Editorial Síntesis.
- Munné, M. I. (2005). Social consequences of alcohol consumption in Argentina. *Alcohol, gender and drinking problems*, 25.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Estado autopercebido de salud en la población. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: <http://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/InformeZEASZyZconsumoZZInyectablesZ5Zmarzo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global status report on alcohol and health*. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/
- Organización Panamericana de la salud. (2007). *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS*. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: <https://www.paho.org/es/documentos/alcohol-genero-cultura-danos-americas-reporte-final-estudio-multicentrico-ops-2007>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las América*. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7708>
- Paternó Manavella, M. A. (2018). Factores asociados al consumo de alcohol y asistencia a previas en adolescentes del área metropolitana de Buenos Aires.. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Recuperado el 23 de mayo del 2020 de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=factores-asociados-consumo-alcohol>

- Pautassi, R. (CONICET). (2013). Consumo de alcohol durante la adolescencia y el desarrollo temprano, causas y consecuencias. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/25839>
- Pallarés Gómez, J. (2004) Drogas, consumo y culturas juveniles. Monografías humanísticas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. No5 (pp. 85-94) .
- Peltzer, R., Brandariz, R., Biscarra, M., Santángelo, P., Conde, K., et al.(2015) Predictores de la intención de consumo intensivo episódico de alcohol en adolescentes. *Sociedade Brasileira de Psicologia; Temas em Psicologia, 21 (1)*, Pág. 183-192.
- Pilatti, A., Brussino, S., y Godoy, J. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Revista de Psicología, 22(1)*, Pág. 22-36.
- Saforcada, E., de Lellis, M., Mozobancyk, S. (2010). Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Sedronar. (2017). Análisis de los contextos individuales y sociofamiliares en jóvenes escolarizados y su relación con el consumo de alcohol y marihuana. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/AnlisisZdeZlosZ-contextos.pdf>
- Sedronar. (2018). Estudio epidemiológico en población de educación secundaria. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioZepidemiologicoZenZpoblacionesZdeZenseanzaZmedia.pdf>
- Sedronar. (2014). Sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de: http://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/AS_14337909681.pdf
- Resultado de encuesta realizada disponibles en https://drive.google.com/open?id=1kWrCXEx_NOk5CTXDGHIAz6zGmcTN8ItK8AB1b-MofNlo

TRABAJO TERRITORIAL EN SALUD: ESTRATEGIAS ENTRE LA COMPLEJIDAD DE LAS DEMANDAS Y LA VULNERACIÓN DE DERECHOS

Lenta, María Malena; Longo, Roxana Gabriela; Tortosa, Paula Inés; Joskowicz, Adan
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado, atravesados por el desmantelamiento de las políticas sociales, se encuentran en tensión en territorios de precariedad y vulneración de derechos. En este escenario los equipos de Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada afrontan diferentes demandas de atención en relación a problemáticas complejas que impactan fuertemente en los/as trabajadores/as. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva y Epidemiología Crítica, el presente artículo tiene como objetivo conocer las estrategias de trabajo de equipos de salud territoriales en situaciones psicosociales complejas de dos CESACs de la zona sur de la CABA. Para la metodología se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo con un diseño mixto cuanti-cuantitativo del que participaron 29 trabajadores/as. Entre los resultados se observan las principales problemáticas con las que trabajan y cuáles son las que más les impactan. Estas son situaciones complejas concernientes a las vulneraciones de derechos en la infancia, problemáticas de género y condiciones precarias de vida. A su vez, la situación edilicia en la que las/os trabajadoras/os desarrollan su tarea, la poca articulación interinstitucional y la complejidad de las problemáticas psicosociales interpelan las prácticas y re configuran las estrategias individuales y colectivas de intervención territoriales.

Palabras clave

Atención primaria - Equipo de salud - Territorio - Derechos

ABSTRACT

TERRITORIAL WORK IN HEALTH: STRATEGIES BETWEEN THE COMPLEXITY OF THE DEMANDS AND VULNERATION OF RIGHTS
Los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado, atravesados por el desmantelamiento de las políticas sociales, se encuentran en tensión en territorios de precariedad y vulneración de derechos. En este escenario los equipos de Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada afrontan diferentes demandas de atención en relación a problemáticas complejas que impactan fuertemente en los/as trabajadores/as. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva y Epidemiología Crítica, el presente artículo tiene como objetivo conocer las estrategias de trabajo de equipos de salud territoriales en situaciones psicosociales

complejas de dos CESACs de la zona sur de la CABA. Para la metodología se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo con un diseño mixto cuanti-cuantitativo del que participaron 29 trabajadores/as. Entre los resultados se observan las principales problemáticas con las que trabajan y cuáles son las que más les impactan. Estas son situaciones complejas concernientes a las vulneraciones de derechos en la infancia, problemáticas de género y condiciones precarias de vida. A su vez, la situación edilicia en la que las/os trabajadoras/os desarrollan su tarea, la poca articulación interinstitucional y la complejidad de las problemáticas psicosociales interpelan las prácticas y re configuran las estrategias individuales y colectivas de intervención territoriales.

Keywords

Primary care - Health team - Territory - Rights

Introducción

En América Latina hay una corriente importante de pensamiento que trabaja para retomar el contenido original de la Atención Primaria de la Salud (APS) y fortalecerlo bajo el nombre de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I) (Laurel, 2018). El modelo de APS-I coloca en el centro la satisfacción de las necesidades de salud de las personas e implica el reordenamiento de los efectores, pasando del esquema burocrático piramidal por niveles a un esquema de redes asistenciales, responsables de la atención de la salud de una comunidad (Giraldo, 2015). Este modelo exige que se integre la perspectiva de la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica que conciben a la salud-enfermedad-atención-cuidado como un proceso singular y colectivo, entrelazado por una diversidad de dimensiones: determinantes socio-económicas; producción sociohistórica de masculinidades-femineidades y sus relaciones; sistemas de valores y creencias en relación con el cuerpo y sus cuidados; modelos científicos de interpretación e intervención de los equipos de salud (Zaldúa, Longo, Lenta y Sopransi, 2014).

Las problemáticas actuales que afrontan los equipos de salud en relación a las demandas de atención y cuidado por parte de los/as usuarios/as son sumamente complejas e impactan en el devenir de los actos de salud de los equipos que atañen el campo de la prevención, de los diagnósticos y los tratamientos

(Molinier, 2019). A esta situación se le añade la progresiva precarización y proletarización del mercado laboral en el ámbito de la salud, que posiciona al profesional de la salud en un lugar social conflictivo y contradictorio: la caída del valor social de la profesión le quita los soportes sociales que le permitían sostener la complejidad de la práctica profesional y a la vez lo ubican a una realidad laboral cotidiana muy distante de los ideales que lo condujeron a la profesión (Franco y Merhy, 2009; Molinier y Legarreta, 2019). Este interjuego negativo entre el deterioro de los servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas, y la problemática compleja de los usuarios de los servicios de salud impacta tanto a nivel de la salud de las/os efectores de salud como a nivel de los colectivos de trabajo, manifestándose en sintomatología psicofísica y en problemas organizativos (Zaldúa, Bottinelli, Lodieu, Tisera, Gaillard, Pawlowicz y Nabergoi, 2010). Esta situación revela cómo las tensiones sociales presentes en la sociedad impactan en los procesos de atención, en la rutina diaria de los servicios, planteando la necesidad de propiciar reflexiones colectivas sobre cuáles son los caminos a seguir en los procesos de atención en salud, frente a una realidad de vulnerabilidad social y desmantelamiento de las políticas sociales, que no sólo impacta en la salud de los usuarios, sino en la propia salud de los equipos de salud.

Territorios y vulnerabilidad

Desde la Salud Colectiva, el territorio aparece como algo más que un espacio en un mapa en función de su geografía. El territorio es una construcción dinámica, variable, semantizable y resemantizable por los/as actores/as sociales que allí desenvuelven diferentes acciones de la vida cotidiana. Incluso, en un mismo espacio, por ejemplo, en un barrio conviven diversas territorialidades: las de las organizaciones sociales, las de los diferentes vecinos/as, las de los distintos grupos generacionales, entre otras, con intereses, percepciones, valoraciones y actitudes territoriales diferentes. Entre éstas se generan relaciones de complementación, cooperación, conflicto, enfrentamiento; así como también, construyen hitos, historias y narrativas acerca de los espacios (Zaldúa, Sopransi, Longo, Lenta y Bottinelli, 2012). La relación entre vulnerabilidad y salud se presenta en la vida cotidiana de las poblaciones que viven en territorios signados por inequidades estructurales y genera un escenario complejo que pone en tensión las posibilidades de respuestas integrales en salud, delimitando problemas psicosociales complejos que visibilizan la hiancia entre las necesidades y el acceso los derechos, lo que suscita diferentes expectativas sociales entre los/as actores/as territoriales (Lenta, Pawlowicz y Riveros, 2019). El territorio se vuelve fundamental en estos contextos para el equipo de salud posicionados desde la APS-I, pues está atravesado no sólo por los procesos epidemiológicos, sino también, por los económicos, políticos, culturales e históricos que delimitan situaciones de vulnerabilidad diversas, es decir, susceptibilidad diferencial según los recursos y posicionamientos territoriales

para los colectivos sociales, de sufrir distintos padecimientos (Ayres, França Junior, Junqueira Calazans y Saletti Filho, 2006). Al igual que el territorio, la dimensión de la subjetividad debe ser reconocida por los equipos de salud en la coproducción de los procesos de atención a la salud-enfermedad cuidado, evidenciando esta trama (individual y colectiva) como una dimensión fundamental en la construcción de la salud (Campos, 2006; Gondim y Monken, 2018).

El creciente aumento de problemas psicosociales en los territorios urbanos producto de la reconfiguración de las ciudades (Poggiesse y Cohen Egler, 2009) exige a los equipos de salud manejarse con un enfoque integrador, que no se limita a trabajar con el individuo y su problemática/patología, sino que tiene que estar relacionado con los alcances de atención, evaluación y prevención a nivel familiar y de comunidad. La APS-I incorpora el componente salud mental y acentúa las bases en la problemática de la comunidad, priorizando la participación social en la prevención de patologías/problemas psicosociales y la promoción de salud mental (Rodríguez Gabarrón, 2004).

El campo de la salud necesita ampliar la concepción de la importancia del territorio en la salud de las personas, bajo el entendimiento de ambos, territorio y salud, como procesos dinámicos que se concretan en las agencias específicas de las personas sobre sus lugares de vida. Esta ampliación de la mirada precisa de: una lectura de la relación territorio y salud que integre materialidades concretas, apropiaciones, transformaciones y simbolismos de lugares específicos; una concepción de la salud como dialéctica de ajuste y creación, resultado de las condiciones materiales de la vida, pero también de procesos de interacción y simbolización con los otros; una concepción de la salud pública como campo de conocimiento y acción interdisciplinar, que involucra la participación de actores concretos -no sólo los estatales- e integra saberes diversos, que propone una comprensión situada; y, en este sentido, una concepción de la subjetividad como proceso que ocurre en ambientes y bajo condiciones sociales específicas, y de un sujeto que es agente, que crea y recrea las condiciones de su vida con base en los límites impuestos por su existencia material, pero también de acuerdo sus necesidades, motivaciones, deseos y expectativas (Molina Jaramillo, 2018).

Vulnerabilidad y exclusión social en el territorio de la zona sur de la CABA

Según la Defensoría del Pueblo (2015), si bien cerca de 200 mil personas habitan en los más de 30 barrios más empobrecidos de la CABA, la mayoría está ubicado en la zona sur (comunas 4, 8 y 9). En estos barrios, más del 70% de los hogares son deficitarios en sus componentes constructivos. Asimismo, el 20% carece de conexión cloacal. En el global de la Ciudad, el 11% de los hogares presenta condiciones de hacinamiento pero en la zona sur, el promedio alcanza al 20% de los hogares y en los barrios más empobrecidos llega al 56%.

Otra característica de la zona sur de la CABA es que presenta los mayores índices de desempleo (12,2% zona sur, 9,2% CABA) según un informe del Centro de Estudios Metropolitanos (2020). También sostiene que la informalidad laboral presenta mayores índices en la zona sur (34,8% zona sur, 27,8% CABA), junto con otros indicadores sobre la calidad y las condiciones de vida como el embarazo en la adolescencia (37,7/1.000 habitantes zona sur, 22,7/1.000 habitantes CABA) informado por la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS (2019), la cobertura de salud pública exclusiva (34,5% zona sur, 18,6% CABA) según la Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA (2018). El escenario de vulneración de derechos e injusticia territorial observada en el desigual acceso a condiciones, recursos y oportunidades para el desarrollo de la vida, interrogan acerca de las posibilidades y obstáculos de las intervenciones de los equipos de salud territoriales que basan sus estrategias de trabajo en la APS-I. En este marco nos interrogamos en cuanto a ¿cuáles son las problemáticas prevalentes con las que se encuentran los equipos de salud territoriales? ¿Qué estrategias se plantean los equipos para el trabajo con problemáticas psicosociales complejas desde la APS-I?

Metodología

En función del problema planteado, este trabajo presenta el objetivo de conocer las estrategias de trabajo de equipos de salud territoriales en situaciones psicosociales complejas de dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESACs) de la zona sur de la Ciudad autónoma de Buenos Aires (CABA).

Para ello se desarrolló una investigación basada en una estrategia de Investigación Acción Participativa (IAP) en el marco del proyecto de investigación UBACyT Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado, dirigido por la profesora Graciela Zaldúa. Siguiendo a Balcázar (2003), la IAP es una aproximación teórico-metodológica para la investigación psicosocial. En cuanto estrategia, promueve la participación de los/as miembros/as de comunidades y colectivos en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas a partir del incremento del reconocimiento y control de aspectos relevantes de sus vidas cotidianas. La inclusión de las personas participantes de la investigación en los diferentes procesos de la misma incita a la conciencia socio-política entre quienes participan y las/los concibe como agentes de cambio y no, como objetos de estudio. Epistemológicamente, la IAP supone que la experiencia en el proceso reflexivo de la investigación permite a las personas participantes aprehender su propia realidad, lo que produce una desnaturalización del sentido social común y una concientización acerca de sus condiciones de vida y de los procesos y problemáticas con las que se encuentran en su quehacer. La decisión de reconocer al otro/a en su alteridad como diferente pero semejante en cuanto la valoración de conocimiento que produce hace del reconocimiento la común dignidad de la persona humana la opción prioritaria, que tiene consecuencias para

el conjunto del proceso de investigación. En el plano ontológico supone, como señala Vasilachis (2018) pasar del *qué* se investiga al *quién*. Se trata de una ruptura que permite recuperar el rostro de los participantes en la investigación, interpelar los presupuestos teóricos y apelar al camino inductivo para crear nueva teoría desde las/os actores sociales. En este sentido, la IAP fomenta también la apropiación de herramientas, métodos y técnicas de investigación por parte de sus participantes y favorece el reconocimiento de las/os mismas/os como agentes de cambio social.

En consistencia con el objetivo y el enfoque planteado, se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo con un diseño mixto cuali-cuantitativo. En este marco, se trabajó con 29 participantes (10 del CESAC A y 19 del CESAC B) de los/as cuales 26 eran mujeres y 3 eran varones. Asimismo, la mayoría (13) eran médicas/os, mientras que el resto eran psicólogos/as (5), trabajadoras/es sociales (3) y otras profesiones (7) como enfermería, nutrición, fonoaudiología, administración y obstetricia.

Con los/as participantes se desarrolló un proceso de trabajo que incluyó una pluralidad de métodos y técnicas para la producción de datos, consistente con el enfoque mixto de investigación expresado en la triangulación de técnicas (Cohen y Gómez Rojas, 2018). Las personas fueron incluidas en el proceso de manera intencional en función de los criterios de accesibilidad y voluntariedad. Participaron en cuatro grupos focales para la elaboración del mapeo de cargas físicas, psíquicas y mentales del trabajo, mapeo del riesgo y de interpretación de resultados. Asimismo se implementó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas sobre condiciones de trabajo, afectaciones en la salud, desgaste laboral y participación con 52 ítems.

En este artículo se retoman resultados parciales del proceso de investigación focalizados en: problemáticas prioritarias de la población con las que trabajan, las afectaciones del proceso de trabajo y las estrategias de trabajo territorial.

Para el desarrollo de la investigación, se adoptó un posicionamiento desde la ética relacional (Dussel, 2018) para el trabajo sobre la garantía de derechos y los resguardos de los/as investigandos/as en el proceso de la investigación, en consistencia con la IAP. Siguiendo los principios autonomía en la participación, comprendida como la decisión explícita y no coactiva de la inclusión en el proceso investigativo así como la posibilidad de suspender la participación en cualquier instancia del proceso, que se especificó en el momento de inicio del trabajo a partir de reuniones colectivas para definir el tipo y modalidad de trabajo así como los objetivos y consentimiento informado. También se consideró el principio de beneficencia (no maleficencia) de la investigación en cuanto no solo se buscó no hacer daño a los/as participantes sino priorizar sus necesidades y la apropiación de las producciones del proceso investigativo. Finalmente, se trabajó con el principio de justicias en cuanto a la distribución equitativa de las cargas y beneficios del proceso entre los/as participantes.

Resultados

Contextualización territorial de los CESACs

Los CESACs son efectores de salud descentralizados dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA. Allí se desarrollan actividades clínico-asistenciales y se implementan estrategias de promoción de la salud a nivel territorial y comunitario. El CESAC A se encuentra ubicado en la zona suroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y posee una amplia circulación de medios de transporte a su alrededor la cual favorece el acceso geográfico al mismo. Su cercanía a un Hospital General de Agudos de referencia y su proximidad a diferentes accesos entre CABA y Provincia de Buenos Aires, configuran el escenario de demandas, problemáticas y prácticas que se desarrollan en dicha institución. Asimismo, su extensa área de responsabilidad que comprende polos textiles, frigoríficos, comercios, escuelas, centros de primera infancia, entre otras instituciones y organizaciones, permite reconocer la heterogeneidad de la población que concurre para el abordaje de su atención en salud.

El CESAC B se encuentra ubicado en la comuna que presenta el segundo mayor porcentaje de cobertura de salud únicamente estatal registrado en la ciudad. El barrio en el que se encuentra está conformado mayoritariamente por población migrante en situación de precariedad habitacional y atraviesan distintos procesos de vulneración social. Sus pocas manzanas permiten observar la creación de un paisaje donde la interacción de los habitantes con su espacio físico modeló la fisonomía propia del barrio. Dicho territorio posee una identidad comunitaria significativa y se mantiene como un centro de reunión para un determinado grupo migratorio en la CABA e incluso en el país. El barrio y sus instituciones es producto del proceso de construcción comunitaria a lo largo de décadas. La concurrencia al Centro de Salud corresponde en su mayoría a la población que se encuentra dentro de su área de responsabilidad.

El territorio opera como un sistema complejo constituido por múltiples niveles jerárquicos, procesos y movimientos (Lodieu, Longo, Nabergoi y Sopransi, 2012). El trabajo territorial de los CESACs A y B, a pesar de su configuración diferente, heterogénea y singular, coincide en el desarrollo de acciones tendientes a reducir las inequidades en salud (de clase, género, étnicas y otras) a través de la implementación de dispositivos con base en la comunidad y sus instituciones, así como también en los propios efectores de salud. La realización de diversas actividades (talleres en escuelas, comedores comunitarios, salas de espera, visitas domiciliarias, etc.) y la organización de los equipos interdisciplinarios a partir de diversas problemáticas (equipos de tuberculosis, salud sexual y salud reproductiva, prevención de dengue, promoción del envejecimiento activo, entre otros) van delineando la producción de actos de salud de manera situada e inescindible del territorio que habitan.

Demandas prevalentes en el territorio

En el abordaje de las problemáticas prevalentes con las que trabajan se observa que en ambos CESACs la mayoría de los casos refieren a problemas vinculados a las condiciones de vida precarias (36,79%, n=106). “Lo social”, “la vivienda precaria”, “la desocupación” y/o “la crisis económica” aparecen como las problemáticas más observadas por los equipos de salud en consonancia con las características sociodemográficas de ambos territorios. No obstante, en segundo lugar (17,9%, n=106), los temas relacionados con las problemáticas de género emergen como demandas significativas al referirse a las atenciones de los embarazos no deseados (Interrupción Legal del Embarazo) y a las situaciones de violencia de género. En tercer lugar (16,4%, n=106), las problemáticas vinculadas a los estilos de vida como la obesidad, la hipertensión, diabetes, falta de cuidado o prácticas de prevención son identificadas como demandas significativas. Mientras que las problemáticas vinculadas a la falta de cuidado de las infancias (maltrato, abuso sexual infantil, retrasos madurativos vinculados a la falta de atención) son temas que ocupan el cuarto lugar (13,21%, n=106) en cuanto a los emergentes del trabajo. Finalmente, las problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas aparecen en quinto lugar (5,66%, n=106) de las demandas, especialmente en el CESAC B. Mientras que otras problemáticas conforman el 10,38% (n=106) de las demandas.

Al analizar las problemáticas definidas como prevalentes en la atención cotidiana de los equipos, la identificación por parte de los/as trabajadores/as de las condiciones de vida precarias y las problemáticas de género permite pensar en un cambio de paradigma de atención en salud respecto del modelo médico hegemónico y el sesgo reduccionista biologicista. Asimismo, la definición de las problemáticas es consistente con el planteo del 96,1% (n=26) de los/as participantes quienes afirman que los sustratos paradigmáticos de sus prácticas se transformaron en los últimos años:

Se refrescó la mentalidad de ver la salud (era muy cerrada). Se abrieron espacios y aumentó el trabajo extramuro. Se facilitó el acceso a la población.

Hay articulación entre instituciones y trabajo interdisciplinario. Otra mirada sobre los derechos. (Médica generalista, CESAC A). En salud sexual, especialmente con el tema ILE, garantizar acceso a derechos o pensar el proceso de salud enfermedad atención cuidado. También en tuberculosis que se incluye la interdisciplina y las condiciones de vida. (Trabajadora social, CESAC A).

También es posible observar cómo la visibilidad y la potencia de los movimientos feministas han transformado tanto las prácticas de los equipos de salud en relación a las demandas que se habilitan, como la exigibilidad de derechos por parte de los/as usuarios/as en relación a las diferentes problemáticas de género que aparecen en las demandas cotidianas de los CESACs (interrupción legal del embarazo, violencias, abuso sexual infantil,

entre otras):

La nueva visión de género, masculinidades, feminismo, abre un espacio enorme. La gente se anima a hablar más. (Pediatra, CESAC A).

El paradigma cambió por el movimiento de mujeres. El feminismo se muestra y alza su voz. (Trabajadora social, CESAC B).

La visualización de problemas de género llevó a que cambiara la forma de pensar y agruparnos en el equipo de salud. (Médica ginecóloga, CESAC A).

El proceso de incorporación de las problemáticas de género como componente de los derechos humanos emerge en el ámbito público, trascendiendo lo privado. Dicho proceso se relaciona con las demandas de la sociedad civil, en particular del movimiento de mujeres, y de un sector de profesionales comprometidos con la salud colectiva. La perspectiva de salud basada en el género interpela prácticas y representaciones cristalizadas que reproducen desigualdades y requiere revisar paradigmas y prácticas sanitarias (Lenta, Zaldúa y Longo, 2016). De esta manera, las prácticas, agencias y reflexiones de los equipos denota la integración de las perspectivas sociales en salud y permite arribar a una definición y posicionamiento: la salud como derecho humano.

Problemáticas que más afectan a los equipos

No obstante, al comparar las problemáticas prevalentes en las demandas de los equipos con las demandas percibidas como más impactantes o que producen mayores afectaciones subjetivas a los propios equipos de salud, resulta relevante caracterizar las discrepancias. Al identificar las problemáticas que más afectan a los/as trabajadores/as (n=50), resulta significativo señalar que la mayoría de los casos refieren a problemáticas de género (30%) y a las problemáticas de infancia, especialmente el abuso sexual infantil y el maltrato (30%). En cambio, las cuestiones vinculadas a las condiciones de vida parecen afectar menos a los equipos ya que pasan de ser el 36,7% de las problemáticas prevalentes al 28% de las que más producen malestar, angustia o padecimiento por parte de los/as trabajadores. Asimismo, el impacto de las problemáticas vinculadas a los estilos de vida (4%) y a los consumos de sustancias psicoactivas (2%) se reducen notablemente en cuanto a la afectación que produce en los/as trabajadores/as.

Las afectaciones (implicación y producción de afectos y emociones) por parte de los/as trabajadores/as de la salud se encuentran ligadas, junto con otras dimensiones, al modo en que significan las problemáticas con las que trabajan. Si bien las problemáticas que se presentan con más frecuencia en la población son aquellas relacionadas a las condiciones precarias de vida, y a las problemáticas de género y a la vulnerabilidad de las infancias. Son estas dos últimas las que se perciben con una mayor afectación connotada, a su vez, como negativa en los espacios de discusión: “angustia”, “sensación de impotencia”,

“bronca”, “querer hacer más de lo que se puede”.

En relación a ambas problemáticas resulta importante señalar la referencia en los espacios de discusión y el cuestionario a la visibilidad sociohistórica de las violencias de género en donde se inscribe también parte de las problemáticas infantiles en cuanto a la crisis de la institución familiar para el cuidado y las situaciones de abuso sexual infantil. En relación a ello Toporosi (2018: 17) afirma que “*las crueldades se incrustan y se desarrollan de distintas formas en las instituciones de la sociedad capitalista y patriarcal bajo el amparo de distintas formas de impunidad*” que puede dar lugar a un saber-culpable (Zaldúa, Lodieu, Bottinelli y Pawlowicz, 2010) que acarrea angustia en los equipos de salud cuando reconocen situaciones de violencia física, psicológica y/o sexual exacerbadas por la precarización de la vida en ciertos territorios y frente a las que encuentran límites desde el abordaje individual, lo que, al mismo tiempo, puede llevar a convertirlos en espectadores de la crueldad.

Estrategias frente a las problemáticas psicosociales complejas

Las problemáticas psicosociales complejas atraviesan todo el escenario de las prácticas de cuidado, de la intervención, generando nuevas interpelaciones e interrogantes a los equipos de salud. Si bien, las problemáticas psicosociales que presentan son heterogéneas, la complejidad que presentan ciertas problemáticas o las demandas con las que llegan los/as usuarios/as se hacen inmediatamente transversales y sobrepasan la especificidad de cada institución desde su acción, comprensión y explicación hasta el sentido de la intervención. Estas cuestiones muestran la necesidad de pensar la intervención en escenarios complejos, atravesados por múltiples lógicas (Carballera, 2008). De esta forma, la complejidad de las problemáticas psicosociales pone en jaque cualquier resolución unívoca y lineal que pueda desarrollarse por un único actor. Es así como los/as trabajadores/as distinguen estrategias tanto individuales como colectivas para el abordaje de las diversas problemáticas:

Desdoble la consulta, trato de tranquilizar y tranquilizar. (Ginecóloga, CESAC A).

Escuchar al otro, calmarme, dar devolución. (Ginecóloga, CESAC A).

Apoyo con otras/os colegas porque me supera la situación. (Pediatra, CESAC B).

Actuar con mecanismos mucho más artesanales. (Trabajadora Social, CESAC B).

Mientras que las estrategias individuales refieren al desarrollo del afrontamiento singular para sobrellevar situaciones consabidas de angustia, las estrategias colectivas implican el trabajo en equipo y la implementación de planes de acción para el desarrollo del trabajo.

A su vez, cabe señalar que más de la mitad de los/as trabajadores/as de los CESAC A y B definen a la articulación interinstitucional como “poca o nula”. Por lo que, a momento de pensar el

abordaje de las problemáticas complejas se cuenta, ante todo, con el equipo interdisciplinario de la propia institución y no con otros equipos. De esta manera, a partir del reconocimiento de los obstáculos en la articulación con otros sectores, el equipo de salud emerge como un actor preponderante y protagónico en el acompañamiento de las problemáticas de los sujetos. Inevitablemente, el carácter por momentos unisectorial de las intervenciones implica un sostenimiento por parte del propio equipo interdisciplinario de salud en el cuidado de sí mismos/as y de los/as otros/as. Es así como se configuraría un “nosotros colectivo” que forja la identidad de ambos grupos de trabajadores/as. No obstante, los relatos de las/os trabajadoras/os de la salud dan cuenta de la necesidad de contar con una red que pueda coordinar las estrategias de cuidado eliminando la burocracia administrativa y potenciando la capacidad de garantizar la continuidad de la atención con servicios de salud organizados a través de redes integradas en los que se cuente con de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, tal como lo plantean Elorza, Moscoso y Lago (2017). A los equipos de salud se les presenta el desafío de propiciar y fortalecer redes integradas de salud mediante las cuales el acceso, la continuidad, la integralidad, la evaluación y seguimiento en salud resultan sustanciales. Sin lugar a dudas, las estrategias colectivas frente a las problemáticas psicosociales complejas demandan un conjunto de innovaciones y alternativas colectivas que requieren de procesos de articulación comunitarias, institucionales e intersectoriales en el territorio. Pero también de exigibilidad de recursos como “insumo” y espacios físicos para propiciar los encuentros intra e inter equipos.

Discusiones y conclusiones

Los territorios de precarización y las complejas problemáticas que abordan impactan fuertemente en los/as trabajadoras/os de la salud. La “falta” de espacio, la carencia de recursos y los obstáculos frente a las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales atraviesan las prácticas generando afectaciones negativas y sentimientos de frustración. Frente a este escenario desalentador nos preguntamos: ¿Qué lugar ocupa la trama vincular para los/as trabajadores/as de estos CESACs? ¿Qué desafíos se presentan frente al “límite de lo colectivo” cuando el trabajo se percibe de manera unisectorial?

Asimismo se destaca que la mirada acerca del proceso de salud-enfermedad- atención-cuidado por parte de estos equipos basada en nuevas perspectivas paradigmáticas del trabajo en salud, permite complejizar e historizar los problemas y demandas con las que trabajan. A su vez, esto tiene como consecuencia ampliar el campo de acción en salud, de lo que resultan interpeladas las prácticas cotidianas y las estrategias utilizadas por los equipos, para pasar del abordaje individual al abordaje colectivo de las problemáticas. En este sentido se destaca la fortaleza del carácter colectivo que “constituye el eslabón central de la dinámica intersubjetiva y de la identidad en el trabajo”

(Wlosko y Ros, 2019, p. 89). A su vez estas construcciones de actos de cuidado en la tarea generan formas de reconocimiento subjetivas en los equipos que funcionan como formas de resistencia frente a los escenarios devastadores de vulneración de derechos en territorios de exclusión social.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayres, J. R., França Júnior, I., Junqueira Calazans, G., & Saletti Filho, H. C. (2006). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En D. Ceresnia y C. Machado (Comps.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias* (pp. 135-162). Buenos Aires: Lugar.
- Balcazar, F. (2003). Investigación acción participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. En *Fundamentos en Humanidades*, 4 (7/8), 59-77.
- Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales. En *Revista Salud y Población*, 4, 14-21.
- Campos, G.W.S. (2006). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. En G.W.S. Campos, M.C.S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Junior y Y.M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 41-80). São Paulo: Hucitec.
- Carballera, A. (2008). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas [Versión electrónica]. *CS*, 2, (1), 261-272.
- Centro de estudios Metropolitanos. (2020). *Indicadores Laborales. Situación del empleo en la Ciudad de Buenos Aires*. Extraído el 15 Mayo, 2020, de <http://estudiosmetropolitanos.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/Indicadores-laborales.-El-empleo-en-CABA.pdf>
- Cohen, N. y Gómez Rojas, G. (2019). *Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños*. Buenos Aires: Teseo.
- Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud de la CABA. (2019). *Situación y respuesta 2016-2018*. Buenos Aires. Extraído el 22 Abril, 2020, de https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_version_web_17-2-2020_final_1.pdf
- Defensoría del Pueblo. (2015). *Situación habitacional en la Ciudad*. Buenos Aires: Defensoría del pueblo. Extraído el 1 Junio, 2020, de <http://www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/SituacionHabitacional-1.pdf>
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2019). *Anuario estadístico de la Ciudad de Buenos Aires 2018*. Extraído el 30 Mayo, 2020, de https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/09/anuario_estadistico_2018.pdf
- Dussel, E. (1998). *La ética de la liberación: ante el desafío de Apel, Taylor y Vattimo con respuesta crítica inédita de K.-O. Apel*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México.
- Elorza, M. E., Moscoso, N. S. y Lago, F. P. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (3), 1-17.
- Franco, T. y Merhy, E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5 (2), 181-194.

- Molinier, P. (2019). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?. En M. Wlosko y C. Ros (Coord.), *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo* (pp. 145-164). Lanús: UNLA.
- Molinier, P. y Legarreta, M. (2019). La perspectiva del cuidado: de lo ético a lo político. En M. Wlosko y C. Ros (Coord.), *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo* (pp. 117-144). Lanús: UNLA.
- Gondim, G.M. y Monken, M. (2018). O uso do território na Atenção Primária à Saúde. En M.H.M. Mendonça, G.C. Matta y L. Giovanela (Orgs.), *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* (pp.143-175). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lenta, M., Zaldúa, G, y Longo, R. (2016). Violencias de género. Actoras, prácticas y dispositivos de prevención y asistencia. En *Anuario de Investigaciones* 23 (2), 151-161.
- Lodieu, M., Longo, R., Nabergoi, M. y Sopransi, M. (2012). *El concepto de comunidad*. Lanús: UNLA.
- Molina Jaramillo, A.N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad Saúde Pública*, 34, 75-117.
- Neffa, J. C. (2016). *Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio*. Moreno: UNM Editora.
- Peiró, J.M. y Prieto, F. (1996). *Tratado de Psicología del Trabajo. Volumen 1: La actividad laboral en su contexto*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Poggiere, H. y Cohen Egler, T. (2009) (Comps.). *Otro desarrollo urbano: ciudad incluyente, justicia social y gestión democrática*. Buenos Aires: CLACSO.
- Rodríguez Gabarrón, L. (2004). Investigación participativa: metodología para la atención primaria de la salud mental comunitaria. *Psicología y Salud*, 14 (2), 287-294.
- Toporosi, S. (2018). *En carne viva*. Buenos Aires: Topía.
- Vasilachis, I. (2018) "Propuesta epistemológica, respuesta metodológica, y desafíos analíticos". En A. Reyes Suárez, J.I. Piovani y E. Potaschner (Coords.), *La investigación social y su práctica. Aportes latinoamericanos a los debates metodológicos de las ciencias sociales* (pp. 27-57). Buenos Aires: CLACSO, Teseo, Fahce.
- Wlosko, M. y Ros, C. (2019). *El Trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la psicodinámica del trabajo*. Lanús: UNLA.
- Zaldúa, G., Sopransi, M.B., Longo, R., Lenta, M.M. y Bottinelli, M. (2012). Exigibilidad y justiciabilidad desde la Epidemiología Territorial. Una construcción inicial con actores/as comunales. *Anuario de investigaciones*, 19 (1), 85-96.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M.T., Tisera, A., Gaillard, P., Pawlowicz, M. P. y Nabergoi, M. (2010). Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En G. Zaldúa y M. Bottinelli (Coords.), *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas* (pp. 29-46). Buenos Aires: EUDEBA
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Bottinelli, M. y Pawlowicz, M. P. (2010). Cuestiones desde la epidemiología crítica: trabajo y salud. En G. Zaldúa y M. Bottinelli (Coords.), *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas* (pp. 17-28). Buenos Aires: EUDEBA.

EQUIPOS DE SALUD. GÉNERO Y CONTEXTOS DE PRECARIZACIÓN¹

Longo, Roxana Gabriela; Veloso, Verónica; Zaldúa, Graciela
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo analiza las complejidades que atraviesan las prácticas de cuidados, las identidades profesionales y de género en contextos de precarización social y laboral. Esta situación produce diversas afectaciones y malestares en los equipos de salud. En la presentación se expondrán algunas aproximaciones que surgen de una intervención con un equipo de salud compuesto por trabajadoras sociales, en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el primer semestre del año 2019. Desde la Psicología Social Comunitaria Crítica, con un abordaje de Investigación Acción Participativa (IAP) se propone una metodología participativa, colectiva e integrada, de diseño, intervención y evaluación de un dispositivo preventivo en el marco de la ética-relacional. Se abordan las dimensiones de malestar laboral, territorios de precarización y feminización de la salud e identidad profesional. El proceso de IAP habilitó un movimiento de reflexión-acción colectiva crítica sobre el impacto de los contextos de precarización en las dinámicas cotidianas de trabajo y la incidencia de las inequidades de género y de subalternidad de las profesiones no biomédicas.

Palabras clave

Género - Precarización - Equipos de salud

ABSTRACT

HEALTH TEAMS. GENDER AND PRECARIOUS CONTEXTS

This work analyses the complexities of care practices and professional and gender identities in a context of social and work precarity. This situation produces several effects and discomforts on health teams. In the presentation, will be discuss some approaches that arise from one social workers health team work, in a public hospital in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) during the first semester of 2019. From the Critical Community Social Psychology, with a Participatory Action Research (PAR) approach, is proposed a participatory, collective and integrated methodology, that includes the design, intervention and evaluation of a preventive device in the framework of relational ethics. In particular, the dimensions of work discomfort, territories of precarity and feminization of health and professional identity, are addressed. The PAR process enabled a critical collective action-reflection movement about the impact of precarity contexts on daily work dynamics and the incidence of gender and subalternity inequalities in non-biomedical professions.

Keywords

Gender - Precarity - Health teams

INTRODUCCIÓN

Las prácticas de salud en los hospitales públicos se encuentran afectadas por el incremento de las desigualdades e inequidades de los y las usuarias, por los procesos de desfinanciamiento del sector salud y por la precarización de las relaciones laborales. Las demandas actuales en lo que respecta a las prácticas de cuidado lleva a que los equipos de salud tengan que repensar los actos de salud, sus prácticas de cuidado y su rol e identidad profesional. Por otra parte, los actos de salud están permeados por las cuestiones de géneros inscriptas en las identidades profesionales. La existencia de profesiones altamente feminizadas en los ámbitos de la salud se ha percibido como una prolongación del rol femenino. El concepto de feminización de la profesión debe entenderse no sólo como una noción que da cuenta cuantitativamente de la presencia mayoritaria de mujeres en ciertas profesiones, sino que es un término que incorpora una complejidad distinta, al poner el acento en la asignación de valores culturalmente considerados femeninos. La feminización, es un término que incorpora una complejidad distinta, trata la asignación de valores culturalmente considerados femeninos a las relaciones sociales y por esa vía a las profesionales (Loriente Molina, 2000 y 2002). Diferentes estudios sostienen que particularmente la feminización del trabajo social ha incidido en su desvalorización profesional (Alcázar-Campos, 2014). Numerosas investigaciones tienden a reivindicar el cuidado como un trabajo y la búsqueda en develar la subordinación y valorar los cuidados y lo femenino, tanto en la esfera de lo doméstico como en lo público y el mercado (Arango; Molinier, 2011; Hirata; Araujo, 2012). Por lo cual, las trabajadoras sociales atraviesan simultáneamente dos aspectos de subalternidad, por pertenecer a una profesión no biomédica y por su condición de género. Las trabajadoras de la salud en su ejercicio cotidiano en el ámbito hospitalario padecen una serie de sobreexigencias vinculadas al contexto de precarización de las vidas de los y las usuarias, del sistema de salud, exigencias vinculadas con su status y quehacer profesional y de género. Este escenario de precarización incrementa la inseguridad laboral. Inseguridad laboral que se ha traducido en una inseguridad del mercado laboral para absorber la demanda de trabajo, la inseguridad en el empleo con la reducción de las protecciones frente al despido, inseguridad

para mantener el propio puesto de trabajo frente a la movilidad horizontal, inseguridad en las medidas de protección de los/as trabajadores/as frente a accidentes y enfermedades, inseguridad a la hora de reproducir/actualizar/adquirir habilidades necesarias de su puesto de trabajo, inseguridad en los ingresos e inseguridad en los mecanismos de representación laboral que pone en jaque la ciudadanía plena (Gelabert, 2016). En este proceso, la dimensión de la identidad técnica profesional resulta vulnerada, ya sea a través de una autoridad cuestionada, del no reconocimiento y/o maltrato en la tarea, de las precarias condiciones de trabajo, y se manifiesta en estados de impotencia, aplastamiento, desorientación, desgaste de tiempo y energía (Zaldúa, 2010). Las exigencias e intensidad del trabajo impactan sobre los equipos de trabajo produciendo efectos negativos sobre los vínculos y la confianza grupal, pero también afecta a las dimensiones psíquicas y mentales de las trabajadoras de la salud (Neffa, 2017, Zaldúa & Lodieu, 2000; Gil-Monte & Grau-Alberola, 2009).

Metodología

Se parte de un abordaje cualitativo con un diseño basado en la Investigación Acción Participativa (IAP). El trabajo está elaborado a partir de producciones que surgen de las actividades de IAP realizadas con un equipo de salud integrado por trabajadoras sociales del segundo nivel de atención del sector público durante el primer semestre del año 2019. Incluimos material proveniente de cuestionarios autoadministrados, grupos de discusión y talleres. La Investigación-Acción-Participativa se define como un método de estudio y acción que busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas (Alberich, 2008). Desde esta metodología, se apuntó a la reflexión colectiva crítica entendida como el proceso de aprendizaje y de construcción de conocimiento, a través del cual la realidad cotidiana de una población determinada, se transforma en objeto de análisis, de estudio y de investigación con el propósito de generar cambios en su realidad inmediata (Sirvent & Rigal, 2012). Al ser un estudio cualitativo se rescatan y contextualizan las narrativas de las actoras involucradas respetando la comprensión que el grupo tienen sobre su historia, sus trayectorias y tradiciones, como así también sus intereses y problemas (Minayo, 2010). Dentro del campo de la evaluación en salud, tenemos como supuesto que el trabajo de análisis extrae del mundo un conocimiento que puede retornar al mismo medio social bajo la forma de intervención sobre la realidad, y cambios que se procesan en el ambiente de interacción de los propios sujetos que están siendo analizados junto a los servicios de salud. Al mismo tiempo que modifican el medio social, los evaluadores son también afectados por su objeto, por lo tanto, se produce un proceso de subjetivación, en este caso una producción de sí (Franco y Merhy, 2011).

Feminización de la salud e identidad profesional.

En el ámbito de la salud, al igual que en todos los sectores laborales, se observa la división sexual del trabajo. En aquellas disciplinas que mantienen contacto más directo con la población -medicina general, medicina familiar y comunitaria, pediatría y profesiones no médicas- el índice de feminización es aún mayor. (Fernández y Cardozo, 2020). En esta línea, se observa que la esfera pública, está íntimamente relacionada con la esfera privada y que las habilidades subjetivas de las mujeres se están usando cada vez más en el trabajo asalariado, generando un refuerzo entre la “socialización femenina” y el valor de estas habilidades en el mundo del trabajo asalariado. (Federici, 2013). De esta manera la “semiprofesionalidad” justifica la supervisión de las prácticas requiriendo de tutela, supervisión y generación de conocimiento por parte de otras profesiones con carácter superior (Wilensky, 1964, en Lorente 2004: 44). Desde los dispositivos sanitarios, que son un subconjunto de la sociedad patriarcal con sus mismas normas, se transforma diferencia en dicotomía y aplica sobre ella un eje vertical que construye una desigualdad (Benedicto, 2018). El trabajo de cuidado nos interpela como trabajo vivo e inmaterial generizado en la división sexual del trabajo y que exige que sus protagonistas sean escuchadas, reconocidas, dignificadas, calificadas y justamente remunerada. (Lenta, Longo, Zaldúa, 2020). Paralelamente, la división del conocimiento también implica, a su vez, una asignación por género de los saberes considerados valiosos, abstractos, analíticos, trascendentes, productivos y transformadores frente a los que se consideran cotidianos, repetitivos, complementarios o asistemáticos, adjetivaciones que proyectan una concepción ideológica sobre el valor de los saberes y los jerarquiza genéricamente en nuestras sociedades (Lorente, 2004: 40).

Las narrativas de las trabajadoras sociales subrayan las diversas inequidades que atraviesan en el territorio hospitalario. Este equipo de trabajo conformado solo por mujeres de disciplinas no médicas, ponen en evidencia las tensiones cotidianas que afrontan desde su práctica y quehacer profesional.

“Nosotras, acá estamos acostumbradas a los chistes e ironías”.

“Tenemos que ser muy cuidadosas con los informes que les entregamos a otras/os profesionales del hospital”.

“Nosotras cuando nos acercamos a las/os usuarios/os y a las diferentes áreas del hospital en las que interactuamos con otros/as profesionales con nuestras carpetas. Las carpetas son una especie de escudo frente a posibles situaciones de vulneración y violencia”.

En el proceso de reflexión colectiva las Trabajadoras sociales evidenciaron e identificaron estrategias defensivas colectivas como la “utilización de las carpetas” para defenderse de las exigencias exteriores en el ámbito hospitalario. y cómo el sufrimiento de las mujeres trabajadoras se trivializa fácilmente (Molinier, 2003). Esta visualización permitió la reflexión sobre la importancia del apoyo sororo como pilar fundamental e indis-

pensable para fortalecer las identidades profesionales y los proyectos colectivos futuros de las trabajadoras de la salud. (Longo, Lenta, Zaldúa, 2018).

Territorios de precarización en salud

En el territorio se despliegan conflictos, solidaridades, saberes y sentidos comunes, experiencias de vida, racionalidades, discursos, capacidades, intereses, proyectos. En el territorio se disputa poder (Ussher, M; 2015:250).

Consideramos la territorialidad como un analizador dentro de las narrativas de las trabajadoras sociales. El espacio, el dónde despliegan sus recorridos se presenta como un factor de incidencia en las prácticas. El campo de la salud, merece ser reconocido como un territorio en disputa. Estas tensiones se dirimen en los posicionamientos ético-políticos de las actoras frente a: las necesidades de la población y la determinación social de la salud; entre los objetivos de la salud pública de atención-cuidados integrales e universales de los procesos de salud-enfermedad y las políticas públicas que lo sustenten (o no); entre los intereses económicos de la mercantilización de la salud y los limitados accesos ante la fragmentación del sistema de salud; y entre modelos hegemónicos y modelos innovadores en el ejercicio de las profesiones.

La dificultad para detectar el malestar laboral por las deficiencias del espacio físico como una falla institucional les devuelve a las trabajadoras el conflicto al interior del grupo de trabajo, ensayando aciertos y desaciertos en las improvisadas estrategias de resolución. Contextualizar el escenario de las políticas de desfinanciamiento en salud, la ausencia de obras públicas de reforma y mantenimiento hospitalario, el incremento de la población en el sistema público de salud ante la expulsión del sistema de obras sociales y prepagas, la mayor complejidad de las demandas de las/os usuarias/os, devela que el conflicto territorial en salud tiene una dimensión macro que se dirime colectivamente en el afuera del grupo de trabajo con los gestores del sistema de salud y los decisores políticos.

Las trabajadoras de la salud pudieron describir los “espacios” en los cuales se despliegan las prácticas.

“No tenemos un lugar para hacer las entrevistas, es un único espacio con una mesa larga donde atendemos a las personas”

“Más de una vez estamos reunidas y nos gritan por la ventana para que atendamos”

“Se escucha lo que hablamos desde afuera”

“Muchas veces hablamos con las personas en los pasillos”

El no lugar para el ejercicio de determinadas prácticas profesionales, en particular las prácticas no médicas, es uno de los indicadores de tensión en los hospitales. El no lugar desde lo simbólico a aquellas intervenciones por fuera del paradigma médico hegemónico, impone el no lugar material para ser habitado por “profesionales subalternos” (trabajadoras sociales, psicólogas, enfermeras, etc), *desterrados* al pasillo y a la invisibilización,

según este modelo de salud biomédico dominante en el sistema de salud local.

El proceso de territorialización implica la apropiación simbólico cultural y el dominio de un espacio por una comunidad humana. La desterritorialización da cuenta de un desanclaje, una ruptura del vínculo con el territorio (Ussher, M; 2015:250).

El espacio de reflexión colectiva de las trabajadoras, en sí mismo se construye como una resistencia a la desterritorialización de sus prácticas y saberes en el territorio de la salud integral. De las narrativas colectivas se pueden observar los arribos a una restitución subjetiva de los “territorios existenciales” es decir, aquello que cada uno tiene dentro, y que define su forma de significar e interactuar con el mundo. El hecho de que el territorio existencial habite en el sujeto, significa que donde él esté, sea en la atención básica, en el hospital, en la atención especializada, domiciliaria, etc., va a producir el tipo de cuidado que se inscribe en su universo como una ética -el modo de ser en el mundo- a ser construida (Franco y Merhy; 2011:14). Desde estas diferentes territorialidades encontramos un conjunto de redes de cuidados que forman parte de resistencias cotidianas, institucionales y/ o comunitarias que configuran sistemas de producción de cuidados e intercambios alternativos (Lenta, Zaldúa, Longo, 2020).

La apropiación del espacio para la palabra en las trabajadoras de la salud habilita movimientos de desterritorialización de los lugares impuestos y la reterritorialización de nuevos posicionamientos ético-político frente a la realidad social. Las trabajadoras del hospital, a partir del intercambio lograron visibilizar que de alguna manera sostenían el status quo de la inequidad en la distribución de los espacios,

“el espacio de la jefatura es una oficina que bien serviría para realizar las entrevistas con mayor privacidad, si bien lo ofrecen y en muchas oportunidades está libre, nosotras nunca lo usamos, ‘es el lugar de las jefas’...”

En los territorios de salud, el uso y la distribución de los espacios físicos son algunos de los factores de mayor tensión, allí se ponen en juego las micropolíticas de poder. Las estructuras edilicias de los centros sanitarios responden a los modelos conceptuales en los cuales inscriben sus prácticas, en este sentido el modelo médico dominante rara vez contempla espacio para reuniones de equipo, espacios adecuados para atención a pacientes con sus familiares, terapias intensivas con participación familiar, lugares destinados a la comunicación de informes o partes médicos que resguarden la privacidad y que no sean en medio de los pasillos, etc. Estas faltas estructurales no entran en agenda, no son vistas desde el paradigma biomédico, sin embargo, interfieren sistemáticamente en las prácticas de lxs profesionales de la salud y pueden ser factor determinante en la calidad de la atención. Las formas de organización del espacio institucional ponen de manifiesto las asimetrías de poder en el cual se sustenta dicha distribución y uso del espacio.

Durante los encuentros de reflexión crítica, las trabajadoras se permiten revisar los rodeos que deben hacer para el acceso a un “espacio seguro” en el cual desplegar las entrevistas a usuarios/as con privacidad y cuidado.

“cuando vemos que es una entrevista compleja le damos prioridad para usar el espacio, pero a veces tenemos varias entrevistas difíciles al mismo tiempo.”

“Esto afecta la demanda espontánea. Los/as usuarios/as vienen igual y tenemos que atenderles”

La naturalización de las deficitarias condiciones de trabajo en cuanto al espacio físico y su uso, deteriora el encuadre para las buenas prácticas. Las trabajadoras sociales pueden registrar el *ruido/bullicio* que se interpone en los actos de salud que despliegan en el sector, ese *ruido* que viene de afuera o del propio *bullicio* de las colegas se cuela en la entrevista. No puede delimitarse el adentro y el afuera, el *ruido* y la ausencia de divisiones o puertas lo distorsiona, las trabajadoras intentan ir por sobre ese obstáculo ejecutando su tarea a costo del malestar.

Los sujetos operan cada movimiento con intensidades diferentes, pudiendo desterritorializarse, lo que significa romper con el lugar de origen y por lo tanto adoptar nuevos territorios existenciales, ética y políticamente identificados con la producción de una nueva realidad social, por otro lado, pueden no completar el movimiento de desterritorialización, retornando al lugar de origen y así no producir cambios sociales, eternizando un estatus conservador de funcionamiento social (Franco, Merhy; 2011:14) Dar paso a un movimiento de desterritorialización en el colectivo de trabajadoras sociales podría estar dado en la construcción de posibilidad para solicitar a las autoridades institucionales un cambio de lugar. Esta propuesta circuló entre las participantes, si bien se puntualizó la necesidad de que se construya un grado de acuerdo capaz de ser reconocida como una decisión colectiva.

El proceso de trabajo en salud es siempre relacional, “intercesor” (Franco y Merhy, 2011).

Trabajo colectivo vs. trabajo a solas

Las trabajadoras de la salud compartieron un espacio de reflexión colectiva que permitió circular la palabra allí en donde las preguntas no se habían explicitado y los niveles de acuerdo con respecto al espacio de cuidado colectivo eran precarios. De igual modo se traslada la debilidad de los acuerdos en la modalidad de las prácticas. Algunas limitantes para robustecer estos acuerdos fueron señaladas por las trabajadoras como las diferencias en el compromiso con la tarea, distribución inequitativa de la tarea, formación y trayectorias profesionales diversas que establecen diferentes criterios de trabajo. Estas diferencias tensionan las relaciones en el colectivo de trabajadoras y a su vez unifican la identificación del conflicto en la “mala comunicación”.

Los espacios de encuentro brindaron un encuadre capaz de exponer las diferencias y revisar las coincidencias, sosteniendo el respeto y la valoración de la búsqueda colectiva por la reso-

lución de conflictos. En referencia al compromiso y la distribución inequitativa de las tareas se permitieron reconocer que hay áreas de trabajo que impactan de manera diferencial dada la problematización de los contextos críticos que allí se despliegan y que esas temáticas “requieren un trabajo más a solas, porque hace falta un tiempo para pensar y elaborar que es a solas”. Sin embargo, se postula en las narrativas de varias de las trabajadoras la necesidad de contar con el espacio de consulta entre colegas y los aportes que se brindan por las compañeras de mayor experiencia laboral. Las relaciones entre las trabajadoras fluctúan entre el repliegue y la colaboración en función de los malestares dichos y no dichos que se instalaron en el grupo de trabajo. La naturalización del conflicto delinea las prácticas comunicativas entre estar “en alerta” y “andar con cuidado” en desmedro de la participación y la confianza.

“Creo que nos cuesta escucharnos. Tenemos una mirada o hipótesis previa a la respuesta de la compañera”.

El sufrimiento en el trabajo es la percepción que surge cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo se bloquea, la cooperación se rompe, la confianza se vuelve imposible, el reconocimiento fracasa (Dessors y Molinier; 1998:15).

La colectivización del conflicto se presenta como una de las estrategias protectoras que este grupo de trabajadoras se proponen como resistencia a los procesos defensivos que “amenazan” hacia el individualismo.

En el intercambio se propició un diálogo entre las tensiones y los puntos de encuentro que las trabajadoras presentaron sobre el conflicto de la comunicación intraequipo se registró una “doble faz” a recuperar de las diversidades presentes en el colectivo. Por un lado, las diferencias generacionales, jerárquicas, de formación, criterios y trayectorias institucionales genera distanciamiento y malestar, sin embargo, es esa diversidad de experiencias y miradas lo que enriquece el trabajo en equipo y construye lazos solidarios frente a los contextos críticos a atender.

Reflexiones finales

Las trabajadoras sociales de este hospital público de CABA transitan territorios de precarización e inequidades de género como escenario continuo donde inscriben sus prácticas. Los territorios existenciales de las trabajadoras son puestos en tensión frente a las inequidades y descuidos del sistema de salud que impregna de sufrimientos el contexto de trabajo. El valor del enfoque género junto con el concepto de prevención crítica deben ser incorporados en la visión teórica, técnica y administrativa del campo sanitario a fin de diagnosticar situaciones y proponer acciones preventivas y promocionales de la salud (Zaldúa et al., 2000). Asumir un posicionamiento frente a la subalternización de las profesiones no biomédicas en territorios de precarización en salud interpela a las trabajadoras sociales ante procesos deteriorantes que estarían denegando y dificultando la constitución grupal identitaria. El territorio existencial en el cual las trabaja-

doras sociales se inscriben establece ritmos de trabajo intensos, dinámicos y tensionados por sucesivos y continuos procesos de problematización. La producción subjetiva de la realidad social se da a través de movimientos de desterritorialización y reterritorialización de los/as propios sujetos que producen en el cotidiano: el funcionamiento social. (Franco y Merhy; 2011: 14). El proceso de IAP habilitó un movimiento de reflexión-acción colectiva crítica sobre el impacto de los contextos de precarización en las dinámicas cotidianas de trabajo, la incidencia de las inequidades de género que vivencian cotidianamente en el ámbito laboral y la recuperación de la palabra compartida entre colegas, los acuerdos a refundar y los espacios participativos a construir.

NOTA

¹El presente trabajo es un producto del proyecto de investigación UBA-CyT dirigido por la Prof. Consulta Graciela Zaldúa: Salud Mental Comunitaria: Contextos de Precarización y Políticas del Cuidado y el “Observatorio de Prevención y Promoción de Salud Comunitaria”. Universidad Buenos Aires, Facultad Psicología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberich Nistal T. (2008). IAP, redes y mapas sociales: desde la investigación a la intervención social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (8), 131-151.
- Alcázar-Campos, A. (2014). Miradas feministas y/o de género al Trabajo Social, un análisis crítico. *Portularia*, 12 (1), 27-34.
- Arango, Luz G. (2015). Cuidado, trabajo emocional y mercado: los servicios estéticos y corporales. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 99-120.
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 38(134): 607-625 doi: 10.4321/S0211-57352018000200014. Centro de Salud San Blas, Parla / Colectivo Silesia, Madrid, España.
- De Souza Minayo, M.C. (2010). Los conceptos estructurales de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3) 251-261. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73115348002>
- Dessors D., Molinier P. (1998). Psicodinámica del trabajo. En Dessors y Guiho-Bailly (Comp.) *Organización del Trabajo y Salud*. Editorial Lumen-Hvmanitas.
- Federichi, S. (2013). *Revolución en Punto cero*. Madrid. Traficantes de sueños
- Gelabert, T. (2016). Contra la precariedad, con la precariedad; cuidados y feminismo. *Oxímora Revista Internacional de ética y política*, (8) 53-62.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.
- Hirata, H., Araujo, N. (org.) (2012). *Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care*. São Pablo: Atlas.
- Franco, T.B., Merhy, E.E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. Buenos Aires. 7(1):9-20 Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/articulo/view/251/240>
- Longo, R., Lenta, M. y Zaldúa, G. (2018). Dispositivos de prevención y asistencia frente a las violencias de género. En: *Dispositivos instituyentes sobre géneros y violencias / Coord. Graciela Zaldúa*. Buenos Aires. Editorial Teseo
- Lorente, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social *Scripta Ethnologica*, núm. 26, pp. 39-53 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Buenos Aires, Argentina.
- Lorente, B. (2002). La feminización, lo religioso y la profesionalización del cuidado. Elementos para el estudio de las llamadas profesiones femeninas. El caso del trabajo social. En: *El hecho religioso y la ayuda social. Estudios sobre su historia, epistemología y práctica*. B. Lorente, ed. Bogotá: Humanizar.
- Lorente, B. (2000). Género, profesión y cultura. Una aproximación al estudio de la identidad de los trabajadores sociales. *Revista Servicios Sociales y Política Social*, 49.
- Molinier, P. (2003). *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion*, Payot.
- Morales, A. (2010). Género, mujeres, trabajo social y sección femenina: historia de una profesión feminizada y con vocación feminista (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Granada, Granada.
- Sirvent, M; Rigal, L. (2012). *Investigación Acción Participativa. Un desafío de nuestros tiempos Para la construcción de una sociedad democrática*. Quito: Proyecto Páramo Andino.
- Ussher, M. (2015). Salud mental y territorio. Reflexiones en torno al concepto de intersectorialidad. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 249-252. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-015/635>
- Zaldúa, G., Lenta, M. y Longo, R. (2020). *Territorios de Precarización, Feminismos y Políticas del Cuidado*. Buenos Aires. Editorial Teseo.
- Zaldúa, G.; Fabi, G. y Di Marco, G. (2000): “La Prevención desde una perspectiva de género. Análisis de los problemas relevantes en salud de las mujeres”. En Zaldúa, G. (comp.) *Salud y Género*. Buenos Aires. Editorial Eudeba.

REFLEXIONES ACERCA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD: PROBLEMAS Y DESAFÍOS ACTUALES

Luchetta, Javier Federico

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El siguiente trabajo intenta poner el foco en el lugar que la Psicología ocupa en el sistema de Salud, en función de sus desarrollos teóricos y metodológicos. Asimismo, se plantea la importancia de la articulación y negociación con los actores del campo social y político que intervienen en las problemáticas y decisiones vinculadas con el campo de la salud pública, incluyendo la reflexión entre la ética y las políticas en salud. Se propone algunas conclusiones en relación a los problemas actuales, y las oportunidades de fortalecimiento e inserción de la Psicología de la salud.

Palabras clave

Salud - Bioética - Redes - Promoción

ABSTRACT

REFLECTIONS ON THE PSYCHOLOGY OF HEALTH: PROBLEMS AND CURRENT CHALLENGES

The following work tries to put the focus on the place that Psychology occupies in the Health system, based on its theoretical and methodological developments. Likewise, the importance of articulation and negotiation with the actors of the social and political field that intervene in the problems and decisions related to the field of public health, including the reflection between ethics and health policies, is raised. Some conclusions are proposed in relation to current problems, and opportunities for strengthening and insertion of health psychology.

Keywords

Health - Bioethics - Networks - Promotion

Introducción

En el vasto campo de estudio que implica el tema de la salud, nos encontramos con una definición específica acerca de la Psicología de la salud, que incluye los siguientes aspectos: por un lado, acciones específicas en prevención y promoción, a su vez, el desarrollo de políticas sanitarias que contribuyan al fortalecimiento de la salud pública. Nos interesa esta definición, entre otras cuestiones, por delimitar una visión del psicólogo cuyas acciones impactan en personas concretas, lo muestran comprometido en el desarrollo social y comunitario de la salud. A su vez, plantean una articulación activa de la Psicología en el ámbito de la salud pública.

Encontramos en Terris (1992) un desarrollo interesante de la noción de salud pública. Su propuesta la entiende como una ciencia dirigida a prevenir dolencias y discapacidades, mejorar la calidad de vida y favorecer la salud y el desempeño físico y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Dichas medidas comunitarias apuntan a sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas, no infecciosas y lesiones, favorecer la educación en higiene y cuidados personales, así como organizar servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Dentro de este marco, nos encontramos con intentos para incluir al psicólogo en el sistema de salud como un agente activo. En este sentido, se concibe su práctica como no circunscripta a las intervenciones clínicas, sino en búsqueda de alcanzar una comprensión global del fenómeno de la salud. Es posible aún advertir el predominio del enfoque biomédico en el mencionado sistema. Aun así, debemos admitir que se le ha reconocido un papel creciente en el desarrollo de programas de prevención, promoción e intervención (Laviana, 1998). Sin embargo, se constata la impronta del modelo biomédico tradicional en la práctica clínica del psicólogo, centrada en el cuidado terciario. Desde hace varios años, se observan esfuerzos por modificar la visión tradicional del proceso de salud y enfermedad. Los mismos han dado lugar a acciones enfocadas en la protección y promoción de salud, fortaleciendo acciones preventivas en los tres niveles.

Desarrollo

En este lugar, me resulta interesante compartir una observación hecha hace varias décadas por Donald Winnicott (1951), quien afirma...” aun siendo una prolongación del trabajo corriente en materia de salud pública, la higiene mental va más allá que ésta, por cuanto altera el tipo de personas que componen el mundo (...) el informe de la segunda sesión del Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ comienza expresando “el principio individual más importante a largo plazo para el futuro trabajo de la OMS en el fomento de la salud mental, contrapuesto al tratamiento de los trastornos psiquiátricos, es alentar la incorporación al trabajo de salud pública de todo lo conducente a promover tanto la salud física como la salud mental de la comunidad”. Con el correr de las décadas posteriores, se ha comenzado a debatir y delinear un nuevo modelo en salud pública. En el mismo, se priorizan las estructuras

comunitarias, así como la incorporación de nuevos profesionales, recursos tecnológicos y abordajes innovadores en el complejo entramado de la salud. Es interesante asimismo citar aquí la propuesta de Franco (2002), quién plantea una concepción de la salud pública basada en tres dimensiones: 1-dimensión humanística, centrada en la elaboración de un marco normativo referido a la noción de salud, 2-dimensión científica, basada en los elementos tecnológicos que contiene la salud pública y 3-dimensión social, expresada en el planteo y desarrollo de las decisiones políticas asociadas.

Dichos cambios han permitido un incipiente aporte de la Psicología en la elaboración de las políticas públicas en salud. Entre otros avances, cabe señalar el reconocimiento de la experticia profesional e investigativa de los psicólogos. A tal punto, que se los incluya en el diseño y colaboración de programas en salud pública. Un ejemplo fundamental para nuestro país fue la elaboración colectiva, sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, del año 2010. Estos cambios necesitan un aporte fundamental en el ámbito formativo de los profesionales. Es importante favorecer el desarrollo de recursos y habilidades de gestión política, como forma de incrementar la participación en los procesos de formulación de programas de salud. Los programas de posgrado sin duda tienen un rol importante en la formación de especialistas en promoción y prevención de salud pública (Borrell y Rovere, 2004).

En relación con las consideraciones previas, la Psicología, como parte de su profesionalización e inserción en el área de la Salud, debe tomar partido en la reconsideración siempre continua de los servicios de salud. Dicho proceso de conceptualización continuo se explica en función del cambio de las demandas sanitarias y de la dinámica poblacional, que también cambian con el tiempo. Desde la Atención Primaria, es necesario favorecer tanto las intervenciones de salud preventivas como promocionales, impactando desde lo individual hasta lo colectivo. Sin embargo, aún siguen mediando deficiencias en la comprensión de conceptos, principios y metodología de la Atención Primaria de la Salud, agregándose a ello la escasez de recursos técnicos y financieros. Por lo antedicho, es necesario, con el fin de lograr cierto impacto en los servicios de salud, tomar en cuenta estos factores de manera estratégica.

Vargas (2006) plantea como a pesar de que los problemas en salud mental se van incrementando en la población, las iniciativas carecen de organización como parte de un programa integrado y con una base desde el primer nivel de atención en salud. El interés y la prioridad en la atención desde los servicios de salud es escaso.

Las tareas de la Psicología de la Salud pueden agruparse en tres áreas: Investigación, Aplicaciones y Formación.

Según Oblitas y Becoña (2000) la investigación es la actividad preponderante en Psicología de la Salud. Tanto así, que según detalla Hagger (2010), en las bases de datos científicos, los artículos relacionados con Psicología de la Salud para el año 2010

superan las 9.000 revistas alrededor del mundo, cantidad que se está incrementando. En el área de la investigación, es fundamental que la psicología se involucre con otras ramas de corte biomédico, no significando esto un tutelaje consentido respecto al modelo tradicional, sino más bien una estrategia para realizar investigaciones más amplias, aprovechando la experiencia de estas disciplinas en el campo de la salud pública.

En este punto, consideramos importante atender al desacople observado entre la influencia de los aspectos individuales y colectivos en la adquisición de estilos de vida. En dicho desfase, el abordaje en Psicología de la Salud puede desarrollar una perspectiva en red, entendiéndose como la posibilidad de desplegar un conocimiento de la totalidad del contexto de un individuo cuando se trabaja con él (Klefbeck, 1994). Esta conceptualización de redes visualiza a un individuo como sujeto participante de varias comunidades o redes a la vez. Las mismas se interrelacionan y se van integrando en varios sistemas que se agrupan en niveles cada vez más complejos: El microsistema (entorno inmediato del individuo); mesosistema (conjunto de microsistemas interconectados); exosistema (red de instituciones que afectan indirectamente en salud) y por último el Macrosistema (valores culturales que condicionan el comportamiento de los individuos, como la religión, las normas y leyes, los poderes económicos y políticos). Un esquema de trabajo en Salud desde la teoría de las redes intenta trabajar de forma integral en todos los sistemas, desde lo más cercano al individuo (microsistema) hasta lo más externo del sistema macrosocial que pueda afectar en salud.

Las ventajas de plantear un modelo comunitario en Psicología de la Salud se basan en la posibilidad de incrementar la responsabilidad y autonomía del propio grupo comunitario. En particular, favoreciendo la resolución y búsqueda activa de posibilidades que incrementen su calidad de vida. Asimismo, un enfoque individualizado tendría que ser articulado con el comunitario, personalizando la educación sanitaria en función de necesidades individuales. La Psicología en Salud necesita articular sus intervenciones en los niveles en los que se desenvuelve el individuo: es decir desde el mesosistema hasta el Macrosistema: lo individual, grupal y comunitario.

En este tema creemos de importancia también recuperar planteos y debates desde la Bioética latinoamericana. Nos interesa en este punto citar a Fermín Schramm y Kottow (2001), quienes afirman “la incorporación de avances técnicos y científicos al campo de las ciencias de la vida y de la salud, la transición epidemiológica que afecta a todas las sociedades tanto “desarrolladas” como “en desarrollo”, y asimismo la emergencia de una demanda calificada de servicios de salud, van paulatinamente acarreado nuevas cuestiones éticas también para el campo de la salud pública. Ello lleva a indagar acaso, más allá de una postura general de “un mínimo digno de cuidados de salud” supuestamente garantizado por el Estado y sus instituciones polí-

ticas y jurídicas (Beauchamp & Childress, 1994; Daniels, 1985), existe de hecho la posibilidad concreta, económica y socialmente sustentable de extender la prevención y la protección contra enfermedades, así como la promoción de estilos de vida más saludables para toda la población, garantizando que una opinión pública informada y en ejercicio de sus derechos ciudadanos evalúe y controle estas instituciones y garantice los derechos comprometidos. Lo específico de la reflexión en salud pública es que tanto agentes como destinatarios no son individuos sino instituciones y colectivos. Las autoridades sanitarias deben asumir algún nivel razonable y efectivo de resguardo, de servicios para el cuidado de la salud, *de prevención de epidemias* (las cursivas son mías) y de otros importantes programas de salud colectiva, incluyendo la promoción. Así y todo, estas tareas significan someterse a alguna forma de cobro o exigencia por los resultados obtenidos. Rescatando los contenidos morales del principio de responsabilidad, la protección es una versión actualizada de lo anterior pues recupera el sentido de responder voluntariamente a las necesidades de los otros y también se preocupa de la eficacia y de la efectividad de las medidas de protección sanitaria adoptadas”.

Conclusiones

En síntesis, podemos afirmar que por el solo hecho de estar inmersa en un contexto donde las variables ambientales influyen en la conducta humana, la Psicología debe intentar la aproximación desde un enfoque biopsicosocial, desde el cual la intervención en el espectro Salud/Enfermedad se vuelve urgente.

Los problemas y desafíos para la Psicología de la Salud son amplios, desde la investigación, la formación y aplicación en ejes temáticos como la sexualidad, niñez, adolescencia, adultez y geriatría, género, interculturalidad; hasta fenómenos psicológicos como el estrés, dolor crónico, promoción de estilos de vida saludables, entre otros.

Es notorio como la atención de la Salud evoluciona, prueba de ello lo ejemplifica el siglo pasado, al pasar desde un enfoque biomédico asistencialista, luego por el de la prevención, hasta plantear uno basado en la Promoción de la Salud. Éstas distintas concepciones conviven en nuestros sistemas de Salud, mostrando la necesidad de articular entre sectores y disciplinas en base a las necesidades de los individuos y comunidades.

Es importante destacar como las políticas públicas cambian continuamente en función de las demandas. A su vez, los andamiajes teóricos y metodológicos encuentran su oportunidad en función de las complejas realidades sociales, siendo las demandas sanitarias poblacionales las que definen la aproximación más adecuada. Por lo antedicho, sostenemos como indispensable la incursión efectiva por parte de la psicología en el sistema de salud, ya que solo con la práctica y reflexión se logrará un aporte efectivo y tangible por parte de la disciplina.

NOTA

¹ WHO Technical Reports Series, n° 31, Ginebra, 1951

BIBLIOGRAFÍA

- Borrell, R.M. y Rovere, M. (2004). La formación de postgrados en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 320.
- Franco, A. (2002). Los temas de salud pública. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 20(1), 5-7.
- Hagger, M. (2010). Health Psychology Review: advancing theory and research in health psychology and behavioral medicine. Health Psychology Review, 4, 1-5.
- Klefbeck, J. (1994) *Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje en red*. En Dabas y Najmanovihc (Comp.). Redes del lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós.
- Laviana C., M. (1998). Los psicólogos clínicos en el sistema sanitario público. Papeles del Psicólogo, 69, 48-51.
- Oblitas, L., & Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. En E. Becoña & L. Oblitas (Eds.), Psicología de la Salud. México, D.F.: Plaza Valdez Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria Alma Ata*. Ginebra: Autor.
- Schramm, F. Kottow, M. (2001) Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad. Saúde Pública [online], vol.17, n.4, pp.949-956. ISSN 1678-4464.
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales de la salud pública de las Américas. La crisis de la salud pública. Publicación Científica 540. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Vargas, W. (2006). *Atención Primaria de la Salud en Acción. Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS.
- Winnicott, D. (1951) “Las bases de la salud mental”. Artículo de fondo publicado en el British Medical Journal el 16 de junio de 1951.

MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Luna, Carina Roxana; Garcia Quiroga, Eleonora
Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina.

RESUMEN

El estudiante que inicia la formación universitaria, indudablemente experimenta sensaciones de incertidumbre que generan cierta inestabilidad en la salud mental, la que deberán aprender a manejar para lograr adaptarse a un nuevo estilo de vida y así evitar fluctuación en el bienestar que se traducirían en un estado de Malestar Psicológico (MP). El objetivo fue indagar los niveles de Malestar Psicológico en los estudiantes de primer año de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de San Luis, en el año 2018. El Malestar Psicológico se midió en 128 estudiantes a quienes se les administró una escala de despistaje (screening) de Malestar Psicológico de Kessler (K-10) (1994), adaptada en Argentina por Brenlla y Aranguren (2010); evalúa el riesgo de presentar síntomas de ansiedad o depresión, considerados trastornos mentales comunes. Se encontraron niveles bajos de MP en el 57, 8% (n= 74) y un 42,2% (n= 54) presentó niveles moderados y alto de MP. Niveles moderados de MP estarían indicando una tendencia considerable a presentar síntomas de cansancio, inquietud, nerviosismo, desesperación, tristeza e inutilidad en estos estudiantes. Se sugiere el desarrollo de talleres direccionados a disminuir los síntomas en pro de alcanzar niveles más altos de salud mental en su formación.

Palabras clave

Malestar psicológico - Estilo de vida - Estudiantes - Enfermería

ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL DISCOMFORT IN UNIVERSITY STUDENTS

The student who begins university training undoubtedly experiences feelings of uncertainty that generate some instability in mental health, which they must learn to manage to adapt to a new lifestyle and thus avoid fluctuation in well-being that would result in a state Psychological Discomfort (MP). The objective was to investigate the levels of Psychological Discomfort in the first year students of Bachelor of Nursing at the National University of San Luis, in 2018. The Psychological Discomfort was measured in 128 students who were administered a screening scale (screening) of Kessler's Psychological Discomfort (K-10) (1994), adapted in Argentina by Brenlla and Aranguren (2010); evaluates the risk of presenting symptoms of anxiety or depression, considered common mental disorders. Low levels of MP were found in 57, 8% (n = 74) and 42.2% (n = 54) presented moderate and high levels of MP. Moderate levels of PM would

be indicating a considerable tendency to present symptoms of tiredness, restlessness, nervousness, despair, sadness and uselessness in these students. The development of workshops aimed at reducing symptoms in order to achieve higher levels of mental health in their training is suggested.

Keywords

Psychological discomfort - Lifestyle - Student - Nursing

Introducción:

El estudiante que inicia la formación universitaria indudablemente experimenta sensaciones de incertidumbre, propias de todo ser humano que se enfrenta a nuevos escenarios, por lo que pueden ser más vulnerables al estar atravesando un proceso adaptativo que produciría cierta inestabilidad en la Salud Mental. Estudiantes que inician esta etapa de formación profesional con temores que deberán aprender a manejar adecuadamente, para lograr adaptarse a un nuevo estilo de vida y así, evitar fluctuación en el bienestar que se traducirían en un estado de Malestar Psicológico (MP).

Objetivo:

Indagar los niveles de Malestar Psicológico en los estudiantes de primer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de San Luis, en el año 2018.

Justificación:

La Salud Mental es una dimensión importante del ser humano, que contribuye de manera integral en su bienestar, expandiendo sus potencialidades en todos y cada uno de los roles que desempeña durante su ciclo vital (Oblitas Guadalupe, 2010).

El Malestar Psicológico es una experiencia universal que puede darse en cualquier momento del ciclo vital, en un continuo que va de leve a severo, de corta a larga duración. Es por ello que la planificación de este estudio se considera significativa en virtud de que la salud mental no se encuentra confinada solo dentro de los perímetros de un establecimiento para este fin, sino que está inserta en todos y cada uno de los ámbitos que conforman una sociedad; ofreciendo otra mirada sobre los padecimientos mentales que contribuya a proporcionar cuidados con menos miedos y menos estigmatización; quienes los presentan, son seres que sienten, sufren y tienen las mismas necesidades que el resto de los individuos que componen la raza humana.

Considerando el momento histórico actual en el que se desenvuelve la vida, mantener la armonía emocional se vuelve cada vez más un desafío por la interacción cotidiana con diversos estresores que ponen en juego los distintos mecanismos de afrontamiento del ser humano.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente resulta relevante conocer el estado de Salud Mental en estudiantes universitarios de la Lic. en Enfermería del primer año de la carrera e identificar los factores o variables que puedan influir en la disminución del sentimiento de bienestar y los direcciona hacia el desarrollo de Malestar Psicológico, lo que constituiría una variación de las funciones cognoscitivas, las que se alteran sensiblemente cuando se presenta esta entidad nosológica.

Los participantes del estudio vivencian diversos cambios, ajustes, como la transición entre la educación media y la superior, que no solo implica una mera forma de enseñanza-aprendizaje, sino también un sinnúmero de retos y desafíos que amalgaman sus estilos de vida.

El Estilo de Vida (EV) se conforma de diversos componentes, tales como la forma de vivir que acoge una persona o grupo, el modo de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos, etc. (Moreno-Murcia; Pavón-Lores; Gutiérrez-Sanmartín y Sicilia, 2005); los Estilos de Vidas que deberían ser razonados de forma integral debido a que surgen no solo de los patrones individuales de comportamiento sino también por la influencia de diversos factores, como económicos, sociales, culturales, ocupacional, etc. y se expresarían a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos frente a las diferentes situaciones de la vida (Ferrel-Ortega; et. al. 2014).

Metodología:

Tipo de estudio: el trabajo es de corte cuantitativo, con un diseño no experimental, retrospectivo, descriptivo (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2010).

Participantes. Estudiantes de primer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de San Luis; 128 estudiantes en total 115 mujeres (90%) y 13 hombres (10%). La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 18 a los 51 años, con una edad promedio de 23,45 años (DE = 5.76).

Instrumentos: se administró un cuestionario elaborado Ad-Hoc sobre Estilos de Vida que indagaba sobre horas de sueño, actividades de ocio y recreación, alimentación, entre otros variables y la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10) (1994), adaptada en Argentina por Brenlla y Aranguren (2010). Se trata de una escala de despistaje (screening) para evaluar el riesgo de presentar síntomas de ansiedad o depresión, considerados trastornos mentales comunes; se trata de una de Escala Likert de 5 opciones (Siempre a Nunca), consta de 10 reactivos.

Procedimiento: el instrumento se aplicó en el aula de clase, previa autorización de los docentes responsables de los espacios curriculares, se solicitó la colaboración de los estudiantes expli-

cándoles el objetivo de la investigación, indicando que la participación era voluntaria y anónima. Al final de esta intervención los estudiantes firmaron un consentimiento informado previo a la cumplimentación del instrumento, una vez recolectados los datos se procedió a realizar la captura de la información con el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para su análisis.

Resultados: Análisis e Interpretación

El total de los encuestados fueron 128 estudiantes, de los cuales el 89,84% (n= 115) son mujeres y el 10,16% (n= 13); el 53,1% (n= 68) expresó estar en una relación y el 46,9% (n= 60) manifestó estar solo; la mayoría tiene hijos 70,3% (n= 90) mientras que solo un porcentaje menor 29,7% (n= 38) aún no eran padres; la mayoría de los encuestados refirieron no desarrollar tareas laborales administrándose a nivel económico con los ingresos provenientes del grupo familiar, planes sociales, becas o combinaciones de estas; describiendo su situación económica como regular (n= 57) y buena (n=47):

Respecto a los estilos de vida mencionaron dormir de lunes a viernes un promedio de siete horas y medias, mientras que los fines de semana se ampliaría a nueve horas; en relación a la alimentación la comida que predomina es el almuerzo y rara vez los estudiantes desayunan; la población en estudio en su gran parte 62,5% (n= 80) refirió que a veces realiza actividades de movimiento que requieren un mayor gasto de energía tales como andar en bicicleta, caminar, correr jugar al fútbol, jugar al vóley, entre otros, y la mayor parte el 48,4% (n= 62) nunca realiza actividades sociales; mayoritariamente realizan prácticas de sexo seguro el 91,4% (n= 117) mientras que un bajo porcentaje 8,6% (n= 11) manifestó una percepción antagónica; en lo que respecta a conductas poco saludables se observa: ingesta de agua por debajo de los niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud (2012) y consumo de alcohol y cigarrillos. Los participantes percibieron su estado de salud actual, como buena en un 46,9%.

La mayoría de los estudiantes presentó niveles bajos de Malestar Psicológico (MP) en un 57, 8% (n= 74), mientras que el 42,2% (n= 54) mostró niveles moderados y alto de MP en su salud mental.

El presentar un nivel moderado de Malestar Psicológico indicaría que la tendencia en esta población en estudio estaría presente y si se considera el nivel alto de MP, la suma de ambos indicaría un resultado importante donde se reflejaría que una proporción de los estudiantes presentan en su salud mental síntomas de cansancio, inquietud, nerviosismo e incertidumbre.

Tabla N° 1: Niveles de Malestar Psicológico en los estudiantes de primer año de la Carrera Lic. en Enfermería de la UNSL, año 2018. N=128.

Nivel	%
Bajo	57,8%
Moderado	17,2%
Alto	25,0%
N	128

Fuente: Escala de malestar Psicológico de Kessler (K-10)

Conclusiones

Con base a los resultados informados se infiere que un nivel moderado de Malestar Psicológico estaría indicando una tendencia considerable de presentar síntomas de cansancio, inquietud, nerviosismo, desesperación, tristeza e inutilidad en estos estudiantes. Cabe comprender que los padecimientos mentales no se encuentran confinados solo dentro de los perímetros de una institución dedicada a este fin, sino que se encuentran insertos en la sociedad en que nos desenvolvemos, pudiendo afectar parcial y temporalmente la vida del individuo; por lo que nadie se encuentra exento de padecer en algún momento de su ciclo vital una alteración en su salud mental.

La República Argentina cuenta con un marco ético legal que asegura el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas que habitan el territorio nacional: Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la que es reconocida por la OPS y la OMS como la más vanguardista en la región y ejemplo a seguir a nivel mundialmente.

El Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación de la presente ley, recomienda que las universidades enfoquen la formación de profesionales de la salud, a la luz de prácticas que promuevan dicho marco normativo.

Sugerencias

Ante lo mencionado y considerando los resultados obtenidos que en la presente investigación, donde un porcentaje significativo de los mismos presentan un conjunto de síntomas que conformarían el constructo Malestar Psicológico.

Se sugiere la implementación de estrategias (talleres de educación emocional, técnicas de relajación y respiración, entre otras) dentro de la casa de altos estudios que propicien el desarrollo del individuo, haciendo de la universidad un entorno promotor de salud para los estudiantes, intervención que no solo redundará en el bienestar de los estudiantes sino que posteriormente impactará sobre la sociedad por tratarse de futuros profesionales de la salud, que estarán al cuidado de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Brenlla, M.E., Aranguren, M. (2010). "Adaptación Argentina De La Escala De Malestar Psicológico De Kessler (K10)". En *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú* 28(2). [On Line] <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/adaptacion-argentina-escala-malestar-kessler.pdf>
- Ferrel Ortega, F., Ortiz Gonzalez, A., Forero Ortega, L., Herrera Ospino, M., Peña Serrano, Y. (2014). "Estilos De Vida Y Factores Sociodemográficos Asociados En Adolescentes Escolarizados Del Distrito De Santa Marta, Colombia". En *Revista Duazary* ISSN: 1794-5992 11(2). 105-114 [On Line] file:///D:/Users/PC/Downloads/Dialnet-EstilosDeVida-YFactoresSociodemograficosAsociadosEn-4949420.pdf
- Hernández Sampieri, Fernandez Collado y Batista. (2010). "*Metodología de la Investigación*". Quinta ed. Ed. Mc Graw Hill. México.
- Ministerio De Salud. (2013) "*Ley Nacional De Salud Mental N° 26.657 Decreto Reglamentario 603/2013*" Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. República Argentina. [On line] http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf
- Moreno Murcia, J., Pavón Lores, A., Gutiérrez Sanmartín, M., Sicilia, A. (2005). "Motivaciones De Los Universitarios Hacia La Práctica Físico-Deportiva". En *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, vol. 5 N° 9. [On Line] <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista19/artmotivaciones7.pdf>
- Oblitas Guadalupe, L. (2010). "*Psicología de la salud y calidad de vida*". Tercera ed. Ed. Cengage Learning Editores S.A. México.

SUICÍDIO EM TEMPOS DE ISOLAMENTO SOCIAL

Maia De Oliveira, Rosa Maria; Maia De Oliveira, Marcos Antonio; Caricol Iaralham, Luciano; Parreira, Amanda
Centro Universitário e Colégio Carlos Drummond de Andrade. Penha de França, São Paulo, Brasil

RESUMEN

As taxas de suicídio vêm aumentando ano a ano no mundo todo e, independe se o país é desenvolvido ou não, população com qualidade de vida ou não. Observamos que os índices de suicídio têm aumentado no atual cenário do COVID-19. Fatores como isolamento social, novas formas de consumo, não consumo, relações com seus familiares, contato com seus parceiros, interrupção de relações, convívio em tempo integral com filhos e necessidades de organizar rotina dos mesmos, a própria rotina para trabalhar home office, abandonando o modelo que “sempre teve”, trazem uma instabilidade emocional abalando a saúde mental de muitos. Enquanto alguns da classe média lidam com a depressão e tédio, a classe mais baixa enfrenta a fome e miséria. A pandemia nos mostra de forma cruel, a desigualdade social. As autoridades determinam o “#fique em casa”, porém, este ficar em casa, leva a loucura muitos chefes de família que dependem do trabalho do dia, para levar o sustento para a família a noite. A partir do momento em que lhe é tirado este direito, seu emocional fatalmente é abalado, e ao sentir a impotência perante o mercado de trabalho e incapacidade de manter sua família, acaba perdendo a razão de viver.

Palabras clave

Relações - Saúde - Perdas - Suicídio

ABSTRACT

SUICIDE IN TIMES OF SOCIAL ISOLATION

Suicide rates have been increasing year by year worldwide and, regardless of whether the country is developed or not, population with quality of life or not. We observed that suicide rates have increased in the current scenario of COVID-19. Factors such as social isolation, new forms of consumption, non-consumption, relationships with their families, contact with their partners, interruption of relationships, full-time living with children and the need to organize their routine, their own routine to work at home office, abandoning the model that “always had”, brings emotional instability shaking the mental health of many. While some of the middle class deal with depression and boredom, the lower class faces hunger and misery. The pandemic shows us social inequality in a cruel way. The authorities determine the “# stay at home”, however, this stay at home, drives many heads of households who depend on the day’s work to bring the family support at night. From the moment that this right is taken away, his emotional fatality is shaken, and when he feels impotence in

the job market and inability to maintain his family, he ends up losing his reason for living.

Keywords

Health - Relations - Suicide - Losses

O tema suicídio, sempre foi um tema de necessária atenção da sociedade como um todo

É certo também, que as relações na modernidade se tornaram diferentes como diz **Zygmunt Bauman**.

O autor em suas obras fala de uma nova modalidade de relações sociais.

“As relações hoje, passaram a ser líquidas isso significa que muitas vezes, as pessoas se preocupam mais com o ter, do que com o ser. Isso leva a escravidão mental e dívidas muitas vezes que se tornam bola de neve”. **Zygmunt Bauman**, 2004, p.96.

Porém no atual momento, “o ter”, não torna ninguém melhor que ninguém, pelo contrário, reduz o ser, mostrando carências e necessidades mais profundas do ser humano, independente de classe social. O status, classe social, neste momento, passa a outro plano. Os sentimentos de angústia, solidão, medo de contaminação pelo ar, pelo contato físico, alterou as relações sociais. Existem pessoas que não querem se relacionar sexualmente com seus parceiros, podemos acreditar que tal atividade poderá contaminar ambos pelo vírus Covid-19. É fato também que a vida sexual dos da sociedade no século XXI, vem diminuindo, pois, a tecnologia, se apresenta mais atrativa como fonte de prazer que a própria relação sexual. No cenário atual viver na mesma casa e dormir na mesma cama está se tornando um perigo para muitas pessoas no mundo. As novas plataformas tecnológicas, têm proporcionado condições de novas relações sociais e até mesmo possibilidades de sexo virtual. O momento atual nos mostra de forma quase que forçosa a necessidade de entrar em contato com o ambiente familiar, com o casamento, e com sua própria solidão, sua própria companhia.

As necessidades do ser humano propostas na pirâmide de Abraham Maslow (1908-1970) dispostas em hierarquias, e **níveis de importância**, desde a fisiologia humana até as necessidades mais elevadas, como a **auto realização, hoje são vividas de forma intensa as bases da pirâmide**.

Segundo Maslow (1954), as necessidades básicas são:

FISIOLOGIA: As necessidades básicas de sobrevivência como comida, bebida, sono, respiração, relação sexual;

SEGURANÇA: Necessidade de proteção contra perigos, doenças, instabilidade financeira;

RELACIONAMENTOS: Relações interpessoais e relacionamentos afetivos;

ESTIMA: Desenvolvimento de autoconfiança, autonomia e autoestima;

AUTO REALIZAÇÃO: Realização pessoal e propósito.

No atual cenário, as necessidades desta pirâmide passam a existir de uma outra forma.

As necessidades de segurança, estão abaladas pois não há a certeza da saúde e muito menos da estabilidade financeira para muitos.

Relacionamentos, estão em outro formato, hoje virtualmente e com o medo presente do risco de contaminação.

Estima; como estar autoconfiante com risco de perda de emprego ou não saber se terá outro emprego amanhã e quando será o amanhã?

Auto realização passa a ser vivida no presente, o estar vivo, significa estar realizado.

As pessoas caminham em busca do preenchimento de necessidades, lacunas, e carências internas que neste momento estão mais presentes, pois suprir as necessidades básicas talvez seja menos difícil para alguns e muitas vezes muito difícil para a grande maioria da população. Porém, necessidades sociais, não podem ser satisfeitas, justamente pela necessidade do isolamento que acentua a solidão e “piora” a depressão.

Aí se agravam os dramas mentais, os fantasmas, a insônia, o estar deprimido, a depressão a falta de perspectiva chegando ao triste quadro do suicídio.

Ao entrar em contato, com sua realidade a angústia de não poder estar em contato social (amigos, familiares, colegas) e ser sua própria companhia, é algo assustador para muitos, soma-se ao sentimento de impotência pelo fator econômico. O homem se realiza trabalhando, sentindo se útil. A teoria dos dois fatores de Herzberg (1923), norteiam as relações entre as empresas e seus trabalhadores ainda hoje século XXI, e são válidas embora em outro formato por influência das novas tecnologias, devem ser considerados.

Teoria dos Dois Fatores de Herzberg

A teoria proposta por Frederick Herzberg(1923), aborda os fatores que influenciam na motivação das pessoas. Os fatores motivacionais chamados intrínsecos que levam o homem a satisfação, estão relacionados ao trabalho. Fatores motivacionais neste caso estão relacionados ao cargo, desafios, carreira e desempenho que levam ao crescimento e reconhecimento profissional. É a chamada auto realização.

Neste momento fatores relacionados ao cargo, os chamados fatores intrínsecos são os mais fragilizados. Os trabalhadores em sua grande maioria, não conseguem muitas vezes sentirem-se realizados em suas funções, salvo algumas exceções. Portanto, auto realização, comprometida.

Como fatores motivacionais extrínsecos, o autor aponta os fatores ligados ao ambiente organizacional, chamados fatores higiênicos estão relacionados salário, tipos de supervisão, condição física e ambiental, ainda neste quesito temos política organizacional e outros.

Com o cenário atual, a condição ambiental e os fatores extrínsecos motivacionais, precisou ser adaptado à residência de cada um dos colaboradores. Alguns, com conforto e bem-estar bom sinal de internet, a grande maioria, quando falamos de Brasil, sem conforto, sem sinal de internet, sem espaço, sem respeito a individualidade, pois em um espaço um ou dois cômodos onde “residem” quatro, cinco ou mais pessoas. Neste caso, como manter a saúde mental?

As residências nem sempre são adequadas para o home office e as famílias muitas vezes estavam acostumadas a um formato de trabalho tradicional. O trabalho para uma parcela da sociedade, ainda é sair de casa e ir até a empresa, o que leva a família, a de forma inconsciente, respeitar muito pouco o espaço do membro que agora desenvolve atividade home office, afinal, ele “está em casa”. Estes fatores todos somados, agregam as causas agravantes das doenças mentais.

Os problemas na economia gerados pelo fechamento do comércio e isolamento motivados pelo Covid-19, trouxeram prejuízos com fechamento definitivo de empresas, cada empresário um desespero, cada empresa, vários desempregados e assim várias famílias sofrendo. Um chefe de família facilmente se desespera com desemprego sem poder suprir as necessidades básicas de seus filhos e vida digna de sua família. O desespero, é início para pensar em tirar a própria vida por uma impotência vivida de forma intensa.

As empresas que conseguiram se manter, tem o desafio neste momento de isolamento social e novas relações de trabalho, o desafio maior é manter a saúde mental das pessoas. Como a empresa em situação bastante difícil pode reinventar a forma de trabalho com seus colaboradores e zelar pela saúde mental de cada colaborador?

As empresas buscam formas de reinvenção, buscando recuperação econômica, manutenção das atividades, ao mesmo tempo, muitas tentam manter seu quadro de colaboradores, ou seja, também buscam a saúde mental e lutam contra a morte com certa “previsão”. Organizações que estavam preparadas para o trabalho home office, ótimo, as que não estavam buscaram a re-invenção. No outro extremo, temos o colaborador que passa por momento de insegurança tanto em relação ao vínculo empregatício, capacidade de trabalhar em novas plataformas e novos formatos e todas as dificuldade já citadas.

Observamos um aumento dos quadros de depressão, insônia, sentimento de tristeza, desânimo.

As mudanças marcantes na personalidade ou nos hábitos; comportamento ansioso, agitado ou deprimido; piora do desempenho na escola, no trabalho e em outras atividades que costumava manter; afastamento da família e de amigos; per-

da de interesse em atividades de que gostava; descuido com a aparência; perda ou ganho inusitado de peso; mudança no padrão comum de sono; comentários auto depreciativos persistentes; comentários negativos em relação ao futuro, desesperança, momentos de tristeza, irritabilidade, raiva, de comentários sobre morte, sobre pessoas que morreram e interesse por essa temática; doação de pertences que até então valorizava; pode ser uma expressão clara ou velada de querer morrer ou de pôr fim à sua vida. (BOTEGA, 2015).

O comportamento suicida está associado também aos transtornos de humor, especialmente depressão maior que se destaca por estar presente em grande parte dos casos de suicídio. De acordo com o DSM- IV (2003), os critérios diagnósticos para depressão são sentimentos de inutilidade, culpa excessiva, importante perda ou diminuição do interesse e do prazer pelas atividades diárias e pensamentos frequentes relacionados à morte. No atual cenário, os efeitos do isolamento social pelo COVID-19, estão presentes na sociedade, que já apresentava um comportamento com altos níveis de depressão. A agressividade e impulsividade são características associadas às pessoas com predisposição a cometer suicídio (CHACHAMOVICH et al., 2009). Observamos aumento nos índices de violência doméstica, feminicídio e violência infantil.

Comportamentos que apresentam tendências autopunitivas extremas, caracterizadas predominantemente por sentimento de culpa, estão associadas aos acidentes fatais, avaliados como suicídio. Segundo Goldim et. al. (2004), o suicídio pode ser mascarado através de acidentes de trânsito, com armas de fogo, quedas e omitidos pela mídia, pois é temido que as divulgações instiguem outras pessoas a cometerem o mesmo ato. Neste sentido de queda de acidentes rodoviários, citaremos a cidade de São Paulo.

... "Total de acidentes recuou de 876 para 467 entre uma semana e outra, segundo dados da Secretaria Estadual de Logística e Transportes." Por Léo Arcoverde e Daniella Gemignani, Globo-News 04/04/2020

Segundo Daolio (2012) o suicídio é um fenômeno multideterminado, permeado por violência e muito presente na sociedade. No momento atual onde a sociedade está forçosamente tendo que lidar com perdas, com impotência, solidão, relações saudáveis ou tóxicas, crianças sem limites ou não, mas que mostram a atuação da família, pais ou responsáveis ou falta destes no processo educacional, observamos o desespero de muitas pessoas e o sentimento de impotência, e desejo por fim a própria vida. O sentimento de solidão aumenta a depressão e sentimento de abandono. As pessoas muitas vezes passam a sentirem-se dispensáveis, inúteis e acreditam-se incapazes para lidar com a dor e o mundo real presentes no cotidiano de isolamento social. É fundamental que a sociedade se coloque de forma atenta a estes sinais, e perceba a importância da saúde mental na sociedade neste momento de COVID-19.

A morte através de suicídio é um sério problema de saúde pública. O suicídio é um fenômeno complexo que é provavelmente determinado pela interação de diversos fatores, entre os quais a constituição biológica do indivíduo, sua história pessoal, eventos circunstanciais, bem como o meio ambiente. Na maioria dos países, o suicídio se encontra entre as primeiras 10 causas de morte para indivíduos de todas as idades. Neste momento de pandemia podemos observar que segundo pesquisas e noticiários, depoimentos de pacientes, atendimentos que hoje acontecem na modalidade online, observamos medo, insegurança e pouca ou até mesmo, falta de desejo de continuar vivendo.

O suicídio não ocorre apenas em países de alta renda, sendo um fenômeno em todas as regiões do mundo. De fato, 79% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média renda em 2016, acreditamos que hoje 2020, este número tenha aumentado significativamente, pois antes da pandemia, já observamos um aumento em números de suicídio, uma vez que as relações se tornaram cada vez mais líquidas (BAUMAN 2004)

Sabemos que vários fatores contribuem para que aconteça o comportamento suicida, dentre eles podemos citar o enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados com o comportamento suicida. As taxas de suicídio também são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI); e pessoas privadas de liberdade. Portanto, fica claro que pessoas privadas de liberdade, podem vir a cometer suicídio, pessoas que sofreram perdas das mais diversas formas, desde entes queridos, empregos, amigos, etc. Por ser o suicídio um tema complexo e multifatorial, é necessários esforços de prevenção que envolvam a colaboração e envolvimento de diversos setores da sociedade, desenvolvimento que envolvam os diversos setores da sociedade, incluindo saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa e mídia. Políticas públicas com estratégias que possam alcançar a auto estima o sentimento de pertencimento e valorização da vida, o atendimento psicológico com acesso a grande maioria da população, são ações que podem atuar na forma preventiva do suicídio

A média no Brasil, segundo o DataSus (2020), é de 6 suicídios a cada 100.000 habitantes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020) informa que o Brasil é um dos países mais ansiosos do mundo, onde 18,6 milhões de brasileiros (9,3% da população) convivem com o transtorno.

Paralelamente à pandemia, no mundo com o cenário atual, vive-se uma outra pandemia silenciosa, que é entendida pela OMS como o "mal do século", que é a depressão e as ideações suicidas.

A cada 100 mil habitantes, aumentou-se 7% no Brasil, ao contrário do índice mundial, que caiu 9,8%, alerta a OMS.

Considerações finais

Acreditamos que se faz necessário um sensível olhar pensante por parte da sociedade como um todo, no sentido de que os sinais de que algo não está bem com nosso ente querido, amigo ou parceiro pode estar visível ou não. Um sorriso forçado, uma recusa para uma reunião (mesmo que seja virtual) uma introspecção um tanto mais exacerbado dentre outras alterações de comportamentos, devem ser vistas com carinho. A solidão, a angústia, alteração de humor, peso, hábitos. Alguém que aparentemente se mostra feliz hoje, pode ser o candidato a suicida de amanhã.

Precisamos romper paradigmas e buscar ajuda profissional enquanto há tempo, os dados aqui apresentados, não mostram os índices do período de abril a junho de 2020, pois acreditamos que sejam preocupantes, embora os números mundiais estejam em queda (ressaltando que o Brasil ainda está em alta), os índices ainda são preocupantes, pois aproximadamente mais de 800 mil pessoas acabam com suas vidas todos os anos no mundo, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos.

Acreditamos que a psicologia positiva é um caminho para que as organizações possam trabalhar a questão da positividade com seus colaboradores mesmo de forma remota. A humanização através de lives poderá oferecer também momentos de reflexão e busca de qualidade de vida no trabalho (QVT) desde que utilizado de forma estratégica pelas organizações na gestão de pessoas como proposta de qualidade de vida e saúde mental em tempos de pandemia.

Que este momento sirva como reflexão para um novo modo de viver.

Reencontrar-se, rever crenças e valores, definir ou redefinir prioridades, entender que sim, precisamos uns aos outros porque juntos somos mais fortes (uma das hashtags mais utilizadas).

O essencial é entender que no automático será sempre um dia a menos e mais, não olhando para o lado, deixando de exercer de fato a empatia e não percebendo que essa pandemia silenciosa pode de fato, levar o que temos de mais valioso em nossas vidas: saúde, tempo, falta de propósito, objetivos e sonhos, além de pessoas que amamos, temos afinidades e o desconhecido que você viu no noticiário. Mas qual setor que podemos recorrer, buscar apoio?

Aqui fica a reflexão para a importância das políticas públicas, das políticas de gestão de pessoas nas organizações, nos trabalhos de psicoterapias, e no trabalho voluntário de muitos profissionais.

A todos, mas podemos começando por nós mesmos.

Quanto mais eu me conheço, mais eu me curo e desenvolvo o que tenho de melhor por mim, por você, pelo mundo. Importante lembrar o quão difícil é reconhecer que necessita se de ajuda. Infelizmente os que mais precisam, são os que mais negam.

BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Zygmunt. Amor líquido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004, p.96.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed. [Links]
- Chachamovich, Eduardo; Stefanello, Sabrina; Botega, Neury; Turecki, Gustavo. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria, Campinas*, v. 31, n. 1, p. 18-25, 2009.
- Daolio, Edilberto Raimundo. Suicídio: tema de reflexão bioética. *Revista Bioética, Bragança Paulista*, v. 20, n. 3, p. 436-441, 2012
- Davis, Keith; Newstrom, John W. 2004. *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional - volume 2.*, 3. ed. São Paulo: Pioneira, 194 p.
- Goldim, José Roberto, et. al. Suicídio e Bioética. In: WERLANG, Blaca Guevara; 18 Rev.2004
- Herzberg, Frederick I. 1968. "One more time: how do you motivate employees?" *Harvard Business Review, Boston*, v. 46, n. 1, p. 53-62, jan. /fev. 1968.
- Hersey, Paul; Blanchard, Kenneth H. 1986. *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU.

LINKS

- GloboNews [www. Link Léo Arcoverde e Daniella Gemignani](http://www.globo.com) (acesso em 04/04/2020)
- <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-04-27/a-cidade-que-mata-o-futuro-em-2020-altamira-enfrenta-um-aumento-avassalador-de-suicidios-de-adolescentes.html> (acesso em 30.05.2020)
- <https://academiamedica.com.br/blog/impactos-psiquicos-de-uma-quarentena/> (acesso em 30.05.2020)

ACUERDOS Y DESACUERDOS ENTORNO A LAS PANDEMIAS

Masciadri, Viviana
 CONICET. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Este trabajo tiene el propósito de dar algunos elementos que permitan reflexionar y comparar los comportamientos humanos ante dos tipos de pandemias: la violencia en tanto pandemia social y la pandemia por el COVID-19, ambas reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los profesionales de la salud pública y sus colaboradores como prevenibles.

Palabras clave

Pandemia - Violencia - COVID-19 - Salud pública

ABSTRACT

AGREEMENTS AND DISAGREEMENTS AROUND PANDEMICS

This work give some elements to reflect and compare human behaviours in two types of pandemics: violence as a social pandemic and the pandemic by COVID-19, both recognized by the World Health Organization (WHO), public health professionals and their collaborators to be prevented.

Keywords

Pandemic - Violence - COVID-19 - Public health

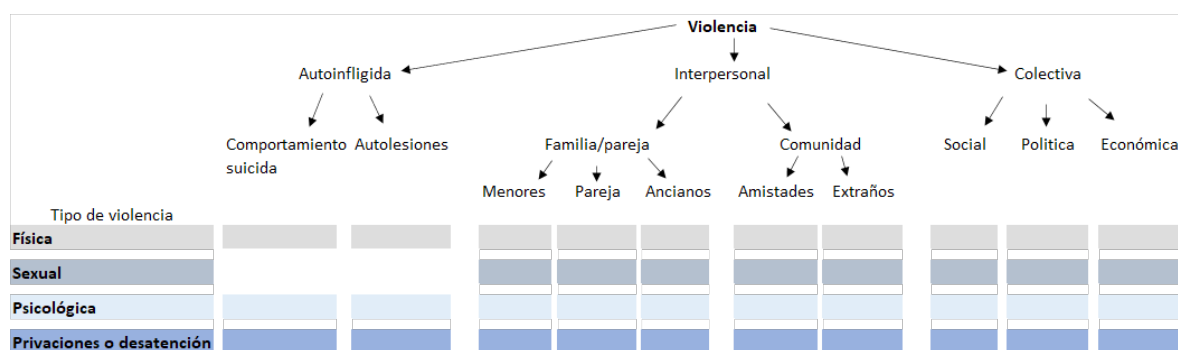
Este trabajo tiene el propósito de dar algunos elementos que permitan reflexionar y comparar los comportamientos humanos ante dos tipos de pandemias: la violencia en tanto pandemia social y la pandemia por el COVID-19, ambas reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los profesionales de la salud pública y sus colaboradores como prevenibles. Para ello presentaré dos enunciados.

- En 1993 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y luego, la Asamblea Mundial de la OMS declararon a la violencia

como la pandemia social del siglo XX. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró pandemia al COVID-19. Sin embargo, el consenso social en torno al reconocimiento de ambas pandemias no es unívoco.

En el prólogo del *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*, Nelson Mandela reconoce el obstáculo que la violencia representó durante todo el siglo XX pues las nuevas tecnologías sirvieron a las ideologías de odio como sustrato. Así, las próximas generaciones que aprendieron de sus predecesores lograron que perduren las condiciones sociales que favorecen y favorecieron la violencia, al punto que “Ningún país, ninguna ciudad, ninguna comunidad es inmune” (OPS, 2002: V). Pese a su ubicuidad se conoce que es posible prevenirla y reorientar las culturas en las que impera cuando, las respuestas que la justicia penal y los derechos humanos dan a la violencia se complementan con instrumentos propios de salud pública (OPS, 2002: 4). Hay que destacar que dicho *Informe* se propuso “cuestionar el secretismo, los tabúes y los sentimientos de inevitabilidad que rodean al comportamiento violento, y alentar un debate” (OPS: 2002: 3) que amplíe los conocimientos sobre su complejidad. La OMS define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS: 2002: 5). La violencia puede dividirse en grandes categorías según el autor del acto violento en: dirigida contra uno mismo, interpersonal y colectiva. A su vez, estas amplias categorías se subdividen para identificar tipos de violencia más específicos y en distintas escalas.

Esquema 1. Clasificación de la violencia



Fuente: OPS, 2002.

No cabe duda de que la violencia es un tema de salud pública lo que motivó la declaración de la OMS en relación con el conflicto armado en Libia y la pandemia de COVID-19 pues ambos “ponen en peligro la salud y la seguridad de toda la población” (OMS, 2020). Dicho conflicto que se desencadenó hace nueve años, condujo a que alrededor de 400 000 libios hayan sido desplazados y aproximadamente la mitad de estos desplazamientos se produjeron durante 2019 “a raíz de los ataques sufridos en Trípoli, la capital del país”. El breve panorama presentado por la OMS menciona la situación alarmante de migrantes y refugiados siendo las mujeres, los niños y las niñas los grupos más afectados. Los bombardeos incluyen hospitales y establecimientos sanitarios además de que se ha dañado la infraestructura de abastecimiento de agua lo que impide y/o dificulta la práctica de medidas básicas de prevención antivirica e higiénicas, como el lavado de las manos.

· Los medios de comunicación masiva han saturado las vías comunicacionales referidas al lavado de manos, al distanciamiento social y a la difusión del número de casos sobre COVID-19. Pese a que en situaciones corrientes o de desastres como una pandemia se admite que el aislamiento social produce alteraciones anímicas no se lo asocia con la manifestación de conflictos psicosociales latentes como el racismo y la xenofobia, y tanto en situaciones corrientes o de desastres no se mencionan los factores coadyuvantes.

Ubicada en la zona central de la República Popular China con una población aproximada de 11 millones de habitantes, Wuhan la capital de la provincia de Hubei, es una ciudad donde confluyen actividades políticas, económicas, financieras, comerciales, culturales y educativas motivo por el cual cuenta con una vasta red de transporte aéreo y terrestre además de que se encuentra próxima a “Las Tres Gargantas”, la central eléctrica más grande del mundo. Localiza en la confluencia de los ríos Yangtsé y Han, el puente sobre el río Yangtsé atraviesa la ciudad favoreciendo el tráfico por tratarse de un río navegable donde circulan personas y mercancías, aunque se ubique en el primer puesto de una lista de los 20 principales ríos contaminantes del mundo según el modelo global de insumos de plástico fluvial. Se conoce que el plástico fluvial en ambientes acuáticos tiene efectos nocivos en los alimentos para consumo humano y en la salud de los ecosistemas marinos, además de que el 67% de la polución total por emisiones de plástico se produce en 17 ríos asiáticos varios ubicados en China: Xi (puesto 3), Huangpu (puesto 4), Mekong (puesto 11), Dong (puesto 13), Zhujiang (puesto 17) y Hanjiang (puesto 18). Las investigaciones especializadas mencionan que, pasada la segunda guerra mundial, el uso del plástico se multiplicó en todo el mundo en una amplia variedad de aplicaciones como la pesca y la acuicultura con una producción global superior a 300 millones de toneladas anuales desde 2014 (Lebreton et al., 2017:1-3; Ciencia Hoy, 2019).

Dicho de otro modo, a finales de 2019 la ciudad de Wuhan que

alberga un mercado de mariscos en un medio de degradación ambiental se convirtió en el foco de aparición de un nuevo beta-coronavirus, SARS-CoV-2 donde un gran número de personas se infectaron dando origen a una pandemia de rápida propagación desde China hacia un gran número de países (Johns Hopkins University, 2020a,b; Pan American Health Organization, World Health Organization, 2020). No hay que soslayar que el *Latest Nextstrain COVID-19 situation report* que utiliza datos genómicos públicos para el seguimiento de la propagación del SARS-CoV-2 indica que existen cepas del virus que se hospedan en el medio ambiente (GISAI, 2020).[1] Otras publicaciones científicas han establecido, asimismo, que el SARS-CoV-2 puede persistir en el plástico hasta 9 días como resultado de la contaminación de superficies inanimadas siendo un factor relevante de transmisión (Kampf, Todt, Pfaender y Steinmann, 2020). Al punto que a través de la prensa local se conoció que, en abril de 2020, la capital francesa cerró parte de su red tras identificar signos de covonavirus en el agua utilizada para limpiar calles y regar jardines públicos (Clarín, 19/04/2020). Un estudio denominado *Microplastic contamination in an urban area: a case study in Greater Paris* de 2015 aborda el problema previo a la pandemia en el río Sena (Dris, R. et al., 2015; Lebreton et al., 2017).

Es importante conocer que la producción mundial de plástico alcanzó los 322 millones de toneladas en 2015 incluyendo únicamente materiales plásticos (termoplásticos y poliuretanos) y otros plásticos (termoestables, adhesivos, recubrimientos y selladores) siendo China, la Unión Europea y América del Norte los mayores productores con el 27,8%, el 18,5% y el 18,5% de la producción total, respectivamente (Lusher, Holman y Mendoza-Hill, 2017: 12). Se sabe que los microplásticos[2] tienden a atraer contaminantes persistentes y bioacumulables presentes en el agua y en organismos vivos (invertebrados marinos, bacterias, hongos, virus) que los utilizan como sustrato. Además, se los ha observado en más de 220 especies de animales marinos (excluidos aves, tortugas y mamíferos) que los han ingerido y la mitad de estas especies tienen importancia comercial (OMC, 2019; FAO, 2018: 177). También se conoce que los virus, como otros microbios se unen a las partículas en el medio ambiente a través de interacciones complejas reversibles e irreversibles, por lo que su destino y transporte está asociado con la ubicación de las partículas presentes. Dado que los microplásticos se encuentran principalmente en el intestino de los animales, no es probable que los filetes de pescado y otros productos que no incluyen el intestino sean una fuente de microplásticos pero los peces, crustáceos y moluscos pequeños que se ingieren con los intestinos son la principal causa de preocupación en cuanto a la exposición alimentaria a los microplásticos a través del consumo de pesca y productos acuícolas[3] como los que se comercializaron en el mercado de Wuhan cuando se desarrolló la pandemia. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en los últimos años, el 70% de las nuevas enfermedades en humanos tuvieron ori-

gen animal y más de 200 enfermedades se transmiten por los alimentos dejando 420.000 personas muertas al año (Durlach y Martino, 2018: 4).

A la facilidad de los desplazamientos de los viajeros que actuaron como huéspedes del Covid-19 se la limitó mediante el cierre de las fronteras terrestres, aéreas y marítimas (Palaniappan, Dave y Gosine, 2020). Según datos del Observatorio COVID-2019 América Latina y el Caribe de la CEPAL, todos los Estados miembros del Mercosur realizaron acciones para restringir o prohibir el ingreso de viajeros extranjeros y clausuraron los pasos fronterizos incrementando los controles, además de que se inhabilitaron las reuniones masivas. En el cuadro 1 se resumen las acciones implementadas en materia de movilidad, salud, economía, empleo, protección social, educación y género a partir de la pandemia de COVID-2019 y se presenta la tasa de incidencia por COVID-2019 entre marzo y mayo de 2020 y otros datos poblacionales.

Según el *COVID-19 Information System for the Region of the Americas*, hasta el 2 de junio de 2020 los 10 países con mayor tasa acumulada de incidencia en la región son: Chile (568,6 por cien mil), Estados Unidos (543,3 por cien mil), Perú (515,7 por cien mil), Islas Malvinas (373,2 por cien mil), Panamá (320,7 por cien mil), Brasil (247,7 por cien mil), Canadá (244,2 por cien mil), Ecuador (229,1 por cien mil), Islas Caimanes (228,2 por cien mil) y Bermuda (226,4 por cien mil). Es decir, entre los países del Mercosur sólo en Brasil el impacto de la pandemia fue mayor con amplias diferencias según áreas y ciudades.

Es importante observar que en la región entre los más afectados se encuentran las islas Malvinas, Caimanes y Bermuda y Panamá, áreas con una mayor exposición a las aguas costeras contaminadas por plástico. Los estudios indican que, en América del Sur, los ríos Elqui, Maipo, Biobío y Maule exhiben concentración numérica de microplásticos y presencia de deposición de basura en las orillas. Asimismo, las concentraciones de plástico superficial mostraron una correlación con las densidades de población humana y la proporción de desarrollo urbano en las cuencas alrededor de la Bahía de Chesapeake (Yonkos, et al., 2014; Rech, S. et al., 2015; Lebreton, 2017). Por ello no hay que soslayar los desequilibrios en la urbanización previos a la pandemia y los problemas de salud ambiental imperantes que es probable se encuentren asociados a las altas tasas de incidencia por Covid-19 en los departamentos de Amazonas en Colombia (2.478,16 por cien mil) y Amazonas en Brasil (1.070,0 por cien mil) (JHU CSSE, 2020; Pan American Health Organization, World Health Organization, 2020). Los estudios indican que el río Amazonas que recorre Brasil, Perú, Colombia y Ecuador se ubica séptimo en el ranking de los ríos más contaminados del planeta junto con el río Magdalena que atraviesa Colombia situado en el puesto quince. El modelo global de vertido de insumos plásticos de los ríos a los océanos analiza la gestión de residuos, densidad de población e información hidrológica estimando que entre 1,15 y 2,41 millones de toneladas de residuos plásticos

entran al océano cada año desde los ríos, con más del 74% de las emisiones entre mayo y octubre (Lebreton, 2017). Según evalúa la fundación *The Ocean Cleanup*, [4] una parte de esa basura oceánica viaja quedando atrapada en un vórtice de corrientes circulantes y si no se adoptan medidas, el plástico tendrá un impacto creciente en nuestros ecosistemas, nuestra salud y nuestras economías. Hay que remarcar que la crisis ecológica implica una “violación sistemática o crisis de derechos básicos” donde el debilitamiento de la sociedad difícilmente pueda ser evaluado puesto que “los peligros los produce la industria, los exterioriza la economía, el sistema legal los individualiza y la política los hace parecer inofensivos” (Beck, 1997: 509).

Es decir, los factores que elevan el riesgo de contraer enfermedades infecciosas en contextos de desastre son comunes a los distintos tipos de violencia y es necesario analizarlos en simultáneo (Cohen, 2020). Por ello organismos internacionales como OCHA, UNICEF, OIM, ACNUR, PMA, OMS y UNFPA realizaron una declaración conjunta a propósito de la asociación entre la violencia y las carencias que no se distribuyen de manera uniforme entre los diversos grupos de población. Se conoce que sobre todo en las áreas urbanas, los sectores carenciados no trabajan ni viven en un espacio indiferenciado sino en un ambiente usualmente contaminado con delicadas consecuencias para su salud presente y para sus capacidades futuras. En efecto, la globalización no es sólo de índole económica lo que ha develado situaciones previas a la pandemia como el malestar psicosocial que genera la carencia de agua potable asociada a problemas de salud ambiental como acontece en Argentina, por ejemplo (Masciadri, 2011; Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Se alude a las cifras de infectados por COVID-19 haciendo hincapié en la fortaleza del sistema de salud pública cuando logra elevar la esperanza de vida. Pero se está ante un error si el único objetivo es prolongar la vida de los adultos mayores (65 años y más) desatendiendo las necesidades del resto de la población dependiente (0-14 años) y del conjunto de la población potencialmente activa (15-64 años). Hay que destacar que para la CEPAL, la pandemia profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe pues las tareas de cuidado no sólo comprenden la producción de bienes y servicios esenciales para la vida como el salario, sino que también involucra la preparación de alimentos, la realización de tareas de apoyo físico y emocional, la transmisión de conocimientos y valores y el acompañamiento a las personas para garantizar el bienestar y esta interdependencia representa un derecho universal que se logra cuando existe la corresponsabilidad entre el Estado y la ciudadanía independientemente de su género. Existen estimaciones regionales que prueban que “el valor monetario de los cuidados de salud brindados en el hogar equivalía al 85,5% del valor de los servicios hospitalarios y que las mujeres aportaban con su trabajo un 72,2% de ese valor monetario” (Cepal, 2020: 2). Es decir, durante esta pandemia, el sistema sanitario se encuentra funcionando al máximo de sus capacidades, aun cuando gran

parte de la atención de salud se trasladó a los hogares pese a que no todas las viviendas cuentan con los servicios sanitarios básicos y estimaciones recientes establecen que sólo el 52% de los hogares de América Latina y el Caribe tiene acceso a internet. En síntesis, el Covid-19 elevó el nivel de exigencia global lo que implica que la región deberá afrontar la reorganización social de los cuidados para alcanzar la plena corresponsabilidad entre el Estado, el mercado y los hogares (Cepal, 2020: 4; OIT, 2020: 8-9). En cuanto al consumo se ha establecido que las compras compulsivas debido al pánico que generó el comienzo de la pandemia tuvieron una duración entre una semana y diez días (Keane y Neal, 2020) pero las contracciones del mercado a partir de las medidas de confinamiento podrían repercutir en incrementos de la violencia que se asocian con enfermedades psicoafectivas. En América Latina y el Caribe durante 2015, la tasa de mortalidad por lesiones intencionales[5] fue de 25,27 por cien mil y en varones el guarismo fue de 42,68 por cien mil con una diferencia de 34 puntos entre varones y mujeres. En los Estados miembro del Mercosur, el máximo corresponde a Venezuela con 108 puntos de diferencia entre las tasas de varones y mujeres, seguido de Brasil con 59 puntos de diferencia (cuadro 2).

No hay que soslayar que la violencia tiene consecuencias en el comportamiento y en la salud integral: 1) consecuencias físicas: lesiones abdominales, torácicas o cerebrales, quemaduras y escaldaduras, fracturas, desgarros y discapacidad; 2) salud mental y problemas de conducta: depresión y ansiedad, trastorno por estrés postraumático, abuso de alcohol y drogas, trastorno de la alimentación y del sueño, déficit atencional, hiperactividad, conductas de riesgo de todo tipo, tabaquismo; 3) salud sexual y reproductiva: embarazos involuntarios, abortos sépticos, enfermedades de transmisión sexual; 4) enfermedades crónicas: artritis y asma, cáncer, trastornos cardiovasculares, diabetes, problemas renales, hepatopatías y accidentes cerebrovasculares (OPS, 2002: 3).

En síntesis, el medio ambiente y la población en su conjunto precisan de acciones que propicien la salud ambiental, la salud mental y la salud integral ya que la violencia interpersonal, los conflictos colectivos o el maltrato resultante de la discriminación en cualquiera de sus esferas y sus formas han producido grandes pérdidas humanas a lo largo de la historia de la humanidad. La salud pública puede encontrar respuestas al avance de la violencia como indican las respuestas en el contexto de la pandemia del Covid-19 aunque si se postergan las medidas que comprendan al total de la población potencialmente activa (15-64 años), los daños en la salud mental y en el tejido que favorece la cohesión social se encuentra en un equilibrio inestable que amerita de un esfuerzo colectivo sin precedentes en lo relativo a la prevención del racismo y la xenofobia que de combinarse con la profundización de la crisis geopolítica, ecológica y la redistribución del poder económico, político y militar en un marco de resurgimiento de partidos de extrema derecha y aislacionistas pueden redundar en una pérdida de confianza mayor

(Latinobarómetro, 2017; CES, 2018; Szvalb, 2019; Masciadri, 2019; CEPAL, 2007, 2020; OIT, 2020). Como se dijo las nuevas tecnologías sirven a las ideologías de odio como sustrato y por ese motivo hoy más que nunca, la protección de datos personales “deberá reconsiderarse para gestionar eficientemente la crisis sanitaria. La seguridad de la infraestructura digital (por ejemplo, la prevención de la piratería informática de los centros de salud) se convierte en una cuestión de vida o muerte” (OPS, 2002; CEPAL, 2020a: 5; Masciadri, 2020). Tan delicada es la situación[6] que, en China, “dos de los ocho médicos de Wuhan que, en diciembre de 2019, alertaron sobre la gravedad del coronavirus y fueron hostigados y arrestados por ello, fallecieron en febrero y marzo” y de los seis médicos restantes se desconoce el paradero (Cardenal, 2020: 5). Dicho de otro modo, la pandemia del coronavirus ha generado desconfianza en varios países europeos sobre la conveniencia de confiar a Huawei el despliegue de las redes de telecomunicaciones 5G, “por ser «un proveedor de alto riesgo» para la seguridad nacional” alertando de la dependencia excesiva de China en dicho sector (Cardenal, 2020: 18).

NOTAS

[1] Véase, Filter by Host: Canine (1); Environment (8); Felis catus (1); Human (4236); Mustela lutreola (8); Panthera tigris jacksoni (1).

[2] El GESAMP (Joint Group of Experts on the Scientific Aspects of Marine Environmental Protection) está integrado por expertos de IMO/FAO/UNESCO-IOC/UNIDO/WMO/IAEA/UN/UNEP/UNDP que clasifican los microplásticos en: primarios, que se fabrican intencionalmente (pellets, polvos, exfoliantes) y secundarios, producidos por la degradación de piezas más grandes (bolsas o por la abrasión de los neumáticos de los automóviles con el uso). En el sector de la pesca y la acuicultura, la construcción, el uso, el mantenimiento y la eliminación de jaulas, boyas y envases son fuentes de microplásticos secundarios (FAO, 2018: 176).

[3] La producción acuícola mundial en 2016 fue de 80,0 millones de toneladas de pescado comestible. La producción de pescado comestible cultivado ascendió a 54,1 millones de toneladas de peces de aleta, 17,1 millones de toneladas de moluscos, 7,9 millones de toneladas de crustáceos y 938 500 toneladas de otros animales acuáticos. China es el principal productor de pescado comestible cultivado en 2016 (FAO, 2018: 5).

[4] Véase <https://theoceancleanup.com/>

[5] Según la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades, las Lesiones intencionales comprenden las autoinfligidas intencionalmente (suicidios), agresiones (homicidios), guerra y conflictos armados y otras lesiones intencionales. Los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso reúnen la morbimortalidad por: depresión unipolar mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastorno por consumo de alcohol, Alzheimer y otras demencias, Parkinson, esclerosis múltiple, trastornos por consumo de drogas, estrés post-traumático, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno de pánico, retraso mental y demás trastornos neuropsiquiátricos.

[6] Las publicaciones temáticas del *The New England Journal of Medicine* son de uso personal u otro con autorización.

Anexo
Cuadro 1. Acciones implementadas por país a partir de la pandemia de COVID-2019. Estados miembros del Mercosur, 2020

	Brasil	Argentina	Uruguay	Paraguay	Venezuela
Desplazamientos					
Total	15	5	8	3	7
Restricciones o prohibiciones a la entrada de viajeros extranjeros	6	2	1	1	1
Cierres y controles fronterizos	2	1	5	1	1
Controles fronterizos	1	1	1	0	1
Restricción o cierre de lugares públicos y reuniones masivas	6	1	1	1	3
Otros	0	0	0	0	1
Salud					
Total	38	5	7	6	8
1. Emergencia de salud	1	1	1	1	1
2. Cobertura obligatoria	1	0	1	1	0
3. Cuarentena obligatoria para viajeros extranjeros, casos confirmados o sospechosos	4	1	1	1	1
4. Cuarentena general obligatoria	9	1	2	1	2
5. Tipo de política para tomar una prueba	3	1	1	1	1
6. Expansión de cobertura de prueba gratuita	1	1	1	1	1
7. Equipamiento hospitalario	8	0	0	0	2
Otros	11	0	0	0	0
Economía					
Total	42	13	26	11	12
1 Política fiscal	11	3	3	2	2
2. Política monetaria	12	1	2	4	1
3. Política Industrial	10	4	11	1	4
4. Restricción de la actividad económica (incluidas tiendas y centros comerciales)	1	1	3	1	1
5. Controles de precios y cantidades	1	1	2	1	3
6. Estímulo Económico	1	1	0	0	0
7. Regulación del mercado de higiene personal y productos de limpieza.	5	1	3	1	0
8. Alivio de la deuda y suspensión de pagos de crédito (individuos, microempresarios)	1	0	0	0	1
9. Otras medidas económicas	0	1	2	1	0
Empleo					
Total	15	5	6	5	7
Protección del empleo	10	4	6	2	3
Licencia de trabajo electiva	1	0	0	1	1
Reducción de horas de trabajo	2	0	0	2	1
Prohibición de despido del trabajo	1	0	0	0	1
Otros	1	1	0	0	1
Protección social					
Total	8	2	6	1	2
Transferencias de efectivo	7	2	2	1	1
Transferencias de alimentos	1	0	2	0	0
Garantía de servicios básicos	0	0	0	0	1
Otros	0	0	2	0	0

	Brasil	Argentina	Uruguay	Paraguay	Venezuela
Educación					
Total	3	2	8	2	6
Suspensión de clases	1	1	3	1	1
Dar instrumentos para desarrollar el aprendizaje a distancia	1	1	2	1	4
Programas de alimentación	1	0	2	0	1
Otros	0	0	1	0	0
Género					
Total	6	18	N/D	1	1
Violencia de género contra mujeres	3	1		1	1
Economía del cuidado	0	7		0	0
Generación de empleo e ingresos	0	3		0	0
Beneficios, transferencias y otras medidas de protección social	1	4		0	0
Participación de mujeres en la era digital	0	1		0	0
Otros	2	2		0	0
Morbimortalidad (entre marzo y mayo 2020)					
Incidencia (por 100 000 habitantes)	247.7	40.5	15.2	14.2	5.8
Casos	526,447	18,306	528	1,013	1,662
Muertes	29,937	569	23	11	17
Población	212,559,000	45,196,000	3,474,000	7,133,000	28,436,000

Fuente: Observatorio COVID-2019 América Latina y el Caribe - CEPAL: <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) and COVID-19 Information System for the Region of the Americas.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, custom data acquired via website.

Cuadro 2. Porcentaje de población por grandes grupos de edad, relación de dependencia total, esperanza de vida al nacimiento en ambos sexos y tasas de mortalidad por lesiones intencionales y trastornos mentales/enfermedades del sistema nervioso. América Latina y el Caribe, 2015 y 2019

Ubicación	Población 2020					Lesiones intencionales				Enf. Mentales			
	0-14	15-64	65+	15-64	2015-2020	2015 (por 100 000)			2015 (por 100 000)				
					Total	Varones	Mujeres	Dif. V-M	Total	Varones	Mujeres	Dif. V-M	
América Latina y el Caribe	23.9	67.1	9.0	49.0	75.25	25.27	42.68	8.27	34.41	48.83	40.87	56.68	-15.81
Mercosur													
Venezuela	27.3	64.8	8.0	54.5	72.14	63.51	117.54	9.85	107.69	6.75	6.96	6.75	0.21
Brazil	20.7	69.7	9.6	43.5	75.56	38.02	68.08	8.93	59.15	22.01	23.24	22.01	1.23
Uruguay	20.3	64.6	15.1	54.8	77.70	26.72	44.44	10.2	34.24	57.6	49.2	57.6	-8.4
Argentina	24.4	64.2	11.4	55.8	76.45	18.72	31.01	6.93	24.08	16.8	15.25	16.8	-1.55
Paraguay	28.9	64.3	6.8	55.5	74.08	15.46	24.71	5.92	18.79	10.34	14.1	10.34	3.76

Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, custom data acquired via website; PLISA OPS/OMS

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, Ulrich (1998). La política de la sociedad de riesgo. *Estudios Demográficos y Urbanos*, sept.-dic. 13, (3) 39, 501-515.
- Bell, Sidney; Hodcroft, Emma; Wagner, Cassia; Müller, Nicola; Hadfield, James; Neher, Richard y Trevor Bedford (2020). *Análisis genómico de la propagación del COVID-19*. Reporte 17-04-2020 traducido por Miguel I. Paredes, Roy Costilla, Diego Oyarzún.
- Cardenal, Juan Pablo (2020). Propaganda china para un escenario post Covid-19. Buenos Aires, Centro para la Apertura y el Desarrollo de América Latina (Cadai).
- Clarín, 19/04/2020. Preocupación. Coronavirus en Francia: hallan rastros del virus en el agua no potable de París. Fuente: Agencia EFE, Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos y Christophe Petit-Tesson. Disponible en: https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-francia-hallan-rastros-virus-agua-potable-paris_0_3TVvh6Qhq.html.
- Centro de Estudios Sociales (2018). *Exclusión e inclusión 4*. Ciudad de Buenos Aires, DAIA.
- CEPAL (2007). *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Naciones Unidas, LC/G.2335/REV.1.
- CEPAL (2020a). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos económicos y sociales*. Informe N° 1, Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45337-america-latina-caribe-la-pandemia-covid-19-efectos-economicos-sociales>
- CEPAL (2020b). La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. Informes COVID-19, abril, Naciones Unidas.
- Ciencia Hoy (marzo-abril 2019). Una marea de desperdicios plásticos. Volumen 28, n° 164.
- Cohen, Hugo (marzo 2020). *Salud mental y apoyo psicosocial en desastres*. Extensión Universitaria, Universidad de Medicina de Rosario, #SaludMental #ApoyoPsicosocialEnDesastres #ExtensionFCM.
- Comunidad Judía de Chile (CJC), 21-03-2019. *Chile sede del I Foro Internacional Jurídico contra la Discriminación*. Disponible en: <https://www.cjch.cl/2019/03/chile-sede-del-i-foro-internacional-juridico-la-discriminacion/>
- Declaración conjunta sobre Libia OCHA, UNICEF, OIM, ACNUR, PMA, OMS y UNFPA (2020). 13 de mayo. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-05-2020-joint-statement-on-libya>.
- Dris, R. et al. (2015). Microplastic contamination in an urban area: a case study in Greater Paris. *Environ. Chem.* 12, 592-599.
- Durlach, Ricardo y Pablo Martino (2018). Editorial. *Revista Argentina de Zoonosis y Enfermedades Infecciosas Emergentes*. Buenos Aires, vol.XII, n° 1.
- Ensheng Dong, Hongru Du y Lauren Gardner (Feb. 2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Johns Hopkins University Center for Systems Science and Engineering (JHU CSSE)*. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1).
- Faria, N. R. et. al. (june 2017). Establishment and cryptic transmission of Zika virus in Brazil and the Americas. *Nature*, 4 0 6, Vol. 546:406:423.
- FAO (2018). *El estado mundial de la pesca y la acuicultura 2018. Cumplir los objetivos de desarrollo sostenible*. Roma. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- GISAD (2020). Showing 8 of 4415 genomes sampled between Feb 2020 and Apr 2020. Filtered to by Environment (8). *Genomic epidemiology of hCoV-19*. Disponible en: <https://www.gisaid.org/epiflu-applications/next-hcov-19-app/>.
- Instituto Social del MERCOSUR (ISM) (2020). Geografía Humana del Gran Chaco Sudamericano. Diálogo de Asunción (DAAS), Foro Virtual, 22 de abril, Instituto Social del MERCOSUR.
- Johns Hopkins University (2020a). COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Disponible en: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>.
- Johns Hopkins University (2020b). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.
- Kampf, G., Todt, D., Pfaender S. y E. Steinmann (February 2020). Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection*, 104: 246-251.
- Keane, Micheal y Timothy Neal (2020). Consumer Panic in the COVID-19 Pandemic. ARC Centre of Excellence in Population Ageing Research. *Working Paper 2020/12*.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.
- Corporación Latinobarómetro (2017). *Latinobarómetro 2017*. Santiago de Chile, Banco de Desarrollo de América Latina.
- Lebreton, Laurent C.M.; van der Zwet, Joost; Damsteeg, Jan-Willem; Slat, Boyan; Andrady, Anthony y Reisser, Julia (Jun 2017). River plastic emissions to the world's oceans. *Nature Communications*, 8:15611, DOI: 10.1038/ncomms15611.
- Lusher, Amy; Hollman, Peter y Jeremy Mendoza-Hill (2017). Microplastics in fisheries and aquaculture. Status of knowledge on their occurrence and implications for aquatic organisms and food safety. *Food and Agriculture FAO Fisheries and Aquaculture Technical Paper*, No. 615. Rome, Italy.
- Masciadri, Viviana (2020). Sistemas estadísticos nacionales y derechos humanos universales: experiencia y prevención. *CONICET* (mimeo).
- Masciadri, Viviana (2019a). Escenario reciente sobre cohesión social y salud mental en el Mercosur. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, I Encuentro de Musicoterapia*. tomo 4, Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Masciadri, Viviana (2019b). Panorama sobre el dengue en los Estados miembros del Mercosur (1991-2015). *Rev Panam Salud Pública*;43:e11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.11>.

- Masciadri, Viviana (2018). "Panorama reciente de la población que utiliza computadoras en países del Mercosur". *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Nuevas tecnologías: subjetividad, vínculos sociales. Problemas, teorías y abordajes, áreas: Redes sociales y nuevas tecnologías (computación, informática, tics, etc.)*. Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Masciadri, Viviana (July-December, 2011). Precarización ciudadana y salud ambiental. La población residente en la cuenca de los arroyos San Francisco y Las Piedras (Quilmes, Buenos Aires, Argentina). *International Journal of Latin American Studies*, Year 1. Vol. 1. No. 1:157-186.
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Sala de Situación Coronavirus online*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (marzo 2020). Covid-19 y el mundo del trabajo: repercusiones y respuestas. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_739158.pdf.
- OMC (Organización Mundial del Comercio) (2019). *Informe anual 2019*. Disponible en: https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/anrep19_s.pdf.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1996). *La violencia en las Américas: la pandemia social del siglo XX*. Serie de publicaciones: Comunicación para la Salud n°10.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: OPS.
- Pan American Health Organization, World Health Organization (2020). *COVID-19 Information System for the Region of the Americas*. Disponible en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.
- Palaniappan A, Dave U and Gosine B. Comparing South Korea and Italy's healthcare systems and initiatives to combat COVID-19 (2020). *Rev Panam Salud Publica*; 44:e53. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.53>
- Dris, Rachid, Johnny Gasperi, Vincent Rocher, Mohammed Saad, Nicolas Renault, et al. (2015). Microplastic contamination in an urban area: a case study in Greater Paris. *Environmental Chemistry, CSIRO Publishing*. ?10.1071/EN14167?. ?hal-01134553?.
- Rech, S. et al. (2015) Sampling of riverine litter with citizen scientists-findings and recommendations. *Environ. Monit. Assess.* 187, 1-18.
- Szalvb, Damián (mayo-agosto, 2019). El crecimiento de la extrema derecha pone en peligro el consenso democrático alemán. *Compromiso*, n° 73, año 12.
- UCEMA (mayo 2020). Salud e impacto Económico. Caso de emisiones PM10. *Seminarios online*, 8 may 2020, 01:30 PM. Buenos Aires, Georgetown.
- UCEMA Talks (mayo 2020). Entrampados en el coronavirus: economía y política pos-pandemia. Conferencias Talks. Nicolás Cachanosky, Martín Krause y Emilio Ocampo. Buenos Aires, Georgetown.
- UNTREF (mayo 2020). Medir lo que cuenta, para lograr lo que realmente importa. Conferencia con Jean-Paul Fitoussi y debate virtual entre el viceministro de Economía Haroldo Montagu; el senador nacional Martín Lousteau; la presidenta de GST Grupo Financiero Isela Costantini; el rector de la UNTREF Aníbal Jozami y la editora de la sección de Economía del diario Clarín, Silvia Naishtat.
- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología (2020). Recomendaciones psicológicas para afrontar la pandemia.
- Yonkos, L., Friedel, E., Perez-Reyes, A., Ghosal, S. & Arthur, C. (2014) Microplastics in four estuarine rivers in the Chesapeake Bay, USA. *Environ. Sci. Technol.* 48, 14195-14202.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON Distrofia Muscular DE DUCHENNE. RESULTADOS PRELIMINARES

Ortega, Javiera
CONICET - Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La familia representa un aspecto fundamental en el tratamiento de niños con enfermedades crónicas. La presente investigación se propuso analizar el funcionamiento familiar y apoyo social percibido por los padres de niños con Distrofia Muscular de Duchenne (DMD). Se trata de un estudio de diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal. El protocolo administrado consistió en un consentimiento informado, un cuestionario de datos sociodemográficos y los instrumentos FACES III y MOS. Como conclusiones preliminares del estudio puede decirse que las familias de niños con DMD perciben tener apoyo social suficiente, pero presentan dificultades en su dinámica familiar.

Palabras clave

Funcionamiento familiar - Apoyo social - Distrofia Muscular Duchenne - Neuromuscular

ABSTRACT

FAMILY FUNCTIONING AND SOCIAL SUPPORT IN CAREGIVERS OF CHILDREN WITH DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY. PRELIMINARY RESULTS

The family represents a fundamental aspect in the treatment of children with chronic diseases. The present investigation aimed to analyze the family functioning and social support perceived by the parents of children with Duchenne Muscular Dystrophy (DMD). This was a descriptive, non-experimental, cross-sectional study. The administered protocol consisted of an informed consent, a sociodemographic data questionnaire and the FACES III and MOS instruments. As preliminary conclusions of the study, it can be said that the families of children with DMD perceive that they have sufficient social support, but present difficulties in their family functioning.

Keywords

Family functioning - Social support - Duchenne Muscular Dystrophy - Neuromuscular Disease

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se propone presentar resultados preliminares sobre el funcionamiento familiar y percepción de apoyo social en padres de niños con distrofia muscular de Duchenne. El trabajo adelanta resultados parciales del proyecto doctoral CONICET "Enfermedades neuromusculares poco frecuentes en edad pediátrica: funcionamiento familiar, adaptación psicológica y apoyo social percibido por los padres como factores asociados a la calidad de vida del niño."

El funcionamiento familiar, es decir la percepción que los miembros de la familia tengan de su propia capacidad de flexibilidad frente a los cambios, y el sentimiento de cohesión, entendido como el grado de unión emocional (Chen & Clark, 2007; Schmidt et al., 2010) y el apoyo social, entendido como apoyo estructural y apoyo funcional (Espínola & Enrique, 2007), serán claves para el logro de una buena aceptación del diagnóstico neuromuscular y una mejor calidad de vida familiar.

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) se encuentra dentro de las distrofias musculares más frecuentes y graves de la infancia. Está relacionada a la alteración de la proteína distrofina, tiene una herencia recesiva ligada al cromosoma X (Amayra Caro et al., 2014). La prevalencia de esta enfermedad neuromuscular se estima en 1 en cada 3500 recién nacidos. Al tratarse de una enfermedad neuromuscular la DMD se caracteriza por ser una condición crónica y tener un deterioro progresivo. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran la debilidad muscular, cardiopatías, complicaciones respiratorias y ortopédicas, discapacidad intelectual, entre otras (Emery et al., 2015). Si bien la DMD se encuentra presente desde el nacimiento, el diagnóstico suele realizarse cerca de los 5 a 7 años, cuando aparecen las primeras manifestaciones clínicas: debilidad y alteración de la marcha. Este diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico, siendo muy relevante la historia familiar de la línea materna (Amayra Caro et al., 2014). No se cuenta con una cura para la DMD por lo que el tratamiento está orientado a una mejora en la calidad de vida del niño y el retraso de la aparición de otras complicaciones.

Se considera que el diagnóstico de una enfermedad neuromuscular va a afectar no solo a la persona que tiene la enfermedad sino también a su familia (Amayra Caro et al., 2014). Al recibir un diagnóstico genético son normales los sentimientos de shock

y confusión en un primer momento, seguidos de enojo, miedo y tristeza (Biesecker, 2010; Webb, 2005). Otro sentimiento de gran importancia es específicamente en la Distrofia Muscular de Duchenne es el sentimiento de culpa, por tratarse de una condición de herencia materna (Amayra Caro et al., 2014; Equipo Neuro e-motion, 2015).

Además de este impacto psicológico inicial que acompaña la comunicación de estos diagnósticos, la DMD genera pérdida de autonomía funcional (Camacho, Esteban & Paradas, 2015). Esta pérdida lleva a la necesidad de la figura de un cuidador que lo ayude a cubrir las actividades cotidianas, además de que le proporcione apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad (Venegas Busto, 2006). Este rol de cuidador, que en su mayoría de los casos es llevado adelante por un familiar, implica transformaciones de roles, reasignación de las responsabilidades familiares y un cambio en las relaciones de apoyo (López et al., 2004). Junto al rol de cuidadores primarios, muchos padres asumen funciones de profesionales de la salud, convirtiéndose con el tiempo no solo en expertos en el cuidado de sus hijos sino también expertos en la DMD (Mah et al., 2008). Algunos autores consideran esta búsqueda por ser profesionales en la enfermedad como una forma de afrontar la situación (Webb, 2005). La transformación de los roles de los padres lleva a una reestructuración de la vida familiar. Anteriormente, se ha estudiado la dinámica de pareja de estos padres y se ha encontrado una repartición no equitativa de los roles, siendo en su mayoría las madres quienes asumen el rol de cuidadora principal y los padres quienes asumen un rol de apoyo (Tomiak et al., 2007). De igual forma, se han encontrado diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres de niños con DMD. Por un lado, las madres suelen focalizarse en el presente, valorándolo como una oportunidad de dar alegría al niño y de disfrutar el tiempo con él, mientras que los padres utilizan estrategias de afrontamiento relacionadas a sobre-ver el funcionamiento de la familia, como son la búsqueda de información, la planificación, el involucramiento físico, por ejemplo, en las modificaciones del hogar/silla de ruedas (Tomiak et al., 2007). Las necesidades psicosociales de las familias de niños con DMD se van modificando con el tiempo. En un primer momento, cercano al diagnóstico, aparece la necesidad de información y de apoyo emocional, así como el contacto con otros padres que estén pasando por lo mismo. Más adelante, el momento de la adolescencia de los hijos coincide con el momento de mayor pérdida motora por lo que las necesidades de la familia parecen estar más orientadas a la modificación del hogar, adquisición de máquinas y silla de ruedas y apoyo financiero. En etapas más avanzadas de la enfermedad, disminuye la necesidad de información y apoyo emocional, son ahora estas familias las que actúan como apoyo para familias más jóvenes (Mah & Biggar, 2012).

Se ha estudiado al apoyo social como un factor significativo relacionado a la calidad de vida y bienestar en familias que tienen hijos con DMD (Glover et al., 2020; Mah & Biggar, 2012; Thomas

et al., 2014). A su vez, ha sido descrito como una de las principales estrategias de afrontamiento que utilizan estos padres para hacerle frente a la enfermedad (Thomas et al., 2014). El apoyo social parecería promover el proceso de adaptación a la enfermedad, favoreciendo el funcionamiento familiar en las familias de niños con DMD (Buchanan et al., 1979; Chen & Clark, 2007). En este mismo sentido, un estudio plantea que aquellos cuidadores de niños con DMD que reportan bajos niveles de apoyo social presentan mayor malestar psicológico y estrés (Kennenson & Bobo, 2010).

OBJETIVOS

1. Describir el funcionamiento familiar de las familias de niños con DMD en sus dimensiones de cohesión y flexibilidad.
2. Describir los niveles de apoyo social percibido por las familias de niños con DMD.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal.

Instrumentos y procedimientos

El protocolo que administrado consistió en un consentimiento informado, un cuestionario de datos sociodemográficos, y los instrumentos Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Faces III) y Escala Apoyo social MOS.

El funcionamiento familiar fue evaluado utilizando la Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Faces III), adaptada y validada por Schmidt & Barreyro (2010). Faces III consta de 40 ítems, cada uno se evalúa en una escala Likert de cinco opciones casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca). Estos 40 ítems se dividen en 2 subescalas de 20 ítems cada una, la sub-escala de la "Familia Real" y la subescala de la "Familia Deseada". En la investigación se utilizará únicamente la subescala de "Familia Real", que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento. Es esta subescala la que se encuentra validada para población argentina (Barreyro & Schmidt, 2010). Los 20 ítems de la subescala de Familia Real están divididos en 10 ítems que miden cohesión (ítems nones) y 10 ítems que miden flexibilidad (ítems pares).

Para conocer los niveles de apoyo social que los padres perciben en el medio social próximo se utilizó la escala Escala Apoyo social MOS. Es un instrumento válido y fiable, que explora el apoyo social desde una visión multidimensional (Espínola & Enrique, 2007; Sherbourne & Stewart, 1991). La versión argentina del instrumento contiene 21 ítems. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social, es decir al apoyo estructural. Los 20 ítems restantes refieren al apoyo funcional. La versión argentina define 3 componentes de este apoyo social: el apoyo emocional/informacional, el apoyo afectivo y el instrumental. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está dispo-

nible para el entrevistado cada tipo de apoyo. También se puede obtener una puntuación total donde mayor puntuación sería mayor apoyo percibido. Para la puntuación total va entre 19 y 94, con un puntaje de corte de 57 puntos (Espínola & Enrique, 2007).

Participantes

El universo de estudio fueron padres de niños con distrofia muscular de Duchenne. El muestreo fue de tipo intencional y se llegó a una muestra de 8 casos, contactados a través de la Asociación de Distrofias Musculares de Argentina y encuestados a través de un formulario online. El 50% de los encuestados eran madres, un 25% eran padres y un 25% eran otros familiares, como abuelos o tíos. De estos padres, el 75% tenía más de un hijo con enfermedad neuromuscular. En esos casos, se les pregunto por el mayor de sus hijos. En cuanto a los niños, todos eran varones con diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne, tenían una edad media de 9.50 (DE= 4.2) años, y el 75% de ellos se encontraba cursando la escuela primaria y un 25% la escuela secundaria. En cuanto a las ayudas técnicas, la totalidad de los niños utilizaba valvas ortopédicas, un 50% de ellos utilizaba silla de ruedas, y ninguno de ellos utilizaba una máquina de asistencia respiratoria.

RESULTADOS

En primer lugar, se buscó describir el funcionamiento familiar de las familias de niños con DMD en sus componentes de cohesión y flexibilidad. En relación a la cohesión, se encontró que un 37.5% de las familias presentaban un estilo relacionado, un 37.5% un estilo semirelacionado y un 25% no relacionado.

En cuanto a la flexibilidad, se encontró que un 25% de las familias presentaban una modalidad rígida y otro 25% una modalidad estructurada. Por último, un 50% de las familias presentaban un estilo caótico.

Los tipos de familia encontrados según el Modelo Circumplejo de Olson se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Frecuencias según tipos de familia

Tipos de familia	N	%
Caótica no relacionada	1	12.5
Caótica semirelacionada	1	12.5
Caótica relacionada	2	25
Estructurada no relacionada	1	12.5
Estructurada relacionada	1	12.5
Rígida semirelacionada	2	25

En relación al apoyo social percibido por los padres de niños con DMD, se encontró que el 75% de los padres reconocían tener 3 o más amigos o familiares cercanos. En relación al apoyo funcional se encontró una $M=79.25$ ($DE=10.08$). En relación al puntaje de corte de 57, el 100% de las familias reportaron tener suficiente apoyo social. El análisis descriptivo de las escalas del MOS se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2
Análisis descriptivo de las dimensiones de apoyo social funcional

Dimensiones de apoyo social	Media	DE
Apoyo emocional/informacional	3.98	0.72
Apoyo afectivo	4.65	0.27
Apoyo instrumental	4.03	0.78

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo buscó conocer el funcionamiento familiar y los niveles de apoyo social percibido por los padres de niños con Distrofia Muscular de Duchenne.

Un resultado muy positivo para estas familias es el referente al apoyo social percibido por los padres de niños con DMD. Parecería ser que estos cuentan con el apoyo social necesario, tanto a nivel general como en todas sus dimensiones. Si bien todos los tipos de apoyo se hacen presentes, el apoyo que parece predominar es el de tipo emocional, es decir el relacionado al sentirse amado y seguros de confiar en alguien. Estos resultados coinciden con antecedentes revisados que describen altos niveles de apoyo social en familias con DMD, y que lo asocian al bienestar y funcionamiento de la familia (Chen & Clark, 2007; Kennenson & Bobo, 2010; Thomas et al., 2014).

En esta misma línea, las familias presentan buenos niveles de cohesión familiar. Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de las familias pertenece al tipo relacionado o semirelacionado, es decir que los miembros de la familia están conectados entre sí y son capaces de apoyarse unos a otros. Estos resultados coinciden con los revisados por Hastings y Taunt (2002), que plantean que el tener un hijo con una discapacidad puede incrementar la unión y la fuerza familiar. Estos resultados parecerían indicar que el apoyo social, tanto de amigos como de la familia es de gran importancia para estas familias.

Sin embargo, algunos resultados preliminares ya nos advierten sobre información alarmante en relación al funcionamiento de estas familias. La mitad de las familias se encontraban dentro del tipo caótico en cuanto a la dimensión de flexibilidad/adaptabilidad, lo cual evidenciaría un funcionamiento familiar disfuncional, con frecuentes cambios en sus reglas y un liderazgo ineficaz y limitado. En este mismo sentido, los tipos de familia que predominaron según el Modelo Circumplejo de Olson fue-

ron la familia caótica semirelacionada y rígida semirelacionada. Ambos tipos de familia no representan modelos balanceados, si no familias extremas y disfuncionales (Olson, 2000). Esto resulta alarmante debido a que la DMD se trata de una enfermedad que implica pérdidas constantes que llevan a que la familia constantemente tenga que adaptarse a estos cambios, así como a cambios en su estructura y roles (Mah & Biggar, 2012; Tomiak et al., 2007).

El presente estudio representa una primera aproximación a la complejidad que atraviesan las familias de niños diagnosticados con Distrofia Muscular de Duchenne. No se han encontrado antecedentes que revisen el funcionamiento o dinámica familiar de estas familias. A su vez, representa un aporte para los profesionales de la salud que trabajan con estas patologías, para conocer mejor con qué recursos cuentan estas familias (apoyo social). Como conclusiones preliminares de este estudio puede decirse en primer lugar que las familias de niños con DMD perciben tener apoyo social suficiente, sobre todo en términos de apoyo emocional. En segundo lugar, el funcionamiento familiar, en cuanto a la cohesión, parecería mostrar que los miembros de la familia tienen y valoran la relación entre ellos. Por último, estas familias parecerían presentar dificultades en cuanto a la flexibilidad, encontrándose en el polo caótico.

BIBLIOGRAFÍA

- Amayra Caro, López Paz & Lazaro Perez (2014). Enfermedades neuromusculares. Bases para la intervención. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Biesecker, B.B. (2010). Genetic Counselling: Psychological Issues. *Encyclopedia of Life Sciences (ELS)*. doi: 10.1002/9780470015902.a0005616.pub2
- Buchanan, D. C., LaBarbera, C. J., Roelofs, R., & Olson, W. (1979). Reactions of families to children with Duchenne muscular dystrophy. *General Hospital Psychiatry*, 1(3), 262-269. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90028-8](https://doi.org/10.1016/0163-8343(79)90028-8)
- Camacho, A., Esteban, J., & Paradas, C. (2015). Informe de la Fundación Del Cerebro sobre el impacto social de la esclerosis lateral amiotrófica y las enfermedades neuromusculares. *Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.02.003>
- Chen, J. Y., & Clark, M. J. (2010). Family resources and parental health in families of children with Duchenne muscular dystrophy. *Journal of Nursing Research*, 18(4), 239-248. doi: 10.1097/JNR.0b013e-3181fbc37b
- Daoud, M. S. A., Dooley, J. M., & Gordon, K. E. (2004). Depression in parents of children with Duchenne muscular dystrophy. *Pediatric neurology*, 31(1), 16-19. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2004.01.011>
- Emery, A. E., Muntoni, F., & Quinlivan, R. C. (2015). *Duchenne muscular dystrophy*. OUP Oxford.
- Equipo Neuro e-motion (2015). Apoyo psicosocial para familias con hijos recién diagnosticados de enfermedad neuromuscular.
- Espínola, S. R., & Enrique, H. C. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicobate*, 7, 155-168. DOI: 10.18682/pd.v7i0.433
- Glover, S., Hendron, J., Taylor, B., & Long, M. (2020). Understanding carer resilience in Duchenne muscular dystrophy: A systematic narrative review. *Chronic illness*, 16(2), 87-103. <https://doi.org/10.1177/1742395318789472>
- Hastings, R. P., & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American journal on mental retardation*, 107(2), 116-127. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/50b8/f21fd0be38a566d2943ce1f5fe94dd7708a2.pdf>
- Kenneson, A., & Bobo, J. K. (2010). The effect of caregiving on women in families with Duchenne/Becker muscular dystrophy. *Health & social care in the community*, 18(5), 520-528. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00930.x>
- López, C. R. G., Rocha, M. L. P., & González, E. R. (2004). Comparación entre la habilidad de cuidado de cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica en Villavicencio, Meta. *Avances en enfermería*, 22(1), 4-26. URL: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37934>
- Mah, J. K., & Biggar, D. (2012). Psychosocial support needs of families of boys with Duchenne Muscular Dystrophy. *Neuromuscular Disorders*, 81-104.
- Mah, J. K., Thannhauser, J. E., McNeil, D. A., & Dewey, D. (2008). Being the lifeline: The parent experience of caring for a child with neuromuscular disease on home mechanical ventilation. *Neuromuscular Disorders: NMD*, 18(12), 983-8. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2008.09.001>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Peay, H. L., Meiser, B., Kinnett, K., Furlong, P., Porter, K., & Tibben, A. (2016). Mothers' psychological adaptation to Duchenne/Becker muscular dystrophy. *European Journal of Human Genetics*, 24(5), 633. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2015.189>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.
- Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 30-36. URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n2/art04.pdf>
- Schmidt, V., & Barreyro, J. P. (2010). Proceso de Adaptación de la escala a nuestra población Propiedades Psicométricas de la versión argentina. *NB Leibovich, V. Schmidt y Otros, Ecoevaluación Psicológica del Contexto Familiar*, 117-130.
- Thomas, P. T., Rajaram, P., & Nalini, A. (2014). Psychosocial challenges in family caregiving with children suffering from Duchenne muscular dystrophy. *Health & social work*, 39(3), 144-152. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlu027>
- Tomiak, E. M., Samson, A., Miles, S. A., Choquette, M. C., Chakraborty, P. K., & Jacob, P. J. (2007). Gender-specific differences in the psychosocial adjustment of parents of a child with duchenne muscular dystrophy (DMD)-Two points of view for a shared experience. *Qualitative Research Journal*, 7(2), 2-21. Doi: 10.3316/QRJ0702002.



Venegas Bustos, B. C. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichan*, 6(1), 137-147.

Webb, C. L. (2005). Parents' perspectives on coping with Duchenne muscular dystrophy. *Child: Care, Health and Development* 31(4), 385-396. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00518.x>

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE Y DE SU CUIDADOR PRINCIPAL

Ortega, Javiera
CONICET - Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Desde el marco de la psicología de la salud se ha investigado cómo el diagnóstico de ciertas condiciones médicas crónicas afecta significativamente al entorno familiar. La presente investigación se propuso analizar los niveles de calidad de vida de niños con Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) y sus cuidadores. Se trata de un estudio de diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal. El protocolo administrado consistió en un consentimiento informado, un cuestionario de datos sociodemográficos y el instrumento Pediatric Quality of Life 4.0. Como conclusiones preliminares del estudio puede decirse que la DMD tiene un impacto negativo tanto en la calidad de vida de los niños como la de sus padres.

Palabras clave

Calidad de vida - Distrofia Muscular Duchenne - Cuidadores - PedsQL

ABSTRACT

PRELIMINARY RESULTS OF QUALITY OF LIFE EVALUATION IN CHILDREN WITH DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY AND THEIR CAREGIVERS

Health psychology has investigated how the diagnosis of certain chronic medical conditions significantly affects the family environment. The present investigation set out to analyze the quality of life levels of children with Duchenne Muscular Dystrophy and their caregivers (DMD). This is a descriptive, non-experimental, cross-sectional study. The administered protocol consisted of an informed consent, a sociodemographic data questionnaire and the Pediatric Quality of Life 4.0 instrument. As preliminary conclusions of the study, it can be said that DMD has a negative impact on both the quality of life of children and that of their parents.

Keywords

Quality of life - Duchenne Muscular Dystrophy - Caregivers - PedsQL

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se propone presentar datos preliminares sobre la calidad de vida de niños con distrofia muscular y el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida familiar. Para ello se entrevistó a 8 padres evaluando aspectos de su calidad de vida y la calidad de vida de sus hijos.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que apunta a la percepción que una persona tiene sobre su posición en la vida, dentro de un contexto, cultura y sistema de valores, y en relación a sus expectativas, valores, intereses y expectativas (Organización Mundial de la Salud, 2002). De este concepto se desprende el de Calidad de Vida relacionada con la Salud. El aporte principal de este constructo es la incorporación de la percepción del paciente sobre las limitaciones en diferentes áreas, biológica, psicológica y social, que el desarrollo de una enfermedad le ha provocado (Schwartzmann, 2003). La diferencia entre los conceptos de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud en pediatría estaría entonces en la presencia de enfermedad. La calidad de vida relacionada con la salud en contexto pediátrico sería entonces la valoración que tiene el niño/adolescente, de acuerdo con su desarrollo evolutivo y contexto cultural, de su funcionamiento físico, social y psicológico cuando este ha sido alterado por una enfermedad (Quinceno, 2007 citado en Quinceno & Vinaccia, 2013).

Un segundo concepto que se desprende de calidad de vida, es el concepto de la calidad de vida familiar. La calidad de vida familiar es la percepción de bienestar en el contexto familiar, cuyas relaciones inciden en la configuración de la calidad de vida de cada miembro, en especial en la de los hijos (Poston et al., 2004). Para su evaluación en familias de niños con enfermedades crónicas, Varni y colaboradores (2004) proponen una estructura multidimensional, que incluye el impacto en la calidad de vida del padre y el impacto en el funcionamiento familiar. La calidad de vida parental contiene las áreas de funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social, funcionamiento cognitivo, comunicación y preocupaciones; mientras que a nivel familiar se evalúan las actividades diarias y las relaciones familiares (Varni et al., 2004).

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) se encuentra dentro de las distrofias musculares más frecuentes y graves de la in-

fancia. Está relacionada a la alteración de la proteína distrofina, tiene una herencia recesiva ligada al cromosoma X (Amayra Caro et al., 2014). La prevalencia de esta enfermedad neuromuscular se estima en 1 en cada 3500 recién nacidos. Al tratarse de una enfermedad neuromuscular la DMD se caracteriza por ser una condición crónica y tener un deterioro progresivo. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran la debilidad muscular, cardiopatías, complicaciones respiratorias y ortopédicas, discapacidad intelectual, entre otras (Emery et al., 2015). Si bien la DMD se encuentra presente desde el nacimiento, el diagnóstico suele realizarse cerca de los 5 a 7 años, cuando aparecen las primeras manifestaciones clínicas: debilidad y alteración de la marcha. Este diagnóstico se basa inicialmente en la historia clínica y el examen físico, siendo muy relevante la historia familiar de la línea materna (Amayra Caro et al., 2014).

Los antecedentes sobre los niveles de calidad de vida en niños DMD parecen indicar que la calidad de vida de estos niños se ve deteriorada, sobre todo en la dimensión física (Baiardini et al., 2011; Bendixen et al., 2012; Bhullar et al., 2019; Gocheva et al., 2019; Landfelt et al., 2016; Uzark et al., 2012). De igual forma, estos niños parecen limitados en las actividades físicas, provocándoles una limitación en las actividades sociales y recreativas, así como problemas con la escuela (Baiardini et al., 2011; Bendixen et al., 2012).

Dentro de los factores que se han investigado como asociados a la disminución en la calidad de vida en niños y adolescentes con enfermedades neuromusculares uno de los más estudiados ha sido el dolor físico (López & Miro, 2013). Relacionado a este factor, aparece también la disminución en la función motora, el uso de silla de ruedas (Baiardini et al., 2011; Gocheva et al., 2019). Por último, la disminución de la calidad de vida también parecería relacionarse a problemas de sueño, principalmente el exceso de sueño durante el día (Ho et al., 2017). A su vez, estos niños parecerían presentar síntomas de desvalorización, depresión y ansiedad. Se ha encontrado una relación significativa entre la presencia de depresión en estos niños y sus madres (Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014).

El impacto de la cronicidad de las enfermedades neuromusculares se evidencia también la calidad de vida de sus cuidadores, la cual se ve afectada sobre todo en las dimensiones psicosociales (Boyer et al., 2006; Landfeldt et al., 2016; Ortiz et al., 2013; Kenneson & Bobo, 2010; Souares de Moura et al., 2015; Zhi et al., 2019). En ocasiones, estos padres reportan niveles de calidad de vida incluso más bajas que las reportadas para sus hijos (Kaub-Wittemer et al., 2003). La percepción de una baja calidad de vida en los padres de niños con enfermedades neuromusculares parecería estar relacionada con los elevados niveles de sobrecarga experimentados por los padres (Boyer et al., 2006; Landfeldt et al., 2016; Moura et al. 2015; Peay et al., 2016).

OBJETIVOS

1. Describir los niveles de calidad de vida relacionada a la salud y sus dimensiones física, social, escolar y psicológica, de los niños con diagnóstico de DMD.
2. Describir los niveles de calidad de vida familiar, en cuanto a sus dimensiones de calidad de vida del cuidador y de repercusiones familiares.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal.

Instrumentos y procedimientos

El protocolo que administrado consistió en un consentimiento informado, un cuestionario de datos sociodemográficos, y los módulos Genérico y Módulo de Impacto en la Calidad de Vida Familiar del instrumento Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL 4.0).

Para evaluar la calidad de vida del niño diagnosticado con enfermedad neuromuscular se utilizó el Módulo Genérico del PedsQL 4.0 (Varni et al., 2001). El Módulo Genérico contiene 23 ítems que evalúan 4 dominios: funcionamiento físico, funcionamiento social, funcionamiento escolar y funcionamiento emocional. Estos ítems fueron desarrollados a través de grupos focales, entrevistas cognitivas, pre-tests y pruebas piloto del protocolo. Además de las escalas individuales de los dominios de calidad de vida, es posible calcular escalas resumen, donde Escala Resumen de Salud Física es igual a la sub-escala de Funcionamiento Físico, y la Escala Resumen de Salud Psicosocial incluye las subescalas de Funcionamiento Emocional, Funcionamiento Social y Funcionamiento Escolar (Roizen et al., 2008; Varni et al., 1999).

El PedsQL 4.0 está compuesto por un formato de autoreporte por el niño y un formato de reporte parental. En el presente estudio se utilizó el reporte parental, que evalúa la percepción parental de la calidad de vida relacionada a la salud de su hijo, e incluye versiones para niños de 2-4, 5-7, 8-12, y 13-18 años. Las instrucciones del instrumento preguntan en qué medida lo que el ítem indica ha sido un problema en el último mes y se responde en una escala de respuesta de 5 puntos (0= nunca, 1=casi nunca, 2= a veces, 3=con frecuencia, 4=casi siempre) (Roizen et al., 2008; Varni et al., 2001).

Para estudiar la calidad de vida familiar se usó el El PedsQL Módulo Impacto Familiar, también diseñado por Varni et al. (2004). Este módulo fue desarrollado como un instrumento de reporte parental y contiene 36 ítems. Estos ítems se encuentran divididos en las subescalas de impacto en la calidad de vida del padre: 1) Funcionamiento Físico, 2) Funcionamiento Emocional, 3) Funcionamiento Social, 4) Funcionamiento Cognitivo, 5) Comunicación, 6) Preocupaciones; y dos subescalas midiendo impacto en el funcionamiento familiar: 7) Actividades Diarias, y 8) Relaciones Familiares. (Varni et al., 2004).

El PedsQI 4.0 Escalas Genéricas ha sido validado para Argentina y ha demostrado tener buena factibilidad. Además de ser fácil y rápido de administrar, con cierta ayuda las personas con bajo nivel educativo también logran responder adecuadamente al instrumento. En cuanto a la consistencia interna, los valores del Alpha de Cronbach superaron el 0.70 tanto para la escala total como para las subescalas en ambos el autoreporte y el reporte parental. Se demostró además que el instrumento posee validez de constructo (Roizen et al., 2008).

Participantes

El universo de estudio fueron padres de niños con DMD. El muestreo fue de tipo intencional y se llegó a una muestra de 8 casos, contactados a través de la Asociación de Distrofias Musculares de Argentina y encuestados a través de un formulario online. El 50% de los encuestados eran madres, un 25% eran padres y un 25% eran otros familiares, como abuelos o tíos. De estos padres, el 75% tenía más de un hijo con enfermedad neuromuscular. En esos casos, se les preguntó por el mayor de sus hijos. En cuanto a los niños, todos eran varones con diagnóstico de DMD y tenían una edad media de 9.50 (DE= 4.2) años. El 75% de ellos se encontraba cursando la escuela primaria y un 25% la escuela secundaria. En cuanto a las ayudas técnicas, la totalidad de los niños utilizaba valvas ortopédicas, un 50% de ellos utilizaba silla de ruedas, y ninguno de ellos utilizaba una máquina de asistencia respiratoria.

RESULTADOS

En primer lugar, se buscó conocer los niveles de calidad de vida del niño con Distrofia Muscular de Duchenne. La escala total de calidad de vida indicó una $M=58.29$ (DE= 9.63) para estos niños. Al calcularse la calidad de vida según las escalas resumen de salud física y salud psicosocial, se encontró una $M= 49.22$ (DE= 11.54) para salud física, y una $M= 63.12$ (DE=13.49) para la salud psicosocial. Los resultados para las dimensiones se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Análisis descriptivo de las dimensiones de calidad de vida del niño

Dimensiones	Media	DE
Física	49.22	11.54
Emocional	71.87	16.88
Social	55.62	21.45
Escolar	61.87	16.89

Por último, se buscó describir el impacto en la calidad de vida familiar a nivel general y en sus distintas dimensiones. Se encontró una $M=56.86$ (DE= 14.44) para la escala total de im-

pacto. Para la escala resumen de calidad de vida relacionada a la salud del cuidador del niño se encontró una $M= 52.68$ (DE= 13.72), mientras que para la escala resumen de funcionamiento familiar se obtuvo una $M= 63.67$ (DE= 22.8). Los puntajes obtenidos para las dimensiones específicas se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2
Análisis descriptivo de las dimensiones de calidad de vida familiar

Dimensiones	Media	DE
Física	60.93	20.16
Emocional	44.37	17.81
Social	59.37	16.02
Cognitivo	48.75	29.61
Comunicación	68.75	23.46
Preocupación	41.87	15.79
Actividades diarias	50	28.87
Relaciones familiares	71.87	25.2

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo buscó conocer los niveles de calidad de vida relacionada a la salud de los niños con DMD y la calidad de vida familiar de sus cuidadores. Si bien el presente estudio se encuentra en sus inicios, los resultados preliminares ya nos advierten sobre una información que resulta alarmante, la percepción de una baja calidad de vida tanto de los niños con DMD como de sus padres.

Los resultados del presente estudio mostraron que los niños con DMD tienen una calidad de vida disminuida a nivel general ($M=58.29$). Estos resultados coinciden por los antecedentes revisados que reportan que la calidad de vida de los niños con DMD se ve altamente afectada (Baiardini et al., 2011; Bendixen et al., 2012; Bhullar et al., 2019; Gocheva et al., 2019; Landfelt et al., 2016; Uzark et al., 2012). Específicamente en sus dimensiones, los niños con DMD de esta muestra se encuentran afectados principalmente en la dimensión física ($M=49.22$) y dimensión social ($M=55.62$). Estos puntajes resultan incluso más bajos que los reportados por Bendixen y colaboradores (2012) para la dimensión física ($M= 66.2$) y dimensión social ($M=68.5$). Sin embargo, un estudio reciente en niños y adolescentes con DMD reportó una calidad de vida aún más afectada que la de la población de este estudio, tanto a nivel general ($M=49.34$), como en sus dimensiones física ($M=29.65$) y social ($M=53.67$) (Gocheva et al., 2019).

En cuanto a la calidad de vida familiar, considerando que las puntuaciones pueden variar entre 0 y 100, y que se obtuvo una

M=56.86, podría inferirse que estas familias presentan una baja calidad de vida. Estos resultados coinciden con lo planteado por Boyer et al. (2006), Landfeldt et al. (2016), Kenneson & Bobo (2010), y Zhi et al. (2019). Específicamente, la calidad de vida de los cuidadores de niños con DMD parece verse afectada a nivel general, como en todas sus dimensiones, principalmente en las dimensiones emocional y cognitiva. Llama la atención que los padres de los niños con DMD reportaron niveles de calidad de vida similares e incluso más bajos que la reportada para los niños (M=52.68 vs. M=58.29). El mismo fenómeno fue encontrado en un estudio realizado por Kaub-Wittemer y colaboradores (2003).

La enfermedad también parecería tener un impacto funcionamiento familiar, en términos de actividades diarias y relaciones familiares, sobre todo en la dimensión de actividades diarias (M=50). Uno de los aportes más novedosos de este trabajo es el abordar el impacto en la calidad de vida familiar en relación a estas dimensiones, ya que no se encontraron antecedentes que abordaran estos aspectos que resultan significativos para comprender en profundidad la problemática de las familias con DMD. Como conclusiones preliminares del estudio, sobre niños con DMD y sus cuidadores puede decirse que, en primer lugar, los niños con DMD presentan niveles de calidad de vida general medios-bajos. Los aspectos que parecen verse más afectados en estos niños son el físico y el social. En segundo lugar, la calidad de vida de las familias con DMD también parece verse afectada. Los padres de los niños con DMD presentan niveles bajos de calidad de vida relacionada a la salud, incluso menores que los reportados para los niños. Por último, las actividades diarias también parecen afectadas en las familias de niños con DMD.

BIBLIOGRAFÍA

- Amayra Caro, I., López Paz, J. F., & Lázaro Pérez, E. (Eds.). (2014). *Enfermedades neuromusculares: Bases para la intervención* (Vol. 17). Universidad de Deusto.
- Baiardini, I., Minetti, C., Bonifacino, S., Porcu, A., Klersy, C., Petralia, P., ... & Braidó, F. (2011). Quality of life in Duchenne muscular dystrophy: the subjective impact on children and parents. *Journal of child neurology*, 26(6), 707-713. <https://doi.org/10.1177/0883073810389043>
- Bendixen, R. M., Senesac, C., Lott, D. J., & Vandeborne, K. (2012). Participation and quality of life in children with Duchenne muscular dystrophy using the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-43>
- Bhullar, G., Miller, M. R., Campbell, C., We, Y., & El-Aloul, B. (2019). P. 067 Quality of my life: perceptions of boys with Duchenne muscular dystrophy and their parents. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 46(s1), S32-S32. <https://doi.org/10.1017/cjn.2019.167>
- Boyer, F., Novella, J. L., Coulon, J. M., Delmer, F., Morrone, I., Lemoussu, N., Bombart, V., Calmus, A., Cornu, J.Y., Dulieu, V. & Etienne, J. C. (2006). Family caregivers and hereditary muscular disorders: association between burden, quality of life and mental health. In *Annales de readaptation et de medecine physique: revue scientifique de la Societe francaise de reeducation fonctionnelle de readaptation et de medecine physique*, Vol. 49 (1), 16-22. DOI: 10.1016/j.ann-rmp.2005.08.001
- Camacho, A., Esteban, J., & Paradas, C. (2015). Informe de la Fundación Del Cerebro sobre el impacto social de la esclerosis lateral amiotrófica y las enfermedades neuromusculares. *Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.02.003>
- Comité de Neumonología, Grupo de Trabajo de Kinesiología, Grupo de Trabajo de Discapacidad, Comité de Gastroenterología & Comité de Nutrición (2014). Consenso de cuidados respiratorios en enfermedades neuromusculares en niños. Resumen ejecutivo. *Arch Argent Pediatr*, 112(5), 476-477. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.476>
- Deenen, J. C., Horlings, C. G., Verschuuren, J. J., Verbeek, A. L., & van Engelen, B. G. (2015). The epidemiology of neuromuscular disorders: a comprehensive overview of the literature. *Journal of neuromuscular diseases*, 2(1), 73-85. DOI: 10.3233/JND-140045
- Equipo Neuro e-motion (2015). Apoyo psicosocial para familias con hijos recién diagnosticados de enfermedad neuromuscular.
- Ferrell, B. (1996). La calidad de las vidas: 1525 voces del cáncer. ONS/ Bristol-Myers. In *Oncology Nursing Forum*, 23 (6), 153-159.
- Frishman, N., Conway, K. C., Andrews, J., Oleson, J., Mathews, K., Cialfoni, E., ... & McKirgan, L. (2017). Perceived quality of life among caregivers of children with a childhood-onset dystrophinopathy: a double ABCX model of caregiver stressors and perceived resources. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0612-1>
- Gocheva, V., Schmidt, S., Orsini, A. L., Hafner, P., Schaedelin, S., Rueedi, N., ... & Fischer, D. (2019). Association Between Health-Related Quality of Life and Motor Function in Ambulant and Nonambulant Duchenne Muscular Dystrophy Patients. *Journal of Child Neurology*, 34(14), 873-885. <https://doi.org/10.1177/0883073819865681>
- Goldbeck, L. (2006). The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life. *Quality of life research*, 15(7), 1121-1131. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0068-y>
- Ho, G., Widger, J., Cardamone, M., & Farrar, M. A. (2017). Quality of life and excessive daytime sleepiness in children and adolescents with myotonic dystrophy type 1. *Sleep medicine*, 32, 92-96. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.12.005>
- Jastrowski Mano, K. E., Khan, K. A., Ladwig, R. J., & Weisman, S. J. (2009). The impact of pediatric chronic pain on parents' health-related quality of life and family functioning: reliability and validity of the PedsQL 4.0 Family Impact Module. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 517-527. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp099>

- Kleinsteuber, K., & Castiglio, C. (2003). Enfermedades neuromusculares en niños. *Unidad de neurología infantil*, 14(2). URL: http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2003/2%20abril/EnfermedadesNeuromusculares-Ninos-6.pdf
- Landfeldt, E., Lindgren, P., Bell, C. F., Guglieri, M., Straub, V., Lochmüller, H., & Bushby, K. (2016). Health-related quality of life in patients with Duchenne muscular dystrophy: a multinational, cross-sectional study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(5), 508-515. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12938>
- Leske, V., Mozzoni, J., Rentería, F., & Stadelmann (2014). Consenso de cuidados respiratorios en enfermedades neuromusculares en niños. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014>.
- López, M., & Miró, J. (2013). Dolor en niños y adolescentes con enfermedades neuromusculares. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 20(3), 142-149. URL: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v20n3/07_revisionesmba.pdf
- Moura, M. C. D. S. D., Wutzki, H. C., Voos, M. C., Resende, M. B. D., Reed, U. C., & Hasue, R. H. (2015). Is functional dependence of Duchenne muscular dystrophy patients determinant of the quality of life and burden of their caregivers?. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 73(1), 52-57. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20140194>
- Nereo, N. E., Fee, R. J., & Hinton, V. J. (2003). Parental stress in mothers of boys with Duchenne muscular dystrophy. *Journal of pediatric psychology*, 28(7), 473-484. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg038>
- Kenneson, A., & Bobo, J. K. (2010). The effect of caregiving on women in families with Duchenne/Becker muscular dystrophy. *Health & social care in the community*, 18(5), 520-528. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00930.x>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Programas nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión: resumen de orientación. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42529/9243590235.pdf>
- Pangalila, R. F., van den Bos, G. A., Stam, H. J., van Exel, N. J. A., Brouwer, W. B., & Roebroek, M. E. (2012). Subjective caregiver burden of parents of adults with Duchenne muscular dystrophy. *Disability and Rehabilitation*, 34(12), 988-996. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.628738>
- Peay, H. L., Meiser, B., Kinnett, K., Furlong, P., Porter, K., & Tibben, A. (2016). Mothers' psychological adaptation to Duchenne/Becker muscular dystrophy. *European Journal of Human Genetics*, 24(5), 633. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2015.189>
- Poston, D., Turnbull, A., Park, J., Mannan, H., Marquisy, J. & Wang, M. (2004) Calidad de vida familiar: un estudio cualitativo. *Siglo Cero, Revista Española sobre discapacidad intelectual* 35 (3) 31-48. URL: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3739>
- Quinceno, J. M. & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 69-86. URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n2/v7n2a06.pdf>
- Roizen, M., Rodríguez, S., Bauer, G., Medin, G., Bevilacqua, S., Varni, J. W., & Dussel, V. (2008). Initial validation of the Argentinean Spanish version of the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales in children and adolescents with chronic diseases: acceptability and comprehensibility in low-income settings. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-59>
- Soares de Moura, M., Wutski, H., Voos, M., Resende, M., Reed, U., & Hasue, R. (2015). G.P.53 - Is functional dependence of Duchenne muscular dystrophy patients determinant of the quality of life and burden of their caregivers? *Neuromuscular Disorders*, 25, S202. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20140194>
- Uzark, K., King, E., Cripe, L., Spicer, R., Sage, J., Kinnett, K., Wang, B., Pratt, J. & Varni, J. W. (2012). Health-related quality of life in children and adolescents with Duchenne muscular dystrophy. *Pediatrics-English Edition*, 130(6), e1559. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0858>
- Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical care*, 126-139. URL: www.jstor.org/stable/3767218
- Varni, J. W., Sherman, S. A., Burwinkle, T. M., Dickinson, P. E., & Dixon, P. (2004). The PedsQL™ family impact module: preliminary reliability and validity. *Health and quality of life outcomes*, 2(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-55>
- Yilmaz, O., Yildirim, S. A., Öksüz, C., Atay, S., & Turan, E. (2010). Mothers' depression and health-related quality of life in neuromuscular diseases: Role of functional independence level of the children. *Pediatrics International*, 52(4), 648-652. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2010.03094.x>
- Zhi, H., Ho, H. T., Liang, R., Chan, H. S. S., Ip, Y. T., Zayts, O. A., ... & Fung, L. F. (2018). The Impact Of Paediatric Neuromuscular Disorders On Parents' health-Related Quality Of Life And Family Functioning. In *2nd Joint Annual Research and Scientific Meeting 2018*.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

ACTITUDES Y TEMORES ANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN ARGENTINA

Pelоче, Sebastián; Gagliardi, Georgina; Somers, María Eugenia; Alomo, Martín
Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Luego de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia por COVID-19, se implementaron medidas a nivel mundial para contenerla. El 20 de marzo de 2020 se inició el confinamiento preventivo obligatorio en Argentina. El 14 de mayo, la OMS, alertaba: “La situación actual, con aislamiento, miedo, incertidumbre y crisis económica, puede causar trastornos psicológicos”. En este contexto, como equipo interdisciplinario de Salud Mental, nos ocupamos de indagar sobre el impacto psicológico de la pandemia en Argentina. Para ello, diseñamos un estudio de corte transversal y exploratorio (n=759), con una encuesta autoadministrada vía electrónica. Aplicamos la “Fear of Coronavirus-19-Scale” (FCV), e incluimos preguntas para indagar la presencia de sintomatología depresiva, el patrón de consumo de alcohol durante el confinamiento, el temor a contagiar familiares y el grado de acuerdo/desacuerdo con la cuarentena. Para evaluar la fuerza de las correlaciones se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y se calculó la regresión lineal para los distintos cruces de variables analizadas. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS. Los resultados de este estudio brindan información sobre el desarrollo de síntomas psicopatológicos en grupos de riesgo, base necesaria para el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas focalizadas.

Palabras clave

Pandemia - COVID-19 - Temor - Cuarentena

ABSTRACT

ATTITUDES AND FEARS ABOUT THE COVID-19 PANDEMIC IN ARGENTINA

After the World Health Organization (WHO) declared the pandemic due to COVID-19, were implemented measures worldwide to contain it. On March 20, 2020, mandatory preventive confinement began in Argentina. On the May 14, the WHO warned: “The current situation, with isolation, fear, uncertainty and economic crisis, can cause psychological disorders”. In this context, as an interdisciplinary Mental Health team, we deal with inquiring about the psychological impact of the pandemic in Argentina. To do this, we designed a cross-sectional and exploratory study (n=759), with a self-administered electronic survey. We applied the “Fear of Coronavirus-19-Scale” (FCS), and included questions to investigate the presence of depressive symptoms, the

pattern of alcohol consumption during confinement, the fear of infecting relatives and the degree of agree/disagree with quarantine. The Pearson correlation was used to evaluate the strength of the correlations and the linear regression was calculated for each intersection of the variables under analysis. The statistical study was performed using the SPSS 23 software. Findings of this study provide information on the development of psychopathological symptoms in risk groups, a necessary basis for the design of focused preventive and therapeutic strategies.

Keywords

Pandemic - COVID-19 - Fear - Quarantine

Ante la irrupción de la pandemia de COVID-19, originada en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019, que a partir de mediados de marzo de 2020 comenzara a hacerse presente en la Argentina, como profesionales de la Salud Mental, nos encontramos ante la necesidad de producir nueva información sobre el estado de situación actual para orientar nuevas intervenciones sanitarias y políticas al respecto.

Con tal motivo, hemos iniciado una investigación con el objetivo principal de detectar distintas actitudes y niveles de temor de la población argentina ante la pandemia COVID-19. Consideramos que los resultados constituirán una base necesaria para el diseño de estrategias preventivas, terapéuticas focalizadas y el planteo de nuevas hipótesis y estudios dirigidos a los sectores más vulnerables.

En el área de Salud Mental, en los tres niveles de atención y de prevención, resulta imperiosa la necesidad de contar con indicadores orientativos, relativos a la situación generada por la pandemia. Para ello, hemos realizado una tele-encuesta a través de las redes sociales. En ella hemos incluido la escala “Fear of Coronavirus-19 - Scale” (FCS), auto-administrable, luego de haber realizado una traducción y adaptación de la misma al castellano, adaptado al uso argentino del idioma. Está integrada por 7 consignas que se responden por medio de una escala Likert de 5 valores. En la misma encuesta que contiene la escala mencionada, hemos agregado 5 preguntas, referidas a: grado de acuerdo/desacuerdo con la medida del aislamiento social preventivo y obligatorio, vigente en Argentina desde el 19 de marzo de 2020; sentimiento de tristeza; pérdida del sentido de la vida; temor a contagiar a una persona allegada; y consumo problemático de alcohol durante la cuarentena.

Luego de aplicada la encuesta (campo: 23-30/04/2020), hemos cotejado los valores arrojados por las respuestas con los perfiles epidemiológicos recabados también por la misma vía remota, condición impuesta por las condiciones del aislamiento. Se les solicitaron a los sujetos datos que nos permiten construir un perfil epidemiológico: georreferencia; edad; presencia de factores de riesgo para la pandemia COVID-19; cantidad de convivientes durante la cuarentena; tipo de ocupación; grado de disminución de los ingresos económicos durante el confinamiento. A partir del cruce de estos datos sociodemográficos con las respuestas a la encuesta, los resultados de nuestra investigación nos permiten elaborar hipótesis para futuros estudios focalizados que nos posibiliten detectar, caracterizar y delimitar: factores de riesgo, protectores y predictores de situaciones de vulnerabilidad de la Salud Mental durante la pandemia COVID-19 en Argentina, asociados con perfil epidemiológico.

Desde el punto de vista metodológico, se trata de un estudio de corte transversal, en el que consideramos como variables independientes a nuestra encuesta *online*, mientras que las variables dependientes son las respuestas de los sujetos a cada ítem. La FCV arroja un valor final, como indicador de temor. En cuanto a los factores incluidos en el perfil epidemiológico de la población, ellos son considerados, en nuestros cruces de variables, combinados con los *inputs* de las variables independientes (encuesta).

En lo que respecta a las variables dependientes (VDs), nos interesa evaluar los siguientes *outputs*: 1. temor al COVID-19 en Argentina; 2. miedo a contagiar a familiares y allegados; 3. ánimo depresivo durante la cuarentena obligatoria; 4. aumento del consumo de alcohol durante la cuarentena obligatoria; 5. grado de acuerdo o desacuerdo con la imposición de la cuarentena obligatoria en Argentina.

Por lo tanto, se trata de un estudio de corte transversal, observacional, analítico, factorial (perfil epidemiológico + encuesta) y multivariado (5 VDs).

La muestra la hemos conformado por conveniencia, lo cual constituye la principal debilidad del estudio, ya que no se trata de un muestreo estratificado ni segmentado según categorías censales. Los sujetos han sido invitados por medio de redes sociales, principalmente a través de Facebook y WhatsApp. Por WhatsApp, a través de las cuentas personales de los investigadores, invitando a sus contactos y solicitando a los mismos que difundan la invitación. Por Facebook, también a través de las cuentas personales de los investigadores y, además, por medio de una campaña paga de reclutamiento lanzada desde la página denominada "Invesam - Investigación en Salud Mental".

Para el análisis estadístico, hemos utilizado el software SPSS versión 23.0.

Actualmente, nuestro equipo se encuentra trabajando en dos etapas de modo superpuesto, en función de la urgencia con que queremos poner a circular la información, dada la situación actual de evolución de la pandemia. Por un lado, continuamos la

etapa del análisis referida a algunos datos específicos, particularmente en lo que respecta a personal de salud en servicio. Por otro, hemos iniciado rápidamente la etapa de comunicación de resultados, para compartir lo antes posible nuestros primeros hallazgos.

En este sentido, hemos enviado un primer manuscrito a la *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, el día miércoles 14 de mayo de 2020. El artículo fue aceptado en la instancia de evaluación de aspectos formales, y el jueves constituyeron un comité de evaluadores *ad hoc* por vía remota. Al cabo de la evaluación, el trabajo fue aceptado para su publicación. Este es el primero de una serie de artículos en preparación, correspondientes al primero de los dos protocolos en curso sobre el tema, llevados adelante por este equipo de investigadores.

A continuación, resumimos los hallazgos principales de los resultados consignados en el artículo mencionado:

- La pandemia por COVID-19 y la medida de confinamiento preventivo obligatorio impacta en la salud mental de los individuos argentinos.
- El temor al COVID-19 es mayor en las personas de entre 55 y 59 años.
- El temor al COVID-19 es significativamente menor en las personas de 70 años o más.
- Los individuos jóvenes manifestaron mayor tristeza y disminución en la energía desde que inició el confinamiento.
- Los individuos jóvenes reportaron haber incrementado el consumo de alcohol durante el confinamiento.
- Más del 90% de la población manifestó acuerdo con el confinamiento.

Nuestro próximo *paper*, actualmente en preparación, está referido específicamente a la evaluación de estos efectos sobre personal de salud en servicio durante la pandemia en Argentina.

Consideraciones éticas

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital B. Moyano de la Ciudad de Buenos Aires.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a quienes participaron voluntariamente del estudio y especialmente a los trabajadores de la salud por su continua ocupación durante esta pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization (2020). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet].
- Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PloS one*, 15(4):e0231924.

- Cosic K, Popovic S, Šarlija M, Kesedžic I (2020). Impact of human disasters and COVID-19 pandemic on mental health: potential of digital psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 32(1):25-31.
- Pappas G, Kiriaze IJ, Giannakis P, Falagas ME (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clin Microbiol Infect*, 15(8):743-7.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Hamza Shuja K, Aqeel M, Jaffar A, Ahmed A (2020). COVID-19 Pandemic and Impending Global Mental Health Implications. *Psychiatria Danubina*, 32(1):32-5.
- Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*, 1-9.
- Soraci P, Ferrari A, Abbiati FA, Del Fante E, De Pace R, Urso A, et al (2020). Validation and Psychometric Evaluation of the Italian Version of the Fear of COVID-19 Scale. *Int J Ment Health Addict*, 1-10.
- Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
- Arenas MC, Puigcerver A (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología* (internet), 3(1):20-9.
- Sareen J, Erickson J, Medved MI, Asmundson GJ, Enns MW, Stein M, et al (2013). Risk factors for postinjury mental health problems. *Depress Anxiety*, 30(4):321-7.
- Carbó GFC, Orellán RG (2020). Burden and gender inequalities around informal care. *Investigación y educación en enfermería*, 38(1):7.
- Wenham C, Smith J, Morgan R, Gender, Group C-W (2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet*, 395(10227):846-8.
- Huang Y, Zhao N (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*, 288:112954.

¿PADRES Y MADRES EN SU INTERACCIÓN CON SUS HIJOS/AS, TIENEN UN ROL DIFERENTE RESPECTO DE LA SALUD PSÍQUICA DE LOS NIÑOS/AS?

Samaniego, Virginia Corina

Universidad Católica Argentina. Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Un abordaje particular de los problemas psíquicos en la infancia es el que se realiza desde la Epidemiología. En la presente investigación ese enfoque se articula con el de la Psicopatología del desarrollo. En 1992 Phares publicó un artículo titulado ¿Dónde está papá?, en el cual señalaba que luego de haber revisado literatura clínica de niños y adolescentes, los padres en comparación con las madres estaban subrepresentados. La situación no ha cambiado demasiado según expresa ella y otros autores en un artículo posterior (2005). Este estudio ha tenido como objetivo examinar la contribución relativa de factores próximos a la aparición de problemas de comportamiento y emocionales en niños/niñas en edad escolar, estableciendo diferencias entre madres y padres. Entre los factores próximos se encuentran la tolerancia parental, la salud mental del padre y de la madre y aspectos de la familia tales como flexibilidad y cohesión familiar. La muestra estuvo formada por 163 niños de 6 a 11 años. Los hallazgos indican que tanto en padres como en madres a menor tolerancia parental y mayor grado de psicopatología, los niños presentan más grado de problemas de comportamiento y emocionales. Sin embargo, la asociación encontrada en padres es menor que en madres.

Palabras clave

Padres - Madres - Salud mental - Niños en edad escolar - Tolerancia parental

ABSTRACT

DO FATHERS AND MOTHERS, IN THEIR INTERACTION WITH THEIR CHILDREN, HAVE A DIFFERENT ROLE REGARDING THE MENTAL HEALTH OF CHILDREN?

A particular approach to psychic problems in childhood is that carried out from Epidemiology. In the present investigation, this perspective is articulated with that of Developmental Psychopathology. In 1992 Phares published an article entitled Where's Poppa ?, in which he pointed out that after having reviewed clinical literature on children and adolescents, fathers compared to mothers were underrepresented. The situation has not changed too much, as she and other authors express in a later article

(2005). The aim of this study was to examine the relative contribution of close factors, to the appearance of behavioral and emotional problems in school-age children, establishing differences between mothers and fathers. Nearby factors include parental tolerance, mother and father's mental health, and aspects of the family such as flexibility and family cohesion. The sample consisted of 163 children from 6 to 11 years old. The findings indicate that children presenting a greater degree of behavioral and emotional problems is a fact associated with fathers and mothers that manifest less parental tolerance and a greater degree of psychopathology. However, the association found in fathers is smaller than in mothers.

Keywords

Fathers - Mothers - Mental health - School age children - Parental tolerance

Introducción

Un manera específica de estudiar los problemas psíquicos en la infancia es el que se realiza desde la Epidemiología desde un enfoque poblacional, investigando su origen, desarrollo, posibilidad de prevención y tratamiento. Es así que la Epidemiología del desarrollo (Costello & Angold, 2000) se ocupa de estudiar el curso de las patologías en la infancia y su posibilidad de predicción. Otro paradigma que permite, articulado con el anterior, comprender este tipo de problemas es el de Psicopatología del desarrollo entendida como el campo científico e interdisciplinario que busca elucidar el interjuego entre aspectos biológicos, psicológicos y socio-contextuales del desarrollo normal y anormal a través del curso de la vida (Cicchetti & Toth, 2009). En este marco el foco está puesto en los patrones normales del desarrollo, continuidades y discontinuidades en el funcionamiento y en las interacciones transformadoras en diferentes períodos del desarrollo que producen resultados adaptativos o maladaptativos. Para entender lo maladaptativo es necesario verlo en relación a qué es considerado normativo para un determinado período del desarrollo (Cicchetti & Toth, 2009).

Todas las formas de funcionamiento psicológico están afectadas tanto por la crianza como por la naturaleza; y el desarrollo psico-

lógico no puede tener lugar sin la maduración biológica influenciada genéticamente, pero los cambios biológicos están lejos de ser independientes del aporte del ambiente (Rutter, 2005). Así es que la Psicopatología del desarrollo nos permite predecir y entender los cambios del desarrollo a partir de investigar los factores familiares, sociales y culturales que rodean al niño/a. Entre los factores y procesos a estudiar es importante identificar aquellos que exponen a los niños al riesgo de sufrir problemas de conducta duraderos versus los que remiten con el tiempo y se deben a aspectos del desarrollo. Es así que se habla de factores próximos que afectan la calidad de la interacción padres-niños momento a momento, y los factores contextuales que se encuentran en el ambiente más amplio (Olson, Ceballos y Park, 2002). Las estrategias de socialización de los padres están haciendo tiempo asociadas con el desarrollo de psicopatología temprana. En 1992 Phares publicó un artículo titulado ¿Dónde está papá?, en el cual señalaba luego de haber revisado literatura clínica de niños y adolescentes tanto empírica como teórica, cómo los padres en comparación con las madres estaban subrepresentados en esas investigaciones. Concluía diciendo que era de esperar que esto cambiara en los años por venir (Phares, 1992). La situación no ha cambiado demasiado según señala la misma autora y otros colaboradores en un artículo posterior (2005). Igualmente Moreno, Silverman, Saavedra y Phares (2008) sostienen que muchos investigadores han señalado cómo la escasez del involucramiento de padres en las investigaciones psicológicas es un problema, dado que tanto los padres como las madres juegan un rol crítico en el desarrollo del niño y en el desarrollo y mantenimiento de sus problemas internalizantes y externalizantes. Esta escasez ha producido probablemente un cuadro incompleto del contexto familiar implicado en la psicopatología del niño. Es probable que los padres tengan visiones diferentes a las de las madres, pero hasta qué punto hay tales diferencias no está claro. El Departamento de Servicios humanos de los Estados Unidos, por ejemplo, ha enfatizado la importancia de incluir a los padres en los procesos de investigación (Moreno et al., 2008).

En relación con el rol del padre en la psicopatología de los niños Amato & Rivera (1999) en un estudio efectuado en 994 hogares encontraron que un mayor involucramiento paterno estaba asociado con menos problemas de conducta incluso después de controlar por el involucramiento materno. Este estudio muestra cómo realmente los padres hacen una contribución específica respecto a los problemas externalizantes de sus hijos. Por su parte Mezulis y colaboradores (2004) encontraron que la depresión materna pero no la depresión paterna predice más síntomas internalizantes en niños.

Un aspecto crucial a tener en cuenta en el estudio de la psicopatología en niños es si existe o no un informante óptimo. Padres, madres, maestros, cuidadores difieren en la información que aportan. Algunos autores señalan que los padres son la mejor fuente de información. Sin embargo al día de hoy no

hay “gold standard” respecto a quien es el mejor informante sobre el funcionamiento del niño (Duhig A. et al., 2000). El acuerdo bajo a moderado entre informantes no ha tomado en cuenta que existe una especificidad situacional. Aquellos informantes que interactúan con el niño en el mismo ambiente, por ej. (padres y madres) tienden a tener un acuerdo mayor que aquellos que interactúan con el niño en ambientes diferentes, (por ej. padres y maestros). En un metaanálisis realizado (Duhig et al., 2000) respecto al acuerdo entre padres y madres sobre problemas comportamentales en general y externalizantes e internalizantes en particular, los autores señalan que en lo que atañe a las discrepancias entre madres y padres al estimar problemas emocionales y comportamentales, las madres y padres tienden a exhibir menos diferencias en lo que se refiere a problemas externalizantes que en los problemas internalizantes y problemas comportamentales totales. El pequeño desacuerdo entre madres y padres existe y parece ser sistemático. Las madres tienden a reportar levemente más problemas comportamentales que los padres. Esta tendencia ha tenido diferentes explicaciones, una de ellas sostiene que las madres están más tiempo que los padres con los niños y por lo tanto están más expuestas a sus conductas.

Es así que el presente estudio ha tenido como objetivo examinar la contribución relativa de factores próximos a la aparición de problemas de comportamiento y emocionales en niños/niñas en edad escolar, estableciendo diferencias entre padres y madres. Entre esos factores próximos se han considerado la tolerancia parental, la salud mental del padre y de la madre y aspectos de la familia tales como flexibilidad familiar y cohesión familiar.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional analítico transversal.

Muestra

Se trabajó con una muestra intencional de 163 niños/as de población general que asistían a escuelas públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires, tomando como informantes a sus padres/madres. Invitados a responder ambos padres lo hicieron efectivamente 152 madres y 79 padres. Tomando los 163 niños, en el 93% de los casos se obtuvo respuestas de la madre pero solo respondió un 48% de los padres; en 11 casos (7%) se obtuvo respuestas solo del padre. Solo en 68 casos se obtuvieron las respuestas de ambos padres de un mismo niño.-

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos que se administraron a los padres fueron:

Un cuestionario con preguntas cerradas que permitieron evaluar los datos sociodemográficos. La Escala de tolerancia parental (Samaniego, 2010). Se trata de un instrumento estandarizado compuesto por 21 ítemes. El puntaje total se obtiene a partir de

la suma de los parciales. Un mayor valor indica menor tolerancia. El Child Behavior Checklist 6-11 años (Achenbach, 1991, validado por Samaniego, 2008) versión para padres en su sección de problemas comportamentales (CBCL-P) para evaluar los trastornos psíquicos en niños. Consta de una sección de problemas comportamentales con 118 ítems. Se obtienen escalas estrechas y amplias y puntaje total. En este estudio se ha trabajado con el puntaje total.

La Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Faces III, adaptación y validación Barreyro & Schmidt, 2010) escala desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle, la cohesión y la adaptabilidad familiar. Faces III consta de 40 ítems, cada uno se evalúa en una escala Likert de cinco opciones.

El auto reporte del comportamiento de adultos 18 a 59 años (Achenbach & Rescorla, 2003, validación Samaniego & Vázquez, 2012) es un instrumento estandarizado para registrar problemas comportamentales de adultos de 18 a 59 años. En este estudio se ha trabajado con el puntaje total.

Procedimientos y trabajo de campo

Para acceder a la muestra planteada se contactaron numerosas escuelas públicas y privadas donde se presentó el proyecto, encontrando en muchos casos obstáculos para acceder a la muestra de padres-madres. Se logró trabajar finalmente en 9 escuelas públicas y privadas. Además de estas se contactó una juguetería. Dado que de todas formas el número de casos de madres y padres obtenido resultaba pequeño, se apeló también a la obtención de casos por el método de bola de nieve. En el caso de las escuelas en que se presentó el proyecto a los directivos y ellos accedieron a participar se explicó que la convocatoria a los padres se haría a través del cuaderno de comunicaciones y así se hizo. En el día y hora prefijados la investigadora principal se hizo presente en la escuela y se completaron los cuestionarios que son auto-administrados. En el caso en que la madre o padre encontrara dificultades en responderlo dado su nivel de instrucción, el cuestionario fue administrado por la investigadora. En los casos en que acudió solo la madre se le entregó el cuestionario en sobre cerrado para que lo contestara el padre, obteniendo muy baja respuesta. El relevamiento de datos se hizo en los años 2013-2014, 2015.

Resultados

Habiendo calculado correlaciones de Pearson sobre las respuestas dadas por los padres se encontraron asociaciones positivas de los problemas de comportamiento con tolerancia parental ($r=.437$, $p<.000$) y con salud mental del padre ($r=.308$, $p<.006$). Al efectuar una regresión múltiple se obtuvo que el mejor predictor fue la tolerancia parental explicando un 19% de la varianza ($p<.000$) seguido de la salud mental del padre con un 4% ($p<.000$). En un análisis similar para las respuestas dadas por las madres se encontraron asociaciones de los

problemas de comportamiento positivas con tolerancia parental ($r=.557$, $p<.000$) y con salud mental de la madre ($r=.538$, $p<.000$) y negativa con cohesión familiar ($r=-.316$, $p<.000$). Al calcular una regresión múltiple se obtuvo que el mejor predictor era la tolerancia parental explicando un 31% de la varianza ($p<.000$) seguido de la salud mental de la madre con un 10% ($p<.000$). La cohesión familiar quedó excluida del modelo. No se encontraron asociaciones con variables sociodemográficas. La correlación encontrada entre padres y madres respecto a la salud mental de sus hijos fue de $.69$ ($p<.000$). Sobre estos mismos casos, el valor de la media del puntaje total de problemas comportamentales en las respuestas dadas por los padres fue de 25.56 y la media de las madres fue de 28.86 siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p<.000$)

Conclusiones

La mayor parte de estudios que se refieren a la salud mental así como a otras problemáticas que atañen a los niños incluyen casi exclusivamente madres, dejando por fuera, la relación de estos con los padres. En nuestra cultura se señala cada vez más la mayor inclusión de los padres en la crianza de los niños, los datos no refrendan esta concepción, solo respondió un 48% del total de los padres de la muestra de niños. Lo encontrado aporta a continuar sosteniendo que son las madres las principales cuidadoras de los niños. Como ya lo expresaran Berry, Poortinga, Breugelmans, Chasiotis y Sam (2011), comparativamente el cuidado de los padres es aún poco común, según lo revelan datos provenientes de 189 países. Este estudio realiza un aporte en este mismo sentido. Considerando la contribución relativa de los factores próximos, Tanto en padres como en madres a menor tolerancia parental y mayor grado de psicopatología, los niños presentan más grado de problemas de comportamiento y emocionales. La cohesión familiar es un factor de importancia sólo desde la perspectiva materna. Sin embargo, al considerar todos los factores en conjunto, la cohesión familiar no resulta ser un factor de importancia pero se mantienen los otros dos. El patrón encontrado en padres indica una asociación menor con la salud mental infantil que el encontrado en las madres. Ya se han planteado en estudios anteriores diferencias en las percepciones entre padres y madres (Samaniego, 2004) con lo cual este estudio realiza nuevos aportes respecto a las diferencias en las interacciones de padres y madres con sus niños. La correlación encontrada entre padres y madres respecto a la salud mental de sus hijos es grande tomando en cuenta el criterio de Cohen (1988) y superior a la encontrada en el estudio de estandarización (Samaniego, 2008). Respecto a la discrepancia encontrada en este estudio en la percepción de los problemas comportamentales de padres y madres, donde las últimas perciben más problemas que los padres, este hallazgo coincide con lo reportado en el metaanálisis efectuado por Duhig y colaboradores (2000). Esta diferencia puede estar indicando una variación real de las conductas de los niños en

circunstancias vinculares diferentes (Kerr, Lunkenheimer & Olson (2007). Como las madres pasan más tiempo con los niños están más expuestas a sus conductas. También puede ocurrir que efectivamente los padres ven menos conductas disruptivas en los niños, siendo la diferencia un fiel reflejo de lo que experimentan. (Duhig et.al, 2000).

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T. (2000). Assessment of psychopathology En A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.). *Handbook of Developmental Psychopathology* (2da edición pp. 41-56). New York: Springer.
- Achenbach, T. M. (2001). Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Australasian Psychiatry*, 35(3), 263-271.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult forms & Profiles*. Burlington, V.T. University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Amato & Rivera (1999) Paternal involvement and children's behavior problems. *Journal of Marriage and the family* 61, 375-384.
- Barreyro, J.C. & Schmidt, V. (2010). Adaptación de la escala a nuestra población. Propiedades psicométricas de la versión argentina En N. Leibovich de Figueroa, V. -Schmidt y otros, *Ecoevaluación psicológica del Contexto Familiar, aspectos teóricos y empíricos. Adaptación argentina de escala Faces III*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Berry, J., Poortinga, Y., Breugelmans, S., Chasiotis, A. & Sam, D. (2011) *Cross- Cultural Psychology. Research and Applications*, Third edition. New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. & Toth, S. (2009) The past achievements and future promises on developmental psychopathology: the coming of age of a discipline *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50, 1-2, 16-25
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costello, E. & Angold, A. (2000). Developmental Epidemiology. A Framework for Developmental Psychopathology. En A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.). *Handbook of Developmental Psychopathology* (2da edición pp. 57-73). New York: Springer.
- Duhig, A., Renk, K., Epstein, M., & Phares, V. (2000) Interparental Agreement on Internalizing, Externalizing, and Total Behavior Problems: A Meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 7(4) 435-453.
- Kerr, D., Lukenheimer, E. & Olson, S. (2007) Assessment of child problem behaviors by multiple informants: a longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and psychiatry* 48, 967-975.
- Mezulis, A, Shibley, H.J. & Clarkke, R. (2004) Father involvement moderates the effect of maternal depression during child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of family Psychology* 18, 575-588.
- Moreno, J., Silverman, W., Saavedra L., y Phares V. (2008). Father's ratings in the assessment of their child's anxiety symptoms: a comparison to mother's ratings and their associations with paternal symptomatology. *Journal of family Psychology* 22 (6) 915-919.
- Olson, S.L., Ceballo, R. & Park, C. (2002) Early problem behavior among children from low income, mother- headed families: a multiple risk perspective *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 419-430.
- Phares, V. (1992). Where's Poppa?: The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. *American Psychologist*, 47, 656-664.
- Phares, V., Sherece Fields, S., Kamboukos, D. & Lopez E. (2005). Still Looking for Poppa. *American Psychologist*, 60 (7) 735-736.
- Reef, J., Diamantopoulou, S., Van Meurs, I., Verhulst, F., & Van Der Ende, J. (2009). Child to adult continuities of psychopathology: a 24 year follow up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(3), 230-238.
- Rutter, M. (2005). Multiple meanings of a developmental perspective on Psychopathology. *European Journal of developmental Psychology* 2(3) 221-252.
- Samaniego, V.C. (2004) Tolerancia parental hacia las conductas infantiles: factor de mediación? Tesis Doctoral.
- Samaniego, V.C. (2008). El Child Behavior Check List: su estandarización en población urbana Argentina. *Revista de Psicología, UCA*, 4 (8), 113-130.
- Samaniego, V.C. (2010). Escala de tolerancia parental hacia los comportamientos infantiles, elaboración y validación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (2), 203-214.

TRABAJO INFANTIL URBANO, TERRITORIO Y DISCURSIVIDAD

Serantes, Alexis

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El trabajo infantil urbano está caracterizado por una multiplicidad de prácticas y de discursos de actores sociales de diversos colectivos. En este trabajo se propone indagar cuáles son los discursos que los actores sociales que comparten el territorio tienen acerca de los niños y niñas en situación de trabajo infantil en los medios de transporte urbano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A través de una investigación de tipo cualitativo, con una metodología de análisis crítico de discursos y la herramienta de identificación de repertorios interpretativos, se analizaron 40 entrevistas a pasajeros y trabajadores del ámbito del transporte público urbano realizadas en 2017. Se hallaron tres tipos de discursos: el Discurso asociado a la Minoridad, el Discurso asociado a la Protección y el Discurso asociado a la Producción Sociohistórica. En el trabajo se intentarán descifrar las características, similitudes y contrastes, para abrir interrogantes acerca de las praxis relacionadas con los mismos.

Palabras clave

Trabajo infantil - Medios de transporte - Urbanidad - Discursos

ABSTRACT

URBAN CHILD LABOUR, TERRITORY AND DISCURSIVITY

Urban child labour is characterized by a multiplicity of practices and discourses by social actors from various groups. In this work, it is proposed to investigate what are the discourses that the social actors that share the territory have about boys and girls in child labour situation in the urban transport means of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Through qualitative research, with a critical discourse analysis methodology and the tool for identifying interpretive repertoires, 40 interviews made in 2017 with passengers and workers in the field of urban public transport were analyzed. Three types of discourses were found: the Discourse associated with Minority, the Discourse associated with Protection and the Discourse associated with Socio-historical Production. In the work, an attempt will be made to decipher the characteristics, similarities and contrasts, to open questions about the praxis related to them.

Keywords

Child labour - Means of transport - Urbanity - Discourses

Introducción

El campo del trabajo infantil se presenta como un problema complejo y heterogéneo, tanto en cuanto a las prácticas que lo componen como en las formas de ser interpretado. Los discursos abolicionistas y proteccionistas entran en tensión en los campos políticos, institucionales y académicos, pero los territorios donde se desarrolla la práctica incluyen una mayor heterogeneidad de actores y se articulan con imaginarios sociales instituidos. Las desigualdades sociales en este campo también se visibilizan en temas de clases, géneros y etnias, habilitando prácticas, representaciones y sujetos diversos en una matriz de producción histórica también desigual.

En el ámbito del transporte público urbano, las prácticas ligadas a la “zona gris” y a la informalidad del trabajo Perelman (2014) construyen una heterogeneidad de actores en actividades sociales, económicas y artísticas (Rivero, 2007), donde se comparten modos de producción, relaciones de poder, y sobre todo un territorio donde se interactúa cotidianamente. Los trabajadores y trabajadoras ambulantes en el transporte público comercializan con los mismos usuarios, transitan los mismos andenes y plataformas y se relacionan también con empleados de las empresas de transporte y con agentes de seguridad. Todo ello necesita del respeto mutuo por las formas de trabajo y un sistema de organización interno, el cual no está precisamente regulado por el Estado, sino que encuentra otras formas que garantizan la convivencia y el orden diario.

Desde Psicología Social Comunitaria resulta indispensable entender a los actores sociales como constructores de la realidad en la que viven (Montero, 2004). En este sentido es necesario estudiar los fenómenos sociales admitiendo una multiplicidad y diversidad en los agentes que componen una comunidad. Por ende, también se debe asumir la existencia de diferentes fuentes de creencias y valores y de relaciones de poder y opresión, factores que permiten el desarrollo de conflictos y tensiones de intereses que hacen del objeto de estudio una cuestión heterogénea y variable en el tiempo. Los discursos, asimismo, son fuentes de información y de construcción de realidades, de sujetos, de prácticas y de instituciones que permiten sostener o poner en disputa las desigualdades sociales.

Objetivos

Como objetivo de la investigación se pretende indagar los discursos que sostienen los actores sociales que comparten el territorio (pasajeros y trabajadores) sobre el Trabajo Infantil Urbano en los Medios de Transporte Públicos y los Niños, Niñas y Adolescentes trabajadores.

Metodología

El presente trabajo presenta un enfoque cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo. Para cumplir con los objetivos propuestos, se utilizaron como fuente primaria los relatos de actores sociales que comparten el territorio del Trabajo Infantil Urbano en Medios de Transporte Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Estos fueron pasajeros y trabajadores del transporte, como artistas, empleados de mantenimiento, maquinistas, vendedores ambulantes, guardas, señaleros y empleados de kioscos en estaciones de trenes. Para llegar a los mismos se realizaron encuentros de forma accidental-aleatoria en las estaciones de trenes y subtes de la ciudad durante el mes de Diciembre de 2017. El instrumento fue diseñado para este propósito a modo de un cuestionario heteroadministrado. La muestra estuvo compuesta por 40 entrevistas a actores sociales que comparten el territorio del trabajo infantil en los medios de transporte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Un total de 26 de ellos fueron pasajeros mientras que 14 fueron trabajadores del ámbito del transporte, todos ellos de las líneas A, B, C, D y H del subterráneo y de los Ferrocarriles Mitre, Roca, San Martín, Urquiza, Belgrano Norte y Sur y de micros de larga distancia. La persona de menor edad tenía 20 años, mientras que la mayor 71, siendo una media muestral de 35,37 años con un desvío estándar de 10,35, con un 52,5% de género masculino y un 47,5% de género femenino.

La estrategia de análisis del material recolectado de los encuentros fue un Análisis Crítico del Discurso, definida como “un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político” (Van Dijk, 1999; 23). Dentro de esta perspectiva se optó por la estrategia de Identificación de Repertorios Interpretativos propuesta por Wetherell y Potter (1998). Esta rama interpretativa no busca usar el discurso para descubrir una realidad objetiva subyacente a lo que se habla, sino que propone al discurso como una unidad de análisis en sí misma, y no a los sujetos analizados. De esta manera se concibe al discurso como algo variable, y no como algo homogéneo y perteneciente a cada individuo.

Resultados

Descripción del Fenómeno

Al indagar cuestiones descriptivas acerca del Trabajo Infantil, se encuentra que el 55% de los entrevistados indican que observan tanto niños como niñas de forma indistinta en actividades laborales en los medios de transporte. Por su parte, el 42,5% indica que en su mayoría los niños observados son varones, mientras que sólo el 2,5% advierte que son mayoría de niñas. Por otro lado, al indagar las zonas del territorio, se encuentra que los actores involucrados señalan que la mayoría de la actividad laboral de los niños, niñas y adolescentes se centra en el recorrido de los vagones de los subterráneos y trenes de la ciudad. Además, se apuntan como zonas secundarias los andenes, las boleterías y las entradas a las estaciones. Algunas estaciones parecen resultar relevantes al centrar la actividad, como Retiro, Constitución, Once/Pueyrredón, Plaza Italia, Federico Lacroze y Flores. En cuanto a las edades de los chicos, los relatos destacan que se observan primordialmente niños entre 5 y 13 años, haciendo un foco especial entre los 8 y 10 años. No obstante, muchos subrayan que, si bien en la edad mencionada suele comenzar la actividad de forma independiente, se pueden observar niños más pequeños y bebés acompañando a sus padres o a sus hermanos mayores en el trabajo. También pueden observarse adolescentes, pero posiblemente no resulta llamativo de la misma forma, ya que no se menciona con la misma insistencia. Las formas señaladas de trabajo son el reparto de estampitas y tarjetas, la exhibición de malabares, el canto, o la venta de objetos pequeños como artículos para el pelo, curitas o lapiceras. Por último, no resulta menor destacar que el 100% de las personas entrevistadas alguna vez vieron o suelen ver niños, niñas o adolescentes trabajando en los respectivos medios de transporte.

Análisis

Al realizar el Análisis Crítico del Discurso sobre el Trabajo Infantil en Medios de Transporte Urbanos por parte de los actores sociales que circulan por el territorio, se han identificado tres repertorios interpretativos distintos: un “Discurso asociado a la Minoridad”, un “Discurso asociado a la Protección”; y, por último, un “Discurso asociado a la Producción Sociohistórica”. Para cada uno de ellos, se identificaron diversas cuestiones: la concepción del Trabajo que se menciona implícita o explícitamente, el tipo de sujeto que se construye en torno al trabajador infantil, las causas que se mencionan para el fenómeno, las soluciones pensadas como posibles, necesarias o viables y las posibilidades y el futuro que aparecen en el imaginario del futuro de los niños, niñas y adolescentes trabajadores.

Discurso asociado a la Minoridad

En este discurso aparecen principalmente la figura del “menor”, como niño alejado de la normatividad y de la noción de una familia heteropatriarcal clásica y de clase media. Aparecen anclajes en lo que fue el “peligro moral y material” impulsado por el modelo tutelar del siglo XX (Pipo, 2011), debido a los contextos de peligrosidad en los que se hace el énfasis en este discurso. Se hace un fuerte hincapié en la figura de un adulto explotador, generalmente en padres y familiares de los niños, como responsables de la situación. El modelo de familia aquí construido gira en base a la diferenciación de clases y a la desprotección parental de los niños que eventualmente serán parte de la droga y la delincuencia. Las labores infantiles no son concebidas como trabajo, puesto que la noción que aparece acerca del trabajo es la de una actividad que dignifica la vida humana, que rara vez resulta perjudicial. En relación. Bauman (1998), describe la ética construida bajo la idea de que “trabajar es un valor en sí mismo, una actividad noble y jerarquizadora” (1998: 17). Asimismo, el valor de dicho salario indicaría también un valor como ser humano, haciendo así que la moral se concibiera en términos económicos de ganancia. El tipo de sujeto del trabajo infantil que se encuentra en este discurso es aquél surgido de la criminalidad. En este caso, las menciones se dirigen principalmente a la crianza en espacios de ilegalidad y a los contextos de una clase baja criminalizada. De esta manera, resalta la figura de un posible menor, descuidado y quizás peligroso. En una línea de análisis posible Duschatzky y Skliar (2000), mencionan que una de las formas de construir la relación con los otros y de comprender la diversidad es bajo la idea de “el Otro como fuente de todo mal”. Bajo esta versión la alteridad es construida bajo estereotipos binarios, donde el Otro malo es depositario de todos los males y portador de las “fallas” sociales, disolviendo las heterogeneidades y sustentando también formas de exclusión y dominación históricas. El discurso se basa, quizás, en una perspectiva lineal de la problemática, no a fines de prevención sino de sanción una vez que se visibiliza el problema, siendo principalmente los padres de los niños trabajadores depositarios de dicho castigo. Este discurso presenta, siguiendo con el énfasis en la criminalidad e ilegalidad, una idea de que los niños y adolescentes trabajadores serán en un futuro adictos a la droga y caídos en la delincuencia; y, al igual que la construcción que se hace sobre sus familias, en un polo alejado a la idea de un trabajo digno.

“El trabajo es dignidad. Sirve para forjar un futuro. (...) No, no es un trabajo estar pidiendo. Es fácil pedir (...) Yo no compro nada. Siento que si les doy algo lo van a usar para drogarse (...) Porque los padres son adictos, a la droga o al alcohol. Y usan a los chicos para dar lástima y así pedir limosnas. (...) Yo prohibiría todas las ventas en el subte. Todas, eh. No sólo la de los chicos (...) Creo que caerán en la droga, la violencia y las violaciones. Todo muy negro”

Discurso asociado a la Protección

En este discurso el énfasis se hace en el trabajo de los niños, niñas y adolescentes en territorios urbanos a modo de estrategias de supervivencia frente a una desigualdad estructural. El énfasis en la responsabilidad se corre de las familias y pasa a ponerse en juego el rol del Estado como garante de los derechos de la infancia. La solución propuesta gira en base a las intervenciones estatales y a la necesidad de educar a los niños en situación de vulnerabilidad. La creencia que se tiene alrededor del trabajo en este discurso gira en base a la realización personal y al progreso económico. De esta manera, el trabajo es visto como algo positivo, no desde una perspectiva basada en lo moral, sino siempre y cuando la actividad sea placentera, permita cumplir con metas y esté bien remunerada. Sin embargo, también se comprenden casos donde el trabajo es perjudicial debido a las malas condiciones. Esta noción puede ser representada por la definición de Dessors y Molinier (1998), entendiéndola como una construcción de la identidad pero que puede ser una fuente de sufrimiento. A su vez, el Trabajo Infantil es más bien considerado como una zona gris, donde no termina de definirse como trabajo ni como desocupación. La noción que aparece sobre la construcción del sujeto del trabajo infantil es la de un niño sobreviviente. Suele hacerse énfasis en las estrategias de supervivencia que los niños deben llevar a cabo en su trabajo cotidiano debido a su condición de vulnerabilidad, siendo ya una práctica naturalizada por los mismos. También pueden aparecer algunos indicios de las ideas encontradas por Uhart (2012) y Lenta (2016) acerca de niños adultecidos que “saltaron etapas” para sobrevivir a estas situaciones. Asimismo, es posible toparse con sentimientos de lástima y de impulsos de protección para con los niños trabajadores. En este discurso las causas mencionadas del trabajo infantil se asocian con la pobreza y la ausencia del Estado en la protección. De esta manera guarda cierta asociación con la postura abolicionista de la OIT y de UNICEF (Rausky, 2009), destacando la desigualdad como factor decisivo para que las familias deban enviar a sus niños a trabajar. No se niega que la explotación familiar -en el sentido asociado al maltrato- pueda existir, pero se entiende que la problemática excede ese tipo de dinámica, ya sea por falta de recursos para buscar otras alternativas laborales o por una necesidad económica urgente. En correlación, la solución pensada desde este discurso para la problemática del trabajo infantil es la asistencia y la escolarización. Desde este punto de vista se apela a un Estado que se presume como potencial competente para resolver esta problemática a través de dispositivos asistenciales o educativos. En síntesis, se apela principalmente al rol de las políticas públicas para resolver las cuestiones sociales de pobreza y desigualdad. En general, bajo este discurso el futuro de los niños y niñas trabajadores también se percibe como negativo, pero no desde un punto criminalizador, sino desde la exclusión social. Se entiende como una imposibilidad de integrarse a la sociedad, sin alternativas, determinados por la

desposesión material y simbólica para atravesar las barreras impuestas para el desarrollo personal.

“El trabajo promueve la independencia y asumir responsabilidades (...) Duele, porque sabés que arrancaron hace mucho. Es lo que tienen a su alcance. Es acostumbrarse a subsistir (...) Nadie hace nada para que no sea así. No deberían estar trabajando. Se deberían cumplir las leyes (...) Es responsabilidad del Estado. Hacen falta políticas en relación con la propuesta de educación”

Discurso asociado a la Producción Sociohistórica

En este último discurso se sostiene la dimensión social del problema, y no desde una perspectiva individual-familiar. No obstante, el foco no está puesto en la pobreza como único generador de exclusión, sino que se comprende la problemática del Trabajo Infantil como parte de un proceso más complejo, atravesado no sólo por el aspecto político-económico sino también por el cultural y la naturalización histórica de la necesidad de que niños, niñas y adolescentes sostengan actividades laborales. De igual manera, la noción de trabajo es pensada no como una actividad ahistórica que beneficia o perjudica según sus condiciones, sino que se postula como una forma de producción particular en este contexto histórico. No obstante, esta complejidad conlleva a plantear soluciones, si bien complejas, algo difusas y con un cierto tono de incertidumbre. Este discurso sostiene la relatividad del beneficio o perjuicio del trabajo según sus condiciones. Sin embargo, amplía la perspectiva entendiendo el trabajo principalmente como una necesidad dentro del contexto en el que nos desenvolvemos. El énfasis está puesto en cómo las formas de producción permiten a los individuos sobrevivir y desarrollarse, pero a su vez analizando la manera en la que al mundo y al sistema le es útil dicha actividad. La concepción que se tiene de los sujetos infantiles trabajadores en el discurso sociohistórico es la de un visibilizador de la expulsión social. El eje se corre tanto de la posible peligrosidad de los niños como de

las estrategias que usan los mismos para sobrevivir, para explicar cómo su actividad es producto de estructuras implícitas de un sistema expulsivo. En este discurso, la problemática es vista principalmente como un producto sociohistórico. No se desliga la responsabilidad ni del Estado ni de las familias a la hora de resguardar la seguridad y el desarrollo de los niños, pero se incorpora la dimensión cultural a la hora de pensar el problema, haciendo énfasis en cómo la actividad del trabajo infantil es en ocasiones transmitida generacionalmente en los sectores vulnerables económica y socialmente. A su vez, la responsabilidad en la protección también se piensa desde otros actores sociales más que el Estado y la familia de los niños, incorporando al resto de la sociedad en el compromiso por el cambio social. En este caso, al concebir la problemática como algo más allá de situaciones de pobreza o de negligencia, se plantea un abordaje más complejo e integral que la asistencia a las familias afectadas o la sanción de las mismas. Implica una manera de posicionarse frente a la naturalización de la problemática en la sociedad actual. No obstante, en ocasiones aparece cierta incertidumbre en cuanto a la forma de abordar correctamente la cuestión, atendiendo a cuestiones más macroestructurales de la expulsión social de los niños trabajadores y de otros colectivos vulnerados. Por último, las posibilidades y el futuro de los niños también son postulados como dificultosos, visibilizando la exclusión de estos niños. Sin embargo se incorpora en el discurso la posibilidad de algunas salvedades en las que el trabajo puede llegar a haber sido beneficioso a la hora de desarrollar herramientas.

“Formamos parte de un sistema en el que se cambia energía por materia. Dentro de ese sistema eso es lo beneficioso (...) Evidencia la pobreza (...) Es una práctica que se reproduce hace mucho tiempo. Viene naturalizada, y lo que se naturaliza sigue porque sí (...) hay una sociedad que lo sostiene de múltiples formas (...) El problema es mayor que lo que hace un pibe en un subte. El problema es la desigualdad, la pobreza, la falta de oportunidad”.

Discurso	Asociado a la minoridad	Asociado a la protección	Asociado a la producción sociohistórica
Concepción del trabajo	Dignificante	Realización personal y progreso económico	Necesidad dentro del contexto
Tipo de Sujeto del TI	Surgido de la criminalidad	Sobreviviente	Visibilizador de la exclusión
Causas del TI	Explotación familiar	Pobreza y ausencia del estado en la protección	Problemática sociohistórica
Solución	Prohibición o castigo	Asistencia y escolarización	Abordaje complejo
Posibilidades y Futuro	Droga y delincuencia	Exclusión social	Exclusión social con salvedades

Significantes transversales

Resulta importante destacar que 15 de las 40 personas entrevistadas usaron espontáneamente el término “indiferencia”. En la mayoría de las situaciones surge al consultar cómo consideran que estos niños son tratados por los pasajeros con los que interactúan. Es por esto que la invisibilización parece ser un sig-

nificante importante a la hora de abordar la problemática. Para Montero (2004), la indiferencia, la pasividad y el interés político son grandes obstáculos para lograr la transformación social, y son partes de la naturalización y familiarización de los procesos por los cuales se van anclando representaciones sociales. Aquí la figura de Homo Sacer (Agamben, 2000) explica cómo ciertos

sujetos son portadores de una nuda vida, sacrificables para el resto por su condición de marginalidad. Para Foucault (1978) la biopolítica del Estado moderno no tiene sólo la capacidad de “hacer vivir”, sino también de “dejar morir”, lo cual además en este contexto se traduce además en la escasez de políticas públicas actuales dedicadas a este campo. Para algunos actores, romper con dicha invisibilización puede resultar un modo de actuar frente a la problemática, ya que se carecen de recursos para actuar de otra forma.

Otro significativo relevante que aparece transversalmente en los discursos es el de la lástima como estrategia para conseguir dinero, o como sensación que provoca observar la situación de los niños. La mendicidad, como práctica histórica, ha sido íntimamente relacionada con la moral cristiana y la salvación a través de la caridad, recolocando y la territorializando la pobreza a disposición de los ricos sintientes de lástima hacia los desafortunados, a pesar de no romper con las estructuras de poder (Castel, 1997).

Otro denominador común es el mal estado en el que están los niños, niñas y adolescentes que trabajan en los medios de transporte público, haciendo referencia al riesgo a la exposición a situaciones de peligro tanto de estos como de los pasajeros.

Conclusiones e Interrogantes

La aparición de los discursos desarrollados permite pensar no sólo la convivencia de paradigmas en ámbitos institucionales, sino además visualizar cómo se materializan en los territorios. La persistencia del discurso sobre la minoridad abre preguntas como: si sólo se prohibiese el trabajo o se castigase a los padres, ¿cómo se rescataría a los niños de esa situación? ¿Cómo se sostendrían económicamente dichas familias? ¿Qué trabajos conseguirían aquellos padres que transitan la informalidad en un contexto capitalista y de flexibilidad laboral? Por su parte, el discurso sobre la protección y la asistencia a los niños que hoy trabajan permite preguntarse: ¿qué sucede con los niños que en un futuro ocuparán ese lugar? ¿Qué sucede con las cuestiones estructurales que vulneran a los sectores económicos más bajos en pos de la producción capitalista? Finalmente, el último discurso que se basa en la estructura social permite interrogar: ¿qué sucede con los niños que transitan hoy en día una situación de vulnerabilidad hasta que cambios más amplios arriben? ¿Es el asistencialismo una forma de acercarse a una igualdad de derechos, o sostiene las desigualdades? Si se descarta dicho asistencialismo, ¿cómo sobreviven el día a día los sujetos? De tal o cual manera, la problemática del Trabajo Infantil sostiene un debate urgente, que no debe abocarse solamente a lo académico y lo estadístico, sino también a la praxis para transformar la situación de los sujetos comprometidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2000). Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. En *Homo Sacer III*. Valencia, España: Pre-textos.
- Bauman, Z. (1998). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. 1° ed. Barcelona, España: Gedisa.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Paidós, Buenos Aires.
- Dessors, D. y Molinier, P. (1998). La psicodinámica del trabajo. En *Organización del Trabajo y Salud*. Buenos Aires, Argentina: Lumen/Humanitas
- Duschatzky, S. y Skliar, C. (200). La diversidad bajo sospecha. Reflexiones sobre los discursos de la diversidad y sus implicancias educativas. En *Cuaderno de Pedagogía Rosario* Año 4 N°7. Rosario, Argentina: Bordes.
- Foucault, M. (1978). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica de Argentina.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Perelman, M. (2014). *Viviendo el Trabajo. Cirujeo y Venta Ambulante. Trabajo y Sociedad* [online], n.23, pp. 45-65. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712014000200003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1514-6871.
- Pipo, V. (2011). Desafiando al destino. Chicos y chicas en situaciones de calle y vulnerabilidad. En Zaldúa, G. (Comp.) *Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rausky, M. E. (2009). ¿Infancia sin trabajo o Infancia trabajadora? Perspectivas sobre el trabajo infantil. En *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, (7, 2, 681-706). Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. Manizales, Colombia.
- Rivero, E. (2007). Relaciones de intercambio y organización en el mundo de la venta ambulante. Los vendedores del Ferrocarril General Mitre. En Salvia, A. y Chávez Molina, E. (2007) *Sombras de una marginalidad fragmentada. Aproximaciones a la metamorfosis de los sectores populares de la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Uhart, C. (2012). El trabajo infantil y la escuela: la construcción de un imaginario. En Macri, M. y Uhart, C. (comp.) *Trabajos Infantiles e Infancias*. Buenos Aires, La Crujía.
- Lenta, M. (2016). *Niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Discursos sobre la infancia y procesos de subjetivación*. Buenos Aires, Eudeba.
- Van Dijk, T. (1999). El análisis crítico del discurso. En *Anthropos*, (186, 23-36). Barcelona
- Wetherell, M. y Potter, J. (1998). El análisis del discurso y la identificación de repertorios interpretativos. En Gordo, A. y Lizana, J. (comps.), *Psicologías, discursos y poder*. Madrid: Visor.

CONSTRUIR LA MUERTE

Verdaro, Camila

Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo pretende realizar una aproximación al trabajo que realizamos como psicoterapeutas con pacientes en la proximidad de la muerte. Enmarcando dicho trabajo en una perspectiva de cuidados paliativos, donde el objetivo radica en lograr la más alta calidad de vida posible para el paciente y su familia. Se construirá el trabajo en torno al relato de un caso clínico, de una paciente de 34 años, atendida por un equipo de salud mental durante una internación en terapia intensiva de un hospital general y público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para la construcción del análisis del caso clínico se tomarán aportes provenientes de diferentes perspectivas teóricas, tanto desde el enfoque de cuidados paliativos como desde el psicoanálisis. Dicho caso se erige como el eje para reflexionar sobre diversos aspectos del trabajo singular y de la clínica en general, y desde el cual han surgido diversos interrogantes. ¿En qué consiste el trabajo sobre la muerte? ¿Qué es una “buena muerte”? Asimismo, ¿Qué beneficios puede traer un encuentro psicoterapéutico en una situación tan extrema? Por último, ¿es el trabajo sobre la muerte exclusivo de tratamientos con pacientes con enfermedades terminales?

Palabras clave

Psicoterapia - Muerte - Calidad de vida - Cuidados paliativos

ABSTRACT

BUILD DEATH

The following paper tries to carry out an approach to the labor we do as psychotherapists with patients in the vicinity of death. Including this work in a palliative care perspective, where the aim is to achieve the highest possible quality of life for the patient and his family. The article will be built around a clinical case, of a 34-year-old patient, attended by a mental health team in an intensive care stay in a general and public hospital in the Autonomous City of Buenos Aires. For the construction of the analysis of the clinical case, contributions from different theoretical perspectives will be taken, both from the palliative care approach and from psychoanalysis. This case allows us to think about different aspects of the singular work and of the clinic in general, and from which various questions have arisen. What does the work on death consist of? What is a “good death”? Likewise, what benefits can a psychotherapeutic encounter bring in such an extreme situation? Finally, is the work on death exclusive to treatments with terminally ill patients?

Keywords

Psychotherapy - Death - Quality of life - Palliative care

“Nunca es verdad que no se puede hacer nada más”.
(Billings, 1989)

Introducción

El presente escrito tiene como objetivo intentar abordar el trabajo que realizamos como psicoterapeutas cuando nos vemos convocados al encuentro con pacientes en la proximidad de la muerte. Para alcanzar dicho objetivo, se partirá del relato de un caso clínico, el cual se erige como el eje para reflexionar tanto sobre aspectos singulares como sobre la clínica en general.

El relato clínico se enmarca dentro de la práctica llevada a cabo en un hospital general y público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, específicamente dentro del dispositivo de interconsulta de salud mental. Dicho dispositivo se define como el trabajo realizado con pacientes internados en diferentes servicios y/o con su familia, a raíz del pedido de intervención del equipo tratante.

Algunos interrogantes que guían este trabajo son: ¿Existen diferencias en la forma en que intervenimos en la proximidad de la muerte, que en situaciones clínicas más “clásicas”? ¿En qué consiste el trabajo sobre la muerte? ¿Qué es una buena muerte? Asimismo, ¿Qué beneficios puede traer un encuentro psicoterapéutico en una situación tan extrema?

Presentación de Beatriz

Beatriz es una paciente de 34 años que luego de cursar una internación de un mes de duración en una sala de clínica médica, es trasladada a la unidad de terapia intensiva debido a un empeoramiento de su cuadro clínico (presentaba uso de musculatura accesoria, tos inefectiva, taquicardia, taquipnea, hipotensión). Es desde dicha especialidad que recibimos la interconsulta por “síndrome depresivo”. Beatriz presenta un diagnóstico “poco claro” según los médicos, quienes refieren que la paciente fue estudiada por largo tiempo recibiendo el diagnóstico de mielitis transversa.

Concurrimos junto a un psiquiatra a hablar con los médicos tratantes quienes refieren que la paciente se encuentra en la etapa final de su vida, “le queda muy poco tiempo”. Y manifiestan, con gran consternación, que en el día de la fecha la paciente decidió rechazar la intubación, firmando el consentimiento debido. Agregan que la ven muy angustiada, ya que la misma tiene hijos pequeños, por lo que consideraron pertinente nuestra intervención.

Cuando iniciamos la entrevista con Beatriz, lo primero que nos transmite es haber tomado la decisión de rechazar la ventilación mecánica. Respecto de esto, se encontraba muy segura y tranquila refiriendo como motivo que “no quiero que mi familia me llegue a ver así, me quiero ir de acá como Dios manda, como él me trajo”. A raíz de esto, nos interpela sobre nuestra opinión acerca de esta decisión, a lo que mi compañero y yo respondemos resaltando la autonomía de sus decisiones y la importancia de que pueda llevarlas a cabo. Después comienza a relatar, con mucha angustia, su preocupación en relación a su familia, principalmente sobre sus 3 hijos. Luego de la primera entrevista, acordamos con mi compañero que, si bien no presentaba criterio para tratamiento psiquiátrico, continuaríamos ambos realizando las entrevistas, debido a la angustia que nos generaba la presentación de la paciente, particularmente, la proximidad en que se encontraba de la muerte.

A lo largo de los próximos encuentros, comenzamos a trabajar sobre el vínculo con sus hijos y particularmente las preocupaciones en torno a estos. En un inicio, la angustia abarcaba todo aquello referido a sus hijos de modo muy abstracto y general. El trabajo realizado consistió en ir ubicando junto con la paciente, de forma más particular y concreta aquellos temores y preocupaciones que más la atormentaban. Respecto de esto, ubica que el mayor temor es dejar solos a sus hijos. Se pregunta cómo se estarán sintiendo y se angustia mucho al pensar en el sufrimiento de ellos. Aparece la preocupación por su comportamiento, su asistencia a la escuela y cómo estarán al cuidado de su madre. Por otro lado, refiere que nunca estuvo tanto tiempo separada de ellos y que no tiene forma alguna de comunicación, únicamente sabe lo que le cuenta su madre cuando la visita. Los hijos no tienen permitido ingresar a la sala por la edad y ella no puede tener celular. A raíz de esto surge la idea de escribirles una carta, expresando aquello que le gustaría decirles antes de fallecer, lo que alivia a Beatriz de forma considerable.

Luego de conocer la situación de Beatriz en relación al distanciamiento con sus hijos, conversamos con los médicos tratantes, quienes se muestran muy comprensivos con la situación de la paciente y acordamos que dejen ingresar a los hijos más grandes, poniendo de relevancia lo positivo que sería tanto para Beatriz como para sus hijos, poder encontrarse. Los profesionales se muestran ciertamente conmovidos por el estado de la paciente, debido a la particularidad de su presentación, a saber, el estado de total claridad de conciencia y la corta edad, en una unidad de terapia intensiva.

Luego de algunos encuentros, Beatriz se encontraba más tranquila. Había podido ver a sus hijos. A raíz del efecto de alivio que dicho encuentro produjo, comenzamos a trabajar junto con Beatriz sobre la vida de sus hijos, a construir de manera conjunta el futuro posible para los mismos sin ella. Es así cómo pudo reflexionar y construir que sus hijos se encuentran acompañados y cuidados mutuamente. Asimismo, trabajamos sobre la confianza que tiene en su madre para que continúe con la crianza

de sus hijos. La significación de su historia y la construcción de un relato sobre la misma fueron produciendo un marcado alivio sobre aquello que constituía su principal motivo de angustia. A partir de esto, las charlas que teníamos acerca de sus hijos, se tiñeron de afectos más placenteros y se fueron despojando de la angustia acuciante que se imponía al comienzo. Por otro lado, resulta importante remarcar que Beatriz continuaba cumpliendo su rol de madre desde la internación. En diversas ocasiones nos comentaba que ponía en penitencia a alguno de sus hijos o que les daba o no permiso para determinadas actividades. Poder tomar estas decisiones, generaban un sentimiento de continuidad y control, en medio del deterioro físico evidente.

Más adelante, Beatriz comienza a presentar dificultades en el sueño. Refiere que por momentos se despierta sobresaltada, con sensación de falta de aire, con mucho miedo y alarmada sin entender porqué. Trabajamos junto con la paciente que dichas dificultades pueden estar vinculadas con el temor a la muerte y progresivamente comienza a utilizar la lectura de la Biblia como un mecanismo para sentirse más segura. Cuenta que generó un vínculo estrecho con algunas enfermeras y que conversan mucho. En una ocasión, una de ellas se acerca y señala que desde que concurrimos a verla “está más charleta”.

Con el correr de los días, Beatriz empieza a mejorar clínicamente. A raíz de esto, resurge la angustia, “estoy más consciente de todo, ayer lloré todo el día”. Manifiesta que al sentirse mejor, tiene más tiempo para pensar. Además, “no tengo nada que hacer acá, solo mirar el techo”. Pensamos junto con la paciente estrategias para evitar la rumiación y el aburrimiento y comienza a leer algunos libros, a hacer crucigramas y otras actividades similares.

La última vez que vimos a Beatriz, la encontramos con una sonrisa, haciendo un crucigrama, sin el soporte de oxígeno. Cuando nos ve, nos dice “miren que bien que estoy, parece que salgo de esta”. Cuenta que se siente mucho mejor y que al parecer los pulmones se fueron limpiando. “Los doctores dicen que nunca me habían visto sonreír así”. Relata algunos proyectos que tiene para la externación como una terapia de agua y el reinicio de estudios abandonados por la enfermedad. Refiere estar “feliz de que me voy a casa, quiero hacer cosas que me diviertan”. Manifiesta que se dio cuenta que “la enfermedad viene, se instala rápido y tarda mucho en irse. Así es como me lo tomo yo”. Finalmente, nos agradece y dice que “con ustedes aprendí a tener paciencia. Antes me desesperaba mucho estando internada. Mi mamá me dijo que, para poder sobrellevar esto, me tenía que querer más y pensar en mí. Y con ustedes aprendí a quererme más, empecé a hablar mucho y a leer. Antes era tímida, no hablaba con nadie, me tenían que sacar las palabras de la boca. Ustedes me ayudaron un montón. Pude decirle a mi familia las cosas que siento”.

Algunas reflexiones

Concurrir a ver a Beatriz siempre implicaba la posibilidad de que ya no esté, y por lo general, alguno de nosotros “se asomaba” a ver si estaba todavía ahí. Inclusive, en varias ocasiones, al hablar con los médicos, estos manifestaban que probablemente no pasaría la noche. Cada encuentro tenía una característica particular; que podía ser el último. Sin embargo, el trabajo fue adquiriendo continuidad y el cuadro orgánico fue mejorando. La última vez que asistimos, al asomarnos, no la reconocimos. La presentación clínica había cambiado por completo. Los médicos referían que la mejoría era inesperada, y que si bien era muy probable que se fuera a la casa, el curso de su enfermedad era inexorable y el deterioro progresivo, por lo cual el tiempo que le quedaba era acotado. La finalización de la interconsulta tuvo una resolución sorpresiva. Que la paciente lograra salir de la internación nos conmocionó mucho y nos llevó a repensar y reflexionar junto con mi compañero acerca del trabajo realizado. Sentíamos que habíamos acompañado y preparado a Beatriz para la muerte, inclusive despidiéndonos de sus seres queridos. ¿Qué es lo que guió nuestro trabajo clínico en este caso? ¿Fueron los temores y preocupaciones de la paciente lo que nos llevó a abordar la problemática de la muerte? ¿El trabajo realizado le permitió a la paciente una mejor calidad de vida hasta la muerte?

Los cuidados paliativos

El trabajo con pacientes con enfermedades amenazantes para la vida se enmarca dentro de los cuidados paliativos. Los mismos pueden ser definidos como la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (IAHPC, 2019).

En este sentido, los cuidados paliativos afirman el morir como un proceso normal y como parte de la vida; intentan no acelerar o aplazar la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; tratan de ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; así como un sistema de apoyo para ayudar a la familia a enfrentar la enfermedad de los pacientes y su propio duelo; utilizan un enfoque de equipo para atender las necesidades de los pacientes y sus familias; buscan mejorar la calidad de vida y si se puede, influir también positivamente en el curso de la enfermedad (Barreto, Bayes, 1990).

Considerando los objetivos fundamentales planteados en el marco de los cuidados paliativos ¿Se puede tener una perspectiva de cuidados paliativos cuando concurrimos a las salas como interconsultores externos? ¿Podemos enmarcar el trabajo realizado con Beatriz dentro de los cuidados paliativos?

Respondiendo a estos interrogantes, consideramos que algunos de los ejes y objetivos planteados pudieron ser abordados. Por una parte, los médicos acompañaron y respetaron las decisio-

nes de la paciente, detectando sus necesidades y solicitando la intervención por parte de salud mental. Asimismo, buscaron incrementar su bienestar durante la internación, permitiendo que sus hijos ingresaran a la sala (en contra de las reglas establecidas institucionalmente) reconociendo la importancia y el impacto que esto produciría, tanto en la familia como en la paciente. Por otra parte, algunos de los enfermeros, brindaban sensación de cuidado y sostén, acompañando y conversando con la paciente. Por último, desde el equipo de salud mental, ayudando a la expresión y elaboración de ciertos temores y angustias vinculados a la proximidad de la muerte. Considero, sin embargo, dos grandes dificultades. En primer lugar, encuentro cierto obstáculo, en el dispositivo de interconsulta, en la conformación de equipos interdisciplinarios con los médicos tratantes. Por lo general, nos acercamos a los distintos servicios en calidad de agentes externos que concurren a resolver determinada demanda. En segundo lugar, un elemento considerado fundamental para los cuidados paliativos se encuentra ausente: el trabajo con la familia. Repensando el trabajo clínico llevado a cabo, me pregunto si el trabajo con la madre y los hijos de la paciente, podría haber sido beneficioso para todos los miembros de la familia.

Ya explicitado el marco general en el que se enmarca nuestra actuación con pacientes en el final de la vida, ahondaré a continuación en el trabajo que realizamos los profesionales de salud mental ante las proximidades de la muerte.

La muerte

El abordaje de pacientes con enfermedades graves trae inherentemente la cuestión de la cercanía de la muerte. La muerte ha sido abordada desde diferentes perspectivas y disciplinas, como la filosofía, la antropología, la medicina y la psicología. Diversos autores coinciden en que en el mundo occidental, la vida transcurre en gran medida en el rechazo de la idea de la propia muerte. Morir parece reservado al otro, se trata de una experiencia ajena. Recién cuando el cuerpo es tocando en su propia materialidad nos conmocionamos frente al saber de la propia finitud. La muerte puede considerarse como “un momento mítico” (Aulagnier, 1980), un “acontecimiento psíquico” (M'Uzan, 1978) y una experiencia de la que no es posible tener relato (Pezchnik, 2012). Por otra parte, para Bayes (1990), en el contexto de enfermedades terminales, la muerte no es un acto puntual, sino un proceso que se inicia con el conocimiento subjetivamente cierto de que «voy a morir», denominado «muerte psíquica», que puede coincidir con la muerte biológica o precederla en días, semanas o meses. De esta forma comienza una sucesión de interrogantes, tanto para el paciente como para su familia, donde el temor a los acontecimientos impredecibles que pueden anteceder a la muerte ocupa un lugar predominante. Con frecuencia el paciente en situación de enfermedad avanzada sufre, semanas o meses antes de morir otro tipo de muerte denominada «muerte social». El deterioro progresivo de su

estado de salud le impide continuar con su actividad laboral, dificulta el mantenimiento de sus circuitos de relaciones sociales y modifica, incluso, el rol que desempeñaba dentro de la estructura familiar.

Sobre el miedo a la muerte

Puesto que la mayoría de los humanos desean con vehemencia continuar vivos, ¿no es perfectamente natural que sientan un miedo extraordinario a la muerte? Las principales fuentes del miedo se relacionan no solo con la muerte sino con el proceso de morir y estas son: la pérdida de autonomía, deformidad y cambios en apariencia física, pérdida de funciones corporales, convertirse en una carga para los demás, separación de sus seres queridos, aislamiento, soledad, incertidumbre, pérdida de control, dolor no controlado y tener una muerte escandalosa (Sánchez Pérez, 2004). En el caso presentado, el sufrimiento de la paciente no se expresaba en relación a la muerte en sí misma, sino más bien, a todo aquello que la rodeaba: la separación de sus hijos, la carga sobre su madre, la soledad y el aislamiento, el temor a ser vista intubada, entre otros. El miedo está relacionado con el significado y valores hacia la muerte, los cuales están determinados culturalmente. Esto se observa claramente en los pacientes con profundas creencias religiosas, quienes presentan una mayor capacidad para enfrentar el temor a la muerte. Las religiones apuntalan al psiquismo y aportan respuestas existenciales aliviadoras. En cambio, si la muerte suele ser vista como algo demasiado malo los pacientes permanecerán en un estado constante de ansiedad ante la posibilidad de que llegue el momento (Sánchez Pérez, 2004). Para Beatriz, la creencia en Dios le permitió transitar con cierta tranquilidad la proximidad de la muerte, leyendo la biblia y dejando a “la voluntad de Dios” su advenimiento.

Ahora bien, ¿cómo nos situamos los psicoterapeutas ante un paciente en esta etapa?, ¿cómo intervenimos?

Intervención psicoterapéutica

El objetivo fundamental que persiguen todas las intervenciones terapéuticas dentro de un enfoque paliativo, es único: conseguir para el sujeto el máximo bienestar y la mejor calidad de vida posible (Gómez-Batiste y Roca, 1989; Sanz, 1988) a lo largo de todo el proceso que conduce a la muerte. Dentro de un enfoque paliativo la muerte no es un fracaso. El fracaso es que las personas mueran sufriendo, existiendo, en muchos casos, la posibilidad de evitarlo (Barreto, Bayes, 1990).

En primer lugar, el terapeuta debe posicionarse de tal manera de poder dictaminar prioritariamente si ha de serle útil o no al paciente sostener encuentros psicológicos (Alizalde, 1996). La intervención del agente de salud mental habrá de requerir máximo tacto y arte a fin de respetar las defensas y al mismo tiempo facilitar los cambios psíquicos cuando las circunstancias son favorables. Cada caso y cada período de la enfermedad requieren de una peculiar organización terapéutica.

Para Sánchez Pérez (2004), las metas generales de la intervención psicoterapéutica en la proximidad de la muerte incluyen disminuir el sufrimiento, trabajar con los recursos de la persona, apoyar la toma de decisiones, mantener viva la esperanza, ayudar en la elaboración del duelo ante pérdidas, fomentar la gradual aceptación, favorecer la despedida, favorecer la expresión abierta de emociones, acompañar, entre otros. Si aplicamos dichas metas al trabajo realizado con Beatriz, podemos suponer que las metas establecidas fueron abordadas en algunas de sus dimensiones. En primer lugar, se apoyó la toma de decisión de la paciente sobre rechazar la intubación, haciendo hincapié y fortaleciendo su autonomía. En segundo lugar, se acompañó a la paciente a lo largo de la internación. Asimismo, considero que lo que generó un verdadero impacto en la disminución del sufrimiento de Beatriz fue la posibilidad de expresar sus emociones de forma abierta, algo que la paciente rescata al final de nuestros encuentros. “Gracias a ustedes puedo hablar más, y expresarle a mi familia lo que siento”. En este sentido, la expresión de las emociones de la paciente en los encuentros terapéuticos tuvo una resonancia en sus vínculos más íntimos, permitiendo que pueda expresar sus pensamientos y sentimientos sobre la enfermedad y la muerte a su familia, lo cual impacta en la calidad del acompañamiento y del contacto humano. Alizalde (1996) rescata la función continente del marco psicoterapéutico. “El continente implica la puesta en ejercicio de las envolturas de alivio psíquico durante el trabajo de acompañamiento con miras a procurar una mejor calidad de vida y una buena calidad de muerte”. En este sentido, el trabajo se centra en sostener la mejor calidad de vida hasta la muerte. Y el logro de tal fin depende de los proyectos vitales por mínimos que sean, del cultivo de las relaciones interpersonales, y del interés por las actividades de la vida. El terapeuta acompaña al paciente en los “saltos psíquicos” que fluctúan entre el “estar todavía en la vida” y el “prepararse para la muerte”. El paciente necesita de un interlocutor válido que lo acompañe tanto en el esclarecimiento y comprensión de sus ansiedades e ideas frente a la enfermedad y la muerte como en el fortalecimiento de la esperanza en su recuperación, aunque fuera parcial, olvidando, por un tiempo, que su vida está seriamente amenazada.

Sobre la esperanza

La esperanza es un elemento sumamente importante para el paciente con una enfermedad avanzada. La esperanza se va modificando de acuerdo con la situación. En un primer momento, la esperanza se dirige hacia la posibilidad de curación, pero si la enfermedad persiste, la esperanza puede enfocarse en la realización de ciertas cosas antes de morir. Aún cuando el estado de salud se deteriore considerablemente, la esperanza puede centrarse en el alivio del dolor y finalmente, en tener una muerte tranquila. En este proceso es muy importante el papel del terapeuta que, a través de la relación que establece con el paciente, le ayude en la redefinición de sus metas, manteniendo

la idea de que siempre hay algo para hacer y de que el equipo de salud no lo abandonará a su suerte (Sánchez Pérez, 2004). Cuando conocimos a Beatriz, la esperanza se centraba en poder hacer algunas cosas antes de morir, particularmente, en poder transmitir afecto a sus hijos. Cuando su estado físico comienza a mejorar, la paciente tiene la esperanza de poder recibir el alta y compartir algunos momentos con su familia. Cuando el estado físico mejora considerablemente, aparecen proyectos vitales más importantes, como son los estudios.

Conclusión

En el inicio, el encuentro con Beatriz resultó angustiante, tanto por su estado físico (particularmente por la debilidad muscular, el bajo peso y la dificultad para respirar) como por la conciencia que presentaba sobre la gravedad de su cuadro y la conmoción con la que la expresaba, necesitando de distintas estrategias para afrontar cada entrevista con ella. Si bien desde el primer momento evaluamos que no requería intervención psicofarmacológica, nunca dudamos en continuar el tratamiento en conjunto. El recurso del humor y el intercambio entre nosotros posterior a cada entrevista, constituyeron elementos que permitieron que la angustia no nos imposibilitara el trabajo clínico. Considero que el trabajo de elaboración realizado con la paciente, permitió un cambio de posición, desde una postura pasiva, en la que se encontraba ante una enfermedad que la dejaba paralizada y enmudecida, a una posición más activa en la toma de decisiones sobre su padecer, restituyendo su autonomía y dando valor a su palabra. Como dice Alizalde (1996), cuanto más haya incluido el sujeto en sí el saber sobre su muerte más preparado lo encontrará esta cuando vaya en su busca. Si bien considero que siempre hay algo de irreductible en lo que constituye el acercamiento a la muerte, sí hay mucho por hacer para lograr que un sujeto arribe a ese momento con la menor carga de sufrimiento posible y la mejor calidad de vida, decidiendo de qué forma desea transitar ese camino.

BIBLIOGRAFÍA

- Alizalde, A. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1980). *Los destinos del placer. Alienación, amor, pasión*. Barcelona: Argot.
- Barreto, P., Bayes, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. En: *Anales de psicología*. 6 (2), 169-180.
- Gómez-Batiste, X. y Roca, J. (1990). *Atenció als malalts terminals oncològics*. Todo Hospital (en prensa).
- Holland, J.C. (1982). Psychological issues in care of the terminally ill. *Directions in Psychiatry* (Lesson 25).
- M'Uzan, M. (1978). "Del arte a la muerte". Barcelona: ICARIA Editorial.
- Sánchez Pérez, M. (2004). Intervención psicológica ante la respuesta emocional del paciente. En: *Avance en Cuidados Paliativos*. Tomo 1.
- Sanz, J. (1988). Problemática del paciente en situación terminal. En E. Díaz Rubio (Ed.), *Avances en Oncología*, 1 (pp. 83-98). Madrid: Aran.
- Saunders, C. M. (1967). The management of terminal illness. *Hospital Medicine*, Enero, 317-320.
- Pezcnik, A (2012). *El sujeto ante su muerte. Violencia y terminalidad terapéutica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

ESTIGMATIZACIÓN HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA: ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN DE GRADO

Zarate, Jorge; Dávila, Angélica Leonor; Sananez, Griselda Guillermina; Illanes Passera, Mariana Inés; Diaz, Sofia Belen; Denti Castañon, Florencia; Gioacchini, Carina; Sanchez, Carolina Silvana; Hunziker, Carola
Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. Córdoba, Argentina.

RESUMEN

La estigmatización se expresa por actitudes negativas de miembros de la sociedad, sobre la percepción de trastornos mentales (TM), lo que conlleva juzgar de manera negativa, a las personas que padecen algún TM, refiriendo así un daño hacia las mismas personas estigmatizadas en función de valores negativos que son internalizados por éstas. Con el objetivo de determinar y caracterizar el nivel de estigmatización de estudiantes que cursan la carrera de Psicología con relación a TM graves, se realizó un estudio descriptivo-correlacional en estudiantes de Psicología de la UNC, con muestra de estudiantes de primer-a-quinto año cursantes de la Licenciatura en Psicología (N=1086), los cuales respondieron, anónimamente, información socio-demográfica y el Corrigan Attribution-Questionnaire-CAQ-27 (Corrigan, 2004), que mide estigma de acuerdo a los diferentes estereotipos que conforma dicha categoría. Los resultados obtenidos, ante CAQ - 27, refieren que los estudiantes manifiestan niveles de estigma moderados, con diferencia significativa, entre los estudiantes de primero y quinto año. La asociación entre diferentes variables socio-demográficas y de experiencia previa con trastornos mentales y/sufrimiento psíquico, y los niveles de estigma, arrojan valores diferenciados. Otros estudios refrendan los datos en contextos semejantes. Por lo que a la discapacidad que evidencian padecer un TM se asocia el impacto del estigma.

Palabras clave

Estigma - Trastorno mental - Estudiantes de Psicología - Formación profesional

ABSTRACT

STIGMATIZATION TOWARD SERIOUS MENTAL DISORDERS IN PSYCHOLOGY STUDENTS: ANALYSIS OF GRADE FORMATION
Stigmatization is expressed by negative attitudes of members of society, regarding the perception of mental disorders- (TM), which entails judging negatively, people who suffer from some TM, thus referring harm to the same people stigmatized in function of negative values that are internalized by them. With the aim of determining and characterizing the level of stigmatization of students who are studying Psychology in relation to

severe TM, a descriptive-correlational study was carried out in Psychology students from UNC, with a sample of students from first-to-fifth grade year, students of the Degree in Psychology (N = 1086), who answered, anonymously, socio-demographic information and the Corrigan Attribution-Questionnaire-CAQ-27 (Corrigan, 2004), which measures stigma according to the different stereotypes that make up said category. The results obtained, before CAQ - 27, refer that the students show moderate stigma levels, with a significant difference, between the first and fifth year students. The association between different socio-demographic variables and those of previous experience with mental disorders and / psychic suffering, and stigma levels, give different values. Other studies endorse the data in similar contexts. So the disability evidenced by having a TM is associated with the impact of stigma.

Keywords

Stigma - Mental disorder - Psychology Students - Vocational Training

Introducción

Los trastornos mentales constituyen un creciente problema sanitario en el mundo y en la región de las Américas, así las enfermedades mentales convierten a muchas de las personas que la padecen en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación (OMS, 2001). En tal sentido diferentes informes de la OMS (2007), Minoletti (2013) mencionan que, los trastornos mentales expresan una prevalencia elevada, que aumenta año tras año, produciendo en aquellos que lo padecen una significativa carga asociada a su discapacidad. Diferentes autores estiman que las enfermedades mentales afectan en mayor grado a los estratos socioeconómicos bajos, lo que conlleva una respuesta limitada desde los servicios de atención (Rodríguez, 2009).

El estigma es uno de los factores subjetivos más importantes que obstaculiza el tratamiento y abordaje de dichos trastornos. Estudiar el estigma que experimentan las personas que padecen trastornos de personalidad, como el trastorno esquizofrénico, es esencial, debido a la prevalencia de la misma y la discapacidad que conlleva, el estigma también genera una importante carga

social y económica. Si bien existen diversos estudios sobre las actitudes que presentan los profesionales o estudiantes de la salud hacia los pacientes que padecen trastornos mentales, en nuestro medio no hay evidencia alguna sobre dicha temática. Es el propósito del presente trabajo estudiar y comparar los niveles de estigmatización que presenten los estudiantes de grado de la carrera de Lic. en Psicología.

El concepto estigma, se emplea en el área de la salud (Ay, Save & Fidanoglu, 2006), para indicar que ciertos diagnósticos, como los trastornos mentales, despiertan prejuicios contra las personas, expresándose mediante estereotipos como la peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad para relacionarse y manejar su vida, y creencia de incurabilidad entre otros, los cuales son mantenidos y potenciados por los medios de comunicación e incluso por los profesionales de la salud mental. (Corrigan, 2004; Fresán, Robles, Cota, Berlanga, Lozano & Tena, 2012). Así, la discapacidad que deriva de padecer un trastorno mental, las personas sufren las consecuencias relacionadas a las actitudes sociales de rechazo, manifestándose, entre otras conductas, por el aislamiento, la baja auto estima y la desesperanza (Ferrari, 2000; DSM V; CIE 10). Lamentablemente dichas personas se encuentran con un gran obstáculo para incluirse en la comunidad. En otras palabras, el estigma experimentado dificulta el acceso a los servicios de atención (Giasuddin, 2012), contribuyendo de tal manera a la brecha en el tratamiento (Kohn, Saxena, Levav, Saraceno, 2004; Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo Anduaga, et al., 2005). Existe evidencia, que la estigmatización se expresa por medio de actitudes negativas de miembros de la sociedad, como también entre los profesionales de la salud, lo cual genera otro obstáculo en el acceso de los servicios de salud. Diferentes estudios (Gonzalez, Prat Reixach, Prades, Morales, Ortega & Merino, 2009; Lasalvia, Zoppi, Van Bortel, Bonetto, Cristofalo, Wahlbeck, et al., 2012; Magliano, Read, Sagliocchi, Patalano, D'Ambrosio & Oliviero, 2012; Minoletti, Galea & Susser, 2013) consideran que dichas actitudes refieren y se relacionan con las experiencias personales de cada profesional y la formación recibida a lo largo de la carrera profesional. Esto expresa un déficit dentro de los servicios de salud que se expresa en igual importancia en el conocimiento limitado y en las actitudes por parte de los usuarios como de los profesionales. No obstante, ello, en nuestro medio son escasos los estudios que interpelan el actuar de los actuales y futuros profesionales de la salud.

Estudiar el estigma asociado a los trastornos mentales es esencial, en primer lugar, debido a la alta prevalencia de estos y a la discapacidad que conlleva. Se estima que para el año 2020 las condiciones neuropsiquiátricas serán responsables del 15% de la discapacidad a nivel mundial; mientras que para el 2030 la carga será mayor (Runte Geidel & Torres Gonzalez, 2005; OMS, 2001; OPS/OMS, 2007). Y en segundo lugar, al tener en cuenta la importancia de contar con La Ley Nacional de Salud Mental (26.657) y la Ley Provincial Córdoba (9848) como marcos le-

gales en los cuales los futuros profesionales se respaldarán y guiarán su accionar.

Objetivo: Determinar y caracterizar el nivel de estigmatización de los estudiantes de grado que cursan la carrera de Psicología. El estudio examinó los niveles de estigmatización hacia los trastornos mentales por parte de los/as estudiantes de grado de la carrera de Lic. en Psicología de la UNC, cursantes de primer a quinto año. Así mismo se buscó la asociación entre diferentes variables socio-demográficas y de experiencia previa con trastornos mentales y/sufrimiento o malestar psíquico, y los niveles de estigma de los participantes, de acuerdo al año de cursado.

Materiales y Método: Se realizó un tipo de estudio descriptivo correlacional y transversal en estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la U.N.C. Se aplicó Cuestionario socio-demográfico semi-estructurado y desarrollado por Dávila y Zárate (2018). Que releva en ítems datos referidos al estudiante, tales como: edad, género, estado civil, año de cursado, nivel académico de los padres y particularmente experiencia previa personal - familiar y exposición a contenidos relacionados con los trastornos mentales.

Se aplicó el *Corrigan Attribution Questionnaire* (CAQ) desarrollado por Patrick Corrigan en el año 2003, en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Chicago (University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation, USA) y evaluado semánticamente por Zárate (2014). Orientado al relevamiento de actitudes y conductas en relación a una persona hipotética que padece trastornos mentales, en formato lickert con 26 ítems agrupados en 9 factores: culpa/responsabilidad, enojo, lástima, ayuda, peligrosidad, miedo, evitación, segregación y coacción.

Análisis de datos: Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados:

Caracterización socio demográfica de los/as participantes

Se administraron cuestionarios a un total de 1086 estudiantes de los cuales el 70.9% fueron mujeres y 28,1% varones cuyas edades oscilaron entre 22 y 56 años ($M=23,32$; $Ds=3,7$). En cuanto a la variable estado civil, un 88,3% del total respondieron ser solteros, y un 13.2% en situación de pareja (casados, y/o concubinato). Por otra parte, en lo que respecta al nivel económico familiar/personal, el mayor porcentaje (39.9%) registran ingresos por menos de 30000 pesos, 25.7% por encima de dicho ingreso, y el 12.3% refiere que sus ingresos no superan los 10000 pesos. Por otra parte, el 57.9% registró que trabaja, mientras que el 41,8% indicó no hacerlo.

Con respecto al nivel educativo de los padres-madres, los resultados expresan que el 39,% de las madres de los participantes completaron sus estudios superior (contemplando un 8% de aquellas que realizaron estudios de posgrado), así mismo, el

25.5% de las madres completaron sus estudios secundarios, y el 33.8% no alcanzaron a completar el nivel medio de educación. Con relación a los datos respecto de los padres de los participantes, el 27.5% refiere que sus padres obtuvieron título de grado (incluyendo un 6.6% con respecto a estudios de posgrado), un 28.2% ha cumplimentado con los estudios secundarios, y finalmente, un 47.3% refiere que sus padres no han completado estudios secundarios.

Por otra parte, el estudio indagó sobre la experiencia previa con relación a los trastornos mentales, en lo que respecta a las dimensiones “personal”, “familiar”, y de “amistades”, sumado a la variable, “exposición de contenidos audiovisuales, multimedia y libros”. En base a estas variables, los resultados manifiestan, con relación a la experiencia personal, que el 51.3 de los estudiantes de psicología refieren la misma, realizando consultas psicológicas el 90.1% de los mismos, y solo un 4% a otras especialidades. Con relación al conocimiento sobre la experiencia familiar hacia los trastornos mentales, el 49.5% refirió que sí. Con respecto a las consultas a profesionales ante el hecho, el 30.3 consultó con psicología, y un 33% disciplinas médicas.

Finalmente, con relación al conocimiento de amistades que refieran experiencia previa, el 59.9 de los participantes refiere no recordar sobre la misma. Del 40.5% que asegura que sí, el 41.8% consultó a especialistas de la psicología, el 8% de la medicina y el 22.7 a otras disciplinas.

En lo que respecta a la *exposición de contenidos, audiovisuales,*

multimedia y libros, el 97.2% confirmó que sí estuvieron relacionados con dichos recursos, de los restantes participantes, el 1.3% no respondió, y 1,5% refirió que no. (Este último dato da cuenta que las respuestas negativas son la relevadas en estudiantes cursantes del primer año de psicología).

Medición del Estigma

De acuerdo a los resultados obtenidos, ante la administración del CAQ - 27 (Corrigan, 2004), instrumento que mide estigma de acuerdo a los diferentes estereotipos que conforma dicha categoría, la media obtenida del total de participantes fue de 109.62 ds:13.4.

En lo que respecta a las medias de cada año de cursado, se obtuvieron las siguientes, Primer año, M:112.9 ds:15.7; Segundo año, M:110.87 DS:14.8; Tercer Año, M:105.64 ds:17.5; Cuarto año, M:109.69 ds:17.6; y finalmente, Quinto Año, M:104.58 ds:13.5

En lo que respecta al análisis del nivel de estigma de acuerdo a sus puntos de corte, se expresa que los participantes de la muestra refieren un Nivel Moderado del mismo, ya que se encuentra entre los 87 y 182 puntos.

Así mismo, como se ha comentado, el instrumento CAQ -27, está compuesto por 9 subescalas que miden los diferentes estereotipos en lo que respecta el proceso de estigmatización. Por lo cual, se realizó el análisis de acuerdo a las medias de cada uno de estas subescalas con relación al a la muestra total y posteriormente por año de cursado.

Estadísticos

	Culpa, o responsabilidad por enfermedad	Lastima	Enojo	Peligrosidad	Miedo	Ayuda	Evitacion	Segregación	Coaccion
Media	8.63	17.85	5.76	7.84	6.60	21.52	20.90	7.85	12.94
ds	4.298	3.847	3.788	4.395	4.123	4.354	5.210	5.062	3.943

Siguiendo las recomendaciones y antecedentes del instrumento, en lo que respecta al análisis de las subescalas, se tienen en cuenta los siguientes puntos de corte que definen el nivel en bajo, menos de 8 puntos; medio entre <8 y >18; y alto, más de <18 puntos. De esta manera, al observar el cuadro que precede, podemos indicar que los estereotipos *lástima, ayuda, y evitación*, expresan los puntajes más elevado. Ahora bien, en términos generales, si bien la media total fue de 109.62, lo que define un nivel medio de estigma, de acuerdo a los datos particulares de cada estereotipo, la categoría AYUDA exprese una M: 21.52; la EVITACIÓN una M: 20.9; ambos manifestando que los participantes refieren niveles altos de estigma en lo que respecta a los mencionados estereotipos. Finalmente, se observa que la LÁSTIMA con una M: 17.85, refiere al límite inferior de niveles altos de estigma.

Por su parte, cabe mencionar que los datos analizados con respecto al estereotipo COACCIÓN, con M: 12.94, expresando un nivel medio de estigma de acuerdo solo a 2 reactivos que componen la subescala, ya que el tercero de ellos, no aplica a nuestro medio social, lo que nos permite disponer que dicho valor debe ser tenido en cuenta dentro de las prevalencias significativas de lo analizado.

Por otra parte en el siguiente cuadro, podemos observar la comparación y movimientos de las medias de los puntajes obtenidos por subescala en cada año de cursado.

	Año cursado									
	Primer Año		Segundo Año		Tercer Año		Cuarto Año		Quinto Año	
	Media	ds	Media	ds	Media	ds	Media	ds	Media	ds
Culpa, o responsabilidad por enfermedad	8.81	5	8.71	4	7.11	3	10.41	4	8.02	4
Lastima	18.07	4	18.20	4	17.57	4	16.73	3	17.53	3
Enojo	5.75	4	5.78	4	5.94	4	6.23	4	4.87	3
Peligrosidad	7.51	4	8.51	4	7.77	4	8.16	6	6.91	4
Miedo	6.29	4	7.08	4	6.53	4	7.36	5	5.59	3
Ayuda	21.91	4	21.33	4	21.23	4	20.17	5	22.49	4
Evitación	21.21	5	20.89	5	21.33	5	18.06	7	22.35	4
Segregación	8.07	5	7.96	5	6.63	3	10.17	7	5.73	3
Coacción	14.30	4	12.63	4	11.60	4	12.41	4	10.70	5
Total Nivel de estigma	112	16	111	17	106	17	110	17	104	14

Así, podemos indicar que en las categorías con mayor prevalencia, AYUDA Y EVITACION, no se registran diferencias significativas entre los años de cursado, al igual que en lo que respecta a la LÁSTIMA. Por otra parte, la COACCIÓN expresa, a partir del cálculo de la ANOVA de un factor, efecto significativo entre Primer y Quinto año de cursado ($F: 5.537; p:0.04$)

Finalmente, en el total de participantes de la muestra, la mayoría de los factores asociados a los estereotipos con relación al estigma serían de carácter bajo ya que se encuentran entre 4 y 8 puntos, éstos son ENOJO, PELIGROSIDAD, MIEDO Y SEGREGACIÓN. Por otra parte, serían de carácter intermedio, el factor de CULPA, debido a que su puntuación se encuentra entre los 8 a 18 puntos.

Conclusiones

El Ministerio de Educación conjuntamente con el de Salud de la Nación fijan una serie de Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental destinado no sólo a la carrera de Psicología sino también a distintas disciplinas que conforman el equipo de salud dando como ejes el Enfoque de Derechos Humanos y la Inclusión Social; se espera que a partir de estos lineamientos, un profesional de la carrera de Psicología reconozca los derechos consagrados en la Ley de Salud Mental, como así también la normativa vigente y los procedimientos institucionales que garantizan el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental, en tanto sujeto de derecho; que identifique y problematice la incidencia de estereotipos, prejuicios y estigmas, que pueden interferir durante el abordaje profesional del padecimiento psíquico; que visualice contextos /condiciones que favorezcan el ejercicio de buenas prácticas, como así también las que vulneren derechos en salud mental; contar con herramientas que le permita respetar la po-

sición activa de los consultantes; reconocer aspectos éticos implicados en la práctica profesional; que efectúe un diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, e incorpore la perspectiva de género.

En el presente estudio se constata que hay estigma entre los estudiantes de psicología. Entendemos son evidentes la necesidad de desarrollar acciones que disminuyan dichas actitudes en la formación de los futuros profesional, a la vez de fortalecer e impulsar su compromiso con la sociedad. Así, el paradigma transformador en que se enmarca la Ley Nacional de Salud Mental, constituye el marco referencial para orientar de forma integral los contenidos de los procesos de formación de los futuros profesionales que intervienen en el campo de la salud mental. Esta compleja tarea requiere de la adopción de un enfoque de derechos que considere la inclusión social y comunitaria, como así también la interdisciplina, de manera que sea posible promover estrategias en las que confluyen los saberes de los diferentes agentes que intervienen en la construcción del campo de la salud a fin de abordar las complejas problemáticas que en él se presentan y reconsiderando la importancia de las profesiones afines a la intervención sanitaria en el territorio social -comunitario de la Salud.

Finalmente consideramos que la formación de grado continúa siendo el espacio propicio para el aprendizaje y la reflexión crítica, para la revisión de los estereotipos de estigma y su deconstrucción en relación a la enfermedad mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, El Y, Posada Villa J, Lepine J et al. Asociación del estigma percibido y los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad. *Acta PsychiatryScandin*. 2008. Publicado en internet el 26 de agosto de 2008.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM V) Washington, DC. APA. 2013.
- Boyle, M., Williams, B., Brown, T., Mollov, A., McKenna, L., Mollov, E. et al. Actitudes de los estudiantes universitarios de ciencias de la salud hacia los pacientes con discapacidad intelectual, abusos de sustancia y enfermedad mental aguda. *BMC Medical Education* 2010. Publicado en internet el 21 de octubre de 2010.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. Experiencias del stigma en la enfermedad mental: los prejuicios y la discriminación. *Res BMC Health Service*. 2010; 10:80.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades. Capitulo Trastornos Mentales. CIE 10.
- Corrigan, P.W.: Don't call me nuts: an international perspective on the stigma of mental illness. *Acta Psychiatrica Scandanavica*2004; 109:403-404 (a). Declaración de Caracas: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Ferrari, H. DSM IV - CIE 10. Ejes multiaxiales. Editorial Kosmos. 2000. ISBN 978-987-98394-1-6. Ferro R. Formación de Recursos Humanos en Salud Mental en la Comunidad. En Rodríguez J. Salud mental en la Comunidad. OPS. Paltex. 2009 ISBN 9789275330654.
- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, M., Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental* 2012; 35:215-223.
- Galende, E. La discriminación social y jurídica del enfermo mental. Argentina. 1991.
- Giasuddin, N. The Attitudes to psychiatry among students in a medical College in Bangladesh. Thesis Doctoral. 2012.
- Goffman, E. Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu Editores. Bs As. 1964.
- Gonzalez, L., Prat Reixach, E., Prades, M., Morales, M., Ortega, A., Merino, J. Estudio del estigma de la esquizofrenia en los estudiantes de enfermería.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, I., Caraveo Anduaga, J., et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev PanamSaludPública*. 2005;18 (4/5): 229-240.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., Saraceno, B.; The Treatment Gap in Mental Health Care: Bulletin of the World Health Organization 2004. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657
Ley Provincial de Salud Mental N° 4898
- Save, D., Fidanoglu, O.: Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41:63-67.

POSTERS

FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA E INTOLERANCIA HACIA LA INCERTIDUMBRE EN PACIENTES CORONARIOS

Brizuela Ruiz, Natalia Jorgelina
Universidad Católica de Cuyo. San Juan, Argentina.

RESUMEN

Existen evidencias que en las patologías cardiovasculares las emociones negativas desempeñan un papel central, en la etiología y mantenimiento de este padecimiento. Entre ellos, algunos factores cognitivos funcionales como son la intolerancia hacia la incertidumbre y la flexibilidad psicológica. El objetivo de este estudio fue evaluar a los pacientes con la misma patología coronaria antes y después de aplicar un dispositivo grupal de psicoeducación centrado en la regulación emocional y reestructuración cognitiva. Metodología. Participantes: 30 pacientes con cardiopatías de San Juan. Instrumentos AAQ-II (Cuestionario de Aceptación Acción II) (Bond, 2011) que mide flexibilidad psicológica y IUS-12 (Freeston, et al., 1994), una escala abreviada que evalúa Intolerancia hacia la incertidumbre. Resultados, los pacientes demostraron al inicio menores valores de flexibilidad psicológica (mdn= 32) y altos valores en intolerancia hacia la incertidumbre (mdn= 30), luego de los talleres de psicoeducación los pacientes demostraron mayores niveles de flexibilidad psicológica (mdn= 36,5) y una disminución considerable en los valores de intolerancia hacia la incertidumbre (mdn= 27). Estas diferencias no obtuvieron valores significativos estadísticamente. Conclusión: las intervenciones basadas en la evidencia para este grupo de pacientes, permitió modificar niveles de flexibilidad psicológica y disminuir la intolerancia hacia la incertidumbre e incidir en la significación de la enfermedad.

Palabras clave

Flexibilidad psicológica - Intolerancia hacia la incertidumbre - Enfermedad coronaria

ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY AND INTOLERANCE TOWARD UNCERTAINTY IN CORONARY PATIENTS

There is evidence that in cardiovascular pathologies, negative emotions play a central role in the etiology and maintenance of this condition. Among them, some functional cognitive factors such as intolerance towards uncertainty and psychological flexibility. The objective of this study was to evaluate patients with the same coronary pathology before and after applying a group psychoeducation device focused on emotional regulation and cognitive restructuring. Methodology. Participants: 30 patients with heart disease from San Juan. AAQII instruments (author and year) that measures psychological flexibility and IU-12

(author and year) a shortened scale that assesses intolerance towards uncertainty. Results, the patients demonstrated lower values of psychological flexibility at the beginning (mdn = 32) and high values of intolerance towards uncertainty (mdn = 30), after the psychoeducation workshops the patients demonstrated higher levels of psychological flexibility (mdn = 36, 5) and a considerable decrease in the values of intolerance towards uncertainty (mdn = 27). These differences did not obtain statistically significant values. Conclusion: the evidence-based interventions for this group of patients allowed modifying levels of psychological flexibility and reducing intolerance towards uncertainty and influencing the significance of the disease.

Keywords

Psychological flexibility - Intolerance to uncertainty - Coronary disease

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Madrid: Desclee de Brower.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Novara, C., Bertocchi, J., Boido, M., De Dominicis, I. (2015). Intolerance of uncertainty scale (IUS-12). Guilford.
- Cádarle, Javier (2017). *Mindfulness II. Conciencia para una vida plena*. Buenos Aires: Grupo Zeta
- Carleton, N., Peter, M., Norton, P., Gordon, B., Asmundson, J.G (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Anxiety Disorder*, 21, 105-116. doi:10.1016/j.janxdis.2006.03.014
- Gonzalez Rodriguez, M., Cubas, R., Rovella, A. y Darias, M. (2006). Adaptación española de la escala de intolerancia hacia la incertidumbre, procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16, 2, 219-233.
- Hayes, S., Bissett, R., Strosahl, D., Wilson, K., Pistorello, J., Dykstra, T. (2000). *Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*. Universidad Politécnica de Hong Kong.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168g.

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES DE CIUDAD DE BUENOS AIRES

Celleri, Milagros; Ortega, Ivana; Donatti, Sofía; Pérez Vasaro, Daniela Cecilia; Garay, Cristian Javier
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Los Trastornos Gastrointestinales Funcionales (TGF) incluyen un grupo heterogéneo de enfermedades crónicas relevantes para la salud pública por su frecuencia, el nivel de disfuncionalidad que generan y la significativa carga económica y social que producen. Se caracterizan por la presencia de diferentes combinaciones de síntomas gastrointestinales en ausencia de un sustrato orgánico evidente, siendo el más prevalente el Síndrome de Intestino Irritable. Actualmente, los TGF se conceptualizan desde un modelo biopsicosocial que involucra factores de la historia personal, factores psicosociales y fisiológicos. Es por ello que resulta pertinente considerar los mecanismos psicológicos implicados así como las consecuencias en el nivel de calidad de vida (CV) y funcionalidad diaria que acarrearán. No obstante, son escasos los estudios que evalúan el impacto que los TGF tienen en la calidad de vida de quienes los presentan. Este estudio se propone explorar los niveles de CV en los pacientes con diagnóstico de TGF en el área de Neurogastroenterología del Hospital de Clínicas San Martín, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Se describe a la población local, lo que permitirá diseñar intervenciones interdisciplinarias para reducir la sintomatología y mejorar la CV en general, reduciendo así la carga socioeconómica que dichos trastornos representan.

Palabras clave

Calidad de vida - Trastornos funcionales - Argentina

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS IN THE CITY OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

Functional Gastrointestinal Disorders (FGD) include a heterogeneous group of chronic diseases relevant to public health due to their frequency, the level of dysfunctionality they generate and the significant economic and social burden they produce. They are characterized by the presence of different combinations of gastrointestinal symptoms in the absence of an evident organic substrate, being Irritable Bowel Syndrome the most prevalent. Currently, FGDs are conceptualized from a biopsychosocial model which involves personal history, psychosocial and physiological factors. That is why it is important to consider the

psychological mechanisms involved in the syndrome as well as the consequences they have on the level of quality of life (QoL) and daily functionality. However, there are few studies evaluating the impact that FGDs have on the quality of life of people who have them. This study aims to explore the levels of QoL in patients diagnosed with FGD in the Neurogastroenterology area of the Hospital de Clínicas San Martín, University of Buenos Aires, Argentina. Counting with a description of the local population allows the design of interdisciplinary interventions to reduce symptoms and improve QoL in general. Consequently, the socioeconomic burden that these disorders represent can be reduced.

Keywords

Quality of life - Functional gastrointestinal disorders - Argentina

BIBLIOGRAFÍA

- Aziz, I., Palsson, O. S., Törnblom, H., Sperber, A. D., Whitehead, W. E., & Simrén, M. (2018). The prevalence and impact of overlapping Rome IV-diagnosed functional gastrointestinal disorders on somatization, quality of life, and healthcare utilization: a cross-sectional general population study in three countries. *American Journal of Gastroenterology*, 113(1), 86-96.
- Drossman, D. A., Creed, F. H., Olden, K. W., Svedlund, J., Toner, B. B., & Whitehead, W. E. (1999). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45(suppl 2), II25-II30.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.
- Jatuff, D., Zapata-Vega, M. I., Montenegro, R., & Mezzich, J. E. (2015). El índice multicultural de calidad de vida en Argentina: un estudio de validación.
- Koloski, N. A., Talley, N. J., & Boyce, P. M. (2000). The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *The American journal of gastroenterology*, 95(1), 67-71.
- Nyrop, K. A., Palsson, O. S., Levy, R. L., Korff, M. V., Feld, A. D., Turner, M. J., & Whitehead, W. E. (2007). Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhoea and functional abdominal pain. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 26(2), 237-248.



Olmos J. A., Iantorno, G., Guzmán, M. et al. (2010). Irritable bowel syndrome: prevalence, comorbidity and impact. A population based study. *Gut*, 59 (Suppl III), A361.

Talley, N. J. (2008). Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. *Neurogastroenterology & Motility*, 20, 121-129.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

Ofman, Silvia Deborah; Stefani, Dorina

CONICET - Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina - Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Se presentan resultados preliminares y descriptivos sobre la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). El estudio forma parte de una investigación mayor, en desarrollo, cuyo propósito es aportar datos, a nivel local, sobre la problemática de la DM2 en varones y mujeres. Se incluyeron 40 participantes (29 varones, 11 mujeres), con un promedio de 60 años de edad, argentinos/as, residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano bonaerense, quienes presentaban varios años de diagnóstico de la enfermedad. Se utilizó el cuestionario Diabetes 39, adaptado por López-Carmona y Rodríguez-Moctezuma (2006). Incluye 39 ítems agrupados en cinco dimensiones: energía y movilidad, control de la diabetes, ansiedad y preocupación, carga social, y funcionamiento sexual. Además, contiene dos ítems sobre calificación global de la calidad de vida y gravedad de la diabetes. Los resultados muestran, de manera preliminar, que la DM2 y el tratamiento impactarían en algunas áreas de la calidad de vida relacionada con la salud, tales como control de la diabetes; ansiedad y preocupación; energía y movilidad. Se concluye sobre la importancia de abordar la DM2 de manera global e interdisciplinaria, tanto en prevención como tratamiento.

Palabras clave

Diabetes tipo 2 - Enfermedad crónica - Calidad de vida

ABSTRACT

ASSESSMENT OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES

Preliminary and descriptive results are presented on the evaluation of health-related quality of life in a group of people with type 2 diabetes mellitus. The study is part of a larger research in progress, the purpose of which is to provide data, locally, on the problem of type 2 diabetes in men and women. Forty participants (29 men, 11 women), with an average of 60 years of age, Argentineans, residents of Buenos Aires metropolitan area, who had several years of diagnosis of the disease were included. The Diabetes 39 questionnaire, adapted by López-Carmona and Rodríguez-Moctezuma (2006), was used. It includes 39 items grouped into five dimensions: energy and mobility, diabetes control, anxiety and worry, social burden, and sexual functioning. In addition, it contains two items on global rating of quality of life

and severity of diabetes. The results show, in a preliminary way, that type 2 diabetes and treatment would impact some areas of health-related quality of life, such as diabetes control; anxiety and worry; energy and mobility. It concludes on the importance of addressing type 2 diabetes in a global and interdisciplinary way, both in prevention and treatment.

Keywords

Type 2 diabetes - Chronic disease - Quality of life related to health

BIBLIOGRAFÍA

- Azañedo D, Bendezi-Quispe G, Lazo-Porras M, Cárdenas-Montero D, Beltrán-Ale G, Thomas NJ, ... Málaga G. (2017). Calidad de control metabólico en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 atendidos en una clínica privada. *Acta Médica Peruana*, 34(2), 106-113.
- Bautista Rodríguez L M & Zambrano Plata G E (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 131-148.
- Brítez M & Taboada ETd. (2017) Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 9(1), 78-91.
- Guerrero Alcedo JM, Parra Soteldo LR & Mendoza Oropeza JC. (2016). Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 193-203.
- López AC, Cecchetto E, Aguirre AN, Ontiveros MC, Roitter CV, Garcia AJ, ...Aguirre JA. (2017). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en personas con Diabetes Mellitus de la Obra Social Universitaria de Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 74(4), 306-312.
- López-Carmona JM & Rodríguez-Moctezuma R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 48, 200-211.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf
- Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J & Miranda C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48(6), 406-420.



Salazar Estrada JG, Gutiérrez Strauss AM, Aranda Beltrán C, González Baltazar R & Pando Moreno M (2012). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Salud Uninorte*, 28(2), 264-275.

Sánchez Lora F J. (2013). Instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. *Claves de Diabetología*, 9(2), 4-11.

Zulian LR, Santos MAd, Veras VS, Rodrigues FFL, Arrelias CCA & Zanetti ML. (2013). Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 138-146.

RESÚMENES

ESTRATEGIAS DE CONSUMO ALIMENTARIO Y REPRESENTACIONES DE SALUD DE LOS HOGARES POBRES DE CIUDAD CAPITAL DE SANTIAGO DEL ESTERO

Oneto Vera, Natalia María

Universidad Católica de Santiago del Estero. Santiago del Estero, Argentina.

RESUMEN

El objetivo fue comprender prácticas alimentarias de los hogares con situación de pobreza estructural y representaciones de salud con un enfoque cuali, alcance exploratorio-descriptivo. Las estrategias alimentarias (antropología nutricional) están condicionadas por la negociación sobre el destino de ingresos, preparación y consumo de alimentos, justificado por creencias y valores. Las decisiones enlazan sentidos culturales, generacionales y representaciones de salud. Resultados: se generan numerosas estrategias para afrontar carencias; la Mesa familiar santiagueña es extendida; “buscar la oferta”, establecer “comensales niños y enfermos” como prioridad dan cuenta del deseo como punto de inflexión para pensar práctica alimenticia y subjetividad. En la cocina, con el filtro significant, cuando se come lo que se puede, el “ritual” y lo saludable se transforman creativamente por la necesidad de resolver la cotidianidad. Cuando las restricciones son impuestas la legalidad que implica la división subjetiva se desgasta generando angustia pero el deseo se juega en las familias que no comen solo “lo que hay o puede” sino que lo transmutan para vivir como forma de resistir (“comer bien y en fiesta”); los Alimentos biográficos construyen la identidad de la cocina; el hombre aparece como auxiliar y compañero que colabora activamente, aunque al margen, con la mujer.

Palabras clave

Estrategia alimentaria - Cocinas familiares - Pobreza - Deseo

ABSTRACT

FOOD CONSUMPTION STRATEGIES AND HEALTH REPRESENTATIONS OF POOR HOUSEHOLDS IN THE CAPITAL CITY OF SANTIAGO DEL ESTERO

objective was to understand dietary practices of households in a situation of structural poverty and health representations with a quali approach, exploratory-descriptive scope. Food strategies (nutritional anthropology) are conditioned by the negotiation on the destination of income, preparation and consumption of food, justified by beliefs and values. Decisions link cultural, generational senses and representations of health. Results: numerous strategies are generated to face deficiencies; the Santiago family table is extended; “Looking for the offer”, establishing “diners

children and sick” as a priority “account for desire as a turning point to think about nutritional practice and subjectivity. In the kitchen, with the significant filter, when you eat what you can, the “ritual” and the healthy are creatively transformed by the need to resolve everyday life. When the restrictions are imposed, the legality that the subjective division implies is worn out, generating anguish, but the desire is played out in the families that do not eat only “what there is or can” but they transmute it to live as a way of resisting (“eat well and in party”); Biographical Foods build the identity of the kitchen; the man appears as an auxiliary and companion who collaborates actively, although on the sidelines, with the woman.

Keywords

Food strategy - Family kitchens - Poverty - Wish

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, P. (2004). Ricos flacos y gordos pobres. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Fischler, C. (1995). El (H)omnivor. El gusto, La cocina y El Cuerpo. Barcelona: Anagrama.
- Hintze, S. (1989). Estrategias alimentarias de sobrevivencia 1 y 2. Un estudio de caso en el Gran Buenos Aires. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Huergo, J., Butinof, M. (2012, Abril). “La organización diaria del comer familiar en contextos de pobreza urbana en Córdoba, Argentina”. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 18(4). Recuperado de http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202012-4_art%203.pdf
- Huergo, J. (2012) “Encima que les dan, eligen” políticas alimentarias, cuerpos, emociones-*Revista Latinoamericana de estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* N°8. Año 4. Abril Julio 2012. Argentina, pp 29 a 42
- Huergo, J. (2016) “Darse un gustito. Cocinar y comer en familia. Villa La Tela, Córdoba, Argentina, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1125-1159, en <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000400004>
- Le Brenton, D. (2002). *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Pérez, S. M. (2007). Estrategias de consumo y trampas de pobreza. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-066/464.pdf>
- Simões Marino, A. (2013). "Comer y deglutir: algunas consideraciones sobre la oralidad y la función paterna en el psicoanálisis" *Consecuencias Revista Digital de psa*. Edición N° 10.
- Sottile, C. (2015) "A través de la mesa. Los saberes alimentarios y su modificación en la segunda mitad del Siglo XX, en la Ciudad de Buenos Aires", Tesis de Licenciatura Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras Departamento de Ciencias Antropológicas recuperado en <http://antropologia.filo.uba.ar/sites/antropologia.filo.uba.ar/files/documentos/Sottile%20-%20Tesis.pdf>
- Stella Maris (2007) "Estrategias de consumo y trampas de pobreza", XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/464>
- Zadra, G. Á. (2010). "Del comer, el deseo, la palabra y su lugar en la vida" *Psicodebate* 5. Psicología, Cultura y Sociedad.

VARONES ADOLESCENTES, EJERCICIO Y PADECIMIENTO DE LA VIOLENCIA DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO, SUBJETIVIDAD Y SALUD COLECTIVA

Tajer, Debora; Reid, Graciela Beatriz; Cuadra, María Eugenia; Saavedra, Lucia Daniela; Fabbio, Rocío Paola; Lo Russo, Alejandra Isabel; Kreis, Maria Manuela; Lavarello, Maria Laura; Fernández Romeral, Juliana; Solis, Mónica; Alvarenga, Germán Gabriel; Borello Taiana, Florencia Maria
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo se desprende de la Investigación UBACyT 2017-2019 “Barreras de género en la prevención y atención de la salud de varones adolescentes significados y prácticas de usuarios y profesionales de la salud”. El propósito de la presentación es exponer y analizar los resultados obtenidos en el trabajo de campo realizado por el equipo respecto de un eje en particular: el ejercicio y padecimiento de la violencia en varones adolescentes desde un enfoque de género, subjetividad y salud colectiva. El estudio se realizó con un enfoque cualitativo (Vasilachis de Gialdino, 2009) y participativo (Christensen & James, 2000). Posee un diseño exploratorio y comprensivo para la recolección y el análisis de la información. Para analizar los imaginarios y las prácticas de los varones adolescentes en relación a este eje, se realizaron 21 entrevistas a jóvenes de entre 15 y 19 años en dos modalidades: 1. entrevistas individuales a varones en salas de espera de servicios de salud participantes de la investigación (N=17) y 2. entrevistas grupales a varones en dos escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires (N=4).

Palabras clave

Salud - Adolescencia - Varones - Violencia

ABSTRACT

ADOLESCENT MALES, EXERCISE AND SUFFERING FROM VIOLENCE FROM A GENDER APPROACH, SUBJECTIVITY AND COLLECTIVE HEALTH

This work follows from the UBACyT Research 2017-2019 “Gender barriers in the prevention and health care of adolescent boys, meanings and practices of users and health professionals”. The purpose of the presentation is to present and analyze the results obtained in the field work carried out by the team regarding a particular axis: the exercise and suffering of violence in adolescent males from a gender, subjectivity and collective health perspective. The study was carried out with a qualitative (Vasilachis de Gialdino, 2009) and participatory (Christensen & James, 2000) approach. It has an exploratory and comprehensive design for the collection and analysis of information. To analyze the

imaginary and practices of adolescent males in relation to this axis, 21 interviews were conducted with young people between the ages of 15 and 19 in two modalities: 1. Individual interviews with males in waiting rooms of health services participating in the research (N = 17) and 2. group interviews with men in two secondary schools in the City of Buenos Aires (N = 4).

Keywords

Health - Adolescence - Men - Violence

BIBLIOGRAFÍA

- Badinter, E. (1993). *XY. La identidad masculina*. Madrid. Editorial Alianza
- Bernales, M. (2015). Hombres y conductas de riesgo en salud: hacia una comprensión de la complejidad sociocultural de la salud masculina. Documento presentado en *IV Coloquio Internacional de Estudios sobre varones y masculinidades. Patriarcado en el Siglo XXI: Cambios y Resistencias*. Santiago de Chile.
- Campbell, F., Biggs, K., Aldiss, S.K., O'Neill, P.M., Clowes, M., McDonagh, J., While A, Gibson F. (2016). Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. Doi: 0.1002/14651858.CD009794.pub2. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009794.pub2/full>
- Campos-Ramos, P.C. & Barbato, S. (July/ Sept. 2014). Participação de crianças em pesquisas: uma proposta considerando os avanços teórico- metodológicos. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 19 (3), 157-238.
- Christensen, P. & James, A. (Eds.) (2000). *Research with children: perspectives and practices*. London: Falmer Press.
- Connel, R.W. (1997) La organización social de la masculinidad. En Valdés T. y Olavarría, J. (eds.) *Masculinidad/es. Poder y Crisis* (pp. 31-47). Santiago de Chile. Chile: Ediciones de las Mujeres N°24.
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. *Género y salud en el Sureste de México*, 199-219.
- De Keijzer, B. (2006). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *La Manzana, Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 59-88. Recuperado de: http://agendadelas-mujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf

- De Keijzer, B. (2013). *El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva*. Recuperado de <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/EI%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo.pdf>
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2016). *Estadísticas Vitales, Información básica*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/tabulados/>
- Faur, E. (2019). Del escrache a la pedagogía del deseo. *Revista Anfibia*. Disponible en: <http://revistaanfibia.com/cronica/del-escrache-la-pedagogia-del-deseo/>
- Fernández, A.M. (1994). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Garriga Zucal, J. y Branz, J. (2020). *Las mil y una versiones del "macho"*. recuperado de <https://latfem.org/las-mil-y-una-versiones-del-macho/>
- Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad*. Buenos Aires. Paidós.
- Inda, N. (1996). Género masculino, número singular. En: Burin, M. y Dio Bleichmar, E. (comp.). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Laws, S. & Mann, G. (2004). *¿Así que quiere hacer participar a los niños y niñas en la investigación? Paquete de herramientas para apoyar la participación significativa y ética de los niños y niñas en la investigación relativa a la violencia contra los niños y niñas*. Estocolmo: Save the Children Suecia. Recuperado de: <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/cd2/index/assoc/stc0023.dir/stc0023.pdf>
- Lo Russo A. (2012a) Género en producción. Notas acerca del problema de la violencia y la subjetividad en la infancia. En Tajer D. (Comp.) *Género y Salud. Las Políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lo Russo, A. (2012b). Infancia, violencia y género: análisis de discursos parentales. (Tesis de Maestría). Disponible en: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/3959/2/TFLACSO-2012AILR.pdf>
- Marqués, J. V. (1997). Varón y Patriarcado. En Olavarría, J. y Valdes, T. (eds.) *Masculinidad/es. poder y crisis. Ediciones de las Mujeres, N°24*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud de la Nación - Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2016). *Natalidad y mortalidad. Síntesis estadística*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Natalidad-Mortalidad-2016-SintesisNro3.pdf>
- OPS/OMS (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
- Pasqualini, D. & Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires: OPS. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Peker, L. (2019). *La revolución de las hijas*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D. (2017). "¿Qué quiere un hombre? Hacia una clínica de varones con perspectiva de género". En *Revista Digital Psicoanálisis Ayer y Hoy*. Recuperado de <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/que-quiere-un-hombre-hacia-una-clinica-de-varones-con-perspectiva-de-genero/>
- Tajer, D. (2019). Movimiento "no es no" en las escuelas secundarias. Un abordaje desde Psicoanálisis y Género. *Revista El Sigma*. Recuperado de <https://www.elsigma.com/genero-y-psicoanalisis/movimiento-no-es-no-en-las-escuelas-secundarias-un-abordaje-desde-psicoanalisis-y-genero/13674>
- Tajer, D. (en prensa) "Con el psicoanálisis solo no alcanza, pero sin el psicoanálisis no se puede". En *Psicoanálisis para todxs*, Buenos Aires: Editorial Topía.
- Tajer, D., Reid, G., Gaba, M., Cuadra, M. E., Solís, M. y Fernández Romeral, J. (2018). Género y salud adolescente: imaginarios profesionales y prácticas que impactan en la calidad de atención en servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En *Revista Papeles de Trabajo*. Recuperado de <http://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/papdetrab/issue/view/50/49>
- Tajer, D., Reid, G., Cuadra, M. E., Solís, M., Fernández Romeral, J., Saavedra, L., Lavarello, M. L. y Fabbio, R. (2019). Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires; barreras de género en la prevención y atención de la salud. En *Revista Salud Colectiva*. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2256/1556>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

VARONES ADOLESCENTES Y PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADOS: SIGNIFICACIONES DE USUARIOS Y ESTUDIANTES DE SECUNDARIOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Tajer, Debora; Reid, Graciela Beatriz; Lavarello, Maria Laura; Fernández Romeral, Juliana; Solis, Mónica; Alvarenga, Germán Gabriel; Borello Taiana, Florencia Maria; Cuadra, María Eugenia; Saavedra, Lucia Daniela; Fabbio, Rocío Paola; Lo Russo, Alejandra Isabel; Kreis, Maria Manuela
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en el proyecto de investigación UBACyT “Barreras de género en la prevención y atención de la salud de varones adolescentes significados y prácticas de usuarios y profesionales de la salud”. El mismo se desprende del proyecto UBACyT anterior que se propuso indagar la equidad de género en la calidad de atención en la adolescencia, poniendo en visibilidad la escasa cantidad de consultas en el sistema de salud y el ingreso por guardia de los varones adolescentes. La indagación sobre el modo de significar los riesgos específicos y las prácticas en la vida cotidiana de los varones adolescentes respecto al proceso de salud-enfermedad-cuidados responde a un doble propósito: arribar a una mirada integral de la intersubjetividad e interjuego de actores sociales en la accesibilidad al sistema de salud; y fomentar una posición de sujetos con capacidad de agencia. De esta manera, se espera contribuir a la construcción de prácticas en salud que reconozcan la capacidad de actores estratégicos y ciudadanía de lxs adolescentes. Es por ello, que en esta oportunidad, se exponen los resultados obtenidos de entrevistas grupales e individuales a usuarios y potenciales usuarios del sistema de salud.

Palabras clave

Género - Adolescencia - Proceso de salud-enfermedad-cuidado - Sistema de salud cuidar - Hombres

ABSTRACT

MALE TEENAGERS AND HEALTH-SICKNESS-CARE PROCESS: SIGNIFICANCE IN USERS AND SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

The present work is part of the research project UBACyT “Gender barriers in the prevention and health care of adolescent males meanings and practices of users and health professionals”. This project follows the previous one in which gender equality was investigated in the quality of adolescence’s healthcare, bringing to light the limited amount of visits and the admission through

the ER of male teenagers. The research on how to signify specific risks and daily practices of male teenagers towards the health-sickness-care process responds to a double purpose: achieving a comprehensive perspective of the intersubjectivity and interplay of social agents in the healthcare system’s access; and encouraging the capacity of acting with diligence. Thus, it is expected to contribute to the construction of health practices which recognize adolescents as strategic agents and citizens. As such, obtained results from group and individual interviews to healthcare system users and potential users are displayed in this opportunity.

Keywords

Gender - Adolescence - Health-sickness-care process - Health care system - Males

BIBLIOGRAFÍA

- Bernales, M. (2015). *Hombres y conductas de riesgo en salud: hacia una comprensión de la complejidad sociocultural de la salud masculina*. IV Coloquio Internacional de Estudios sobre varones y masculinidades. Patriarcado en el Siglo XXI: Cambios y Resistencias, Santiago de Chile.
- Campos-Ramos, P.C. y Barbato, S. (2014). Participação de crianças em pesquisas: Uma proposta considerando os avanços teórico-metodológicos. *Estudos de Psicologia*, 19 (3), 157-238. Doi: 10.1590/S1413-294X2014000300004.
- Connell, R. W. (1997). La organización Social de la Masculinidad. En T. Valdés y J. Olavarría (Eds.) *Masculinidad/es. Poder y Crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres N°24. UNAM. México. Pp 103-129.
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En Tuñón E. (Coord). *Género y salud en el sureste de México*. Villa Hermosa: ECOSUR/UJAD.
- De Keijzer, B. (2006). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *La Manzana, Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 1 (1), 59-88. Recuperado de http://agenda-delasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf

- Giffin, K. (1994). Esfera de reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 4(1), 23-40. Recuperado de 10.1590/S0103-73311994000100002.
- Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En Olavarría, J. y Valdes, T. (eds.) *Masculinidad/es. poder y crisis. Ediciones de las mujeres*, N°24, Santiago de Chile.
- Laws, S. & Mann, G. (2004). *¿Así que quiere hacer participar a los niños y niñas en la investigación? Paquete de herramientas para apoyar la participación significativa y ética de los niños y niñas en la investigación relativa a la violencia contra los niños y niñas*. Estocolmo: Save the Children Suecia. Recuperado de <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/cd2/index/assoc/D9173210/889.dir/savethechildren0023.pdf>
- Meler I. y Tajer D. (Comp.) (2000). *Psicoanálisis y Género. Debates en el Foro*. Buenos Aires: Lugar.
- OMS (2014). *Salud para los adolescentes del mundo Una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1
- OMS (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf
- Pasqualini, D. & Llorens, A. Comp. (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires: OPS. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Tajer, D. (2006). Varones y enfermedad cardiovascular: Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en varones jóvenes. En *I Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades y I Congreso Nacional de la Academia Mexicana de Estudios del Género de los Hombres: Violencia: ¿el juego del hombre?*, México.
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones: Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D. J., Reid, G., Ceneri, E., & Solis, M. (2014). Equidad de género en la calidad de atención en adolescencia. *Anuario de investigaciones*, 21, 233-240.
- Tajer, D., Reid, G., Gaba, M. Cuadra, M.E., Lo Russo, A., Salvo, I. Solis, M. (2015). Equidad de género en la atención de la salud en la infancia. *Revista Psicoperspectivas*, Vol 14, N° 1, 103-113. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Tajer, D. J., Reid, G. B., Cuadra, M. E., Solís, M., Romeral, J. F., Saavedra, L. D., Lavarello, M.L., Fabbio, R. P. (2019). Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud. *Salud Colectiva*, 15, doi: 10.18294/sc.2019.2256.

COVID-19: EVALUACIÓN DE LAS EMOCIONES, EN ADULTOS MAYORES ARGENTINOS, DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL

Tartaglini, Maria Florencia; Hermida, Paula Daniela; Feldberg, Carolina; Ofman, Silvia Deborah; Heisecke, Silvina Lidia

CONICET - Instituto de Neurociencias Buenos Aires (INEBA). Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo se propone evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión geriátrica, en el contexto del aislamiento social preventivo y obligatorio. Se administró una encuesta online a 360 senescentes de ambos sexos, autoválidos, cuyas edades oscilaron entre 60 y 93 años, residentes en CABA y alrededores. Se realizó un estudio no experimental, con diseño descriptivo-correlacional. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: Cuestionario sociodemográfico y psicosocial (elaborado ad-hoc), Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (García Campayo et. al.2010) y Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-VE) (Martínez de la Iglesia et. al. 2002). Los resultados obtenidos señalan que el 17,8% y el 24,2% de la muestra presentó niveles de ansiedad y depresión, respectivamente. A su vez, dichas variables correlacionaron con la recomendación de no circular y con la restricción de contacto físico. Desde el marco de la Psicología Social de la Salud (Rodríguez-Marín & Neipp Lopez 2008), los hallazgos llevan a interrogarnos sobre el impacto del aislamiento en el estado de ánimo de un importante porcentaje de adultos mayores, como así también a considerar que esta situación, para muchos, es permanente. Por lo tanto, se considera prioritario realizar estudios de manera virtual que nos permitan evaluar el estado de ánimo de los adultos mayores.

Palabras clave

COVID-19 - Adultos mayores - Aislamiento emociones - Ansiedad - Depresión geriátrica

ABSTRACT

COVID-19: EMOTIONS ASSESSMENT IN ARGENTINE OLDER ADULTS DURING SOCIAL ISOLATION

The present work proposes to evaluate the prevalence of geriatric anxiety and depression in the context of the mandatory preventive social isolation. An online survey was administered to 360 self-valid, both sex elderly, aged between 60 to 93 years old, living in Buenos Aires city and its suburbs. A non-experimental descriptive-correlational study was carried out. Assessment instruments were an ad-hoc designed sociodemographic and psychosocial questionnaire, the General Anxiety Disorder-7

questionnaire (GAD-7), and the Yesavage Geriatric Depression Scale questionnaire (GDS-VE). Obtained results indicate that 17.8% and 24.2% of the sample have presented levels of anxiety and depression, respectively. These variables correlated with the recommendation of not to circulate and the restriction of physical contact. From the health social psychology framework, these findings lead us to examine the impact of isolation on the mood of a significant percentage of older adults, as well as to consider that this impact, for many of them, is permanent. Therefore, it is considered a priority to conduct virtual studies allowing assessing older adults mood.

Keywords

COVID-19 - Older adults - Isolation emotions - Anxiety - Geriatric depression

BIBLIOGRAFÍA

- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., et al. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*; 8:8.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M.C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., AguadoTaberné, C. & Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Meditam*, 12(10), 520-530.
- Rodríguez-Marín, J. & Neipp Lopez, M. C. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Editorial Síntesis.

¿CÓMO DIFIERE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE PERSONAS CON CRISIS EPILÉPTICAS O CON CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS? UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Wolfzun, Camila

CONICET - Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La epilepsia es definida como la predisposición crónica del cerebro de padecer crisis epilépticas, siendo estas eventos clínicos que reflejan la presencia de descargas hipersincrónicas de neuronas ubicadas en la corteza cerebral, que tienen la particularidad de iniciar y finalizar en forma brusca. Las Crisis No Epilépticas Psicógenas (CNEP) se diagnostican cuando se presentan cambios disruptivos similares a una crisis epiléptica, pero sin descargas neuronales paroxísticas detectables por electroencefalografía (EEG), y que no se originan por otra enfermedad médica. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bajo los lineamientos PRISMA de aquellos estudios que hayan comparado la calidad de vida de los pacientes con CNEP y epilepsia. Se incluyeron estudios publicados en lengua inglesa o española hasta el año 2020, con pacientes adultos. Se revisaron las bases de datos PubMed, SciELO, Cochrane Collaboration, Lilacs, Dialnet, Medline y psychINFO, además de revisar las referencias de los artículos incluidos. Se ha evaluado la calidad de los artículos a partir de una herramienta creada especialmente para el campo. Como resultado, en la mayoría de los estudios se obtuvo que la calidad de vida de aquellas personas con CNEP resulta menor que la de aquellas con epilepsia.

Palabras clave

Revisión Sistemática - CNEP - Epilepsia

ABSTRACT

HOW IS QUALITY OF LIFE DIFFERENT AMONG PEOPLE WITH EPILEPTIC SEIZURES OR WITH PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES? A SYSTEMATIC REVIEW

Epilepsy is defined as the chronic predisposition of the brain to have epileptic seizures -clinical events reflecting the presence of hypersynchronous discharges of neurons located in the cerebral cortex, which have the particularity of starting and ending abruptly. On the other hand, Psychogenic Non Epileptic Seizures (PNES) are diagnosed when there are disruptive changes similar to an epileptic seizure, but without paroxysmal neuronal discharges detectable by electroencephalography (EEG), and are not originated from any other medical disease. The objective of this study is to carry out a review of the studies that have compared the quality of life of patients with PNES and epilepsy under

the PRISMA guidelines. Studies published in English or Spanish until 2020, with adult patients, were included. PubMed, SciELO, Cochrane Collaboration, Lilacs, Dialnet, Medline and psychINFO databases were reviewed, in addition to checking the references of the included articles. The quality of the articles has been evaluated with a tool created especially for the field. It was found in most of the studies that the quality of life of those with PNES is lower than that of those with epilepsy.

Keywords

Quality of life - Psychogenic Non Epileptic Seizures - Epilepsy

BIBLIOGRAFÍA

- Brown, R. J., & Reuber, M. (2016). Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 45(March), 157-182. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.003>
- Consalvo, D. E., Fontela, M. E., Papayannis, C. E., Romano, L. M., Saldón, P. C., & Bernater, R. D. (2005). Actualización de las guías para el tratamiento farmacológico de la epilepsia en adultos. *Revista Neurológica Argentina*, 30(3), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2013.03.001>
- D'Alessio, L., Giagante, B., Oddo, S., Silva W, W., Solís, P., Consalvo, D., & Kochen, S. (2006). Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure*, 15(5), 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2006.04.003>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Michaelis, R., Tang, V., Ji, W., Ac, M., Wc, L. J., Lh, G., Lundgren, T., & Reuber, M. (2017). Psychological treatments for people with epilepsy (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Database OfSystematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012081.pub2>. www.cochranelibrary.com

CORRELATOS PSICOSOCIALES DEL COVID-19 EN UNA MUESTRA DE ADULTOS ARGENTINOS

Wyss, Paulina Gertrudis; Brehm, Mónica Patricia; Katz, Olivia; Fernández Mastrantuoni, María De La Paz
Universidad Argentina de la Empresa. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El COVID-19 ha transformado la vida humana. Los efectos psicosociales del aislamiento social obligatorio están bien documentados a nivel mundial (Brooks et al., 2020; Jeong et al., 2016). El objetivo del presente trabajo era determinar si las personas de riesgo (adultos mayores), aquellos con hijos pequeños, quienes indicaban tener problemas económicos y el tiempo de aislamiento introducían diferencias psicosociales. Se encuestó online a 422 personas adultas (67% mujeres, edades de 18 a 68 años) en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Paraná. Completaron preguntas sociodemográficas, el test de Ansiedad ante la Muerte de Templer y el DASS-21 de Lovibond y Lovibond. Las personas de riesgo y aquellas con hijos pequeños presentaban mayores niveles de ansiedad ante la muerte $p < 0,03$. A estos últimos -quizás- se les sumaba el estrés de tener que cuidar a sus hijos durante esta situación. Por otra parte, también aquellas personas que sostenían que sus ingresos económicos se habían visto afectados presentaban mayores niveles de ansiedad, estrés y ansiedad ante la muerte $p < 0,005$. El tiempo transcurrido en aislamiento se asociaba con mayor ansiedad $r = 0,12$ $p < 0,05$. Así, el presente trabajo pone de manifiesto que determinados grupos tienen más riesgos de sufrir los efectos psicosociales del aislamiento.

Palabras clave

COVID-19 - Correlatos psicosociales - Aislamiento social - Adultos

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL CORRELATES OF COVID-19 IN A SAMPLE OF ARGENTINEAN ADULTS

COVID-19 has transformed human lives. However, the psychosocial effects of compulsory social isolation are well documented globally (Brooks et al., 2020; Jeong et al., 2016). The objective of the present work was to determine if people at risk (older adults), those with small children, those who indicated having economic problems and the time of isolation introduced psychosocial differences. 422 adults (67% women, ages 18 to 68 years) were surveyed online in the Autonomous City of Buenos Aires and Paraná. They completed sociodemographic questions, Templer's Death Anxiety test and Lovibond and Lovibond's DASS-21. People at risk and those with children had higher levels of anxiety about death $p < 0.03$. The latter - per-

haps - added the stress of having to take care of their children during this situation. On the other hand, also those people who maintained that their economic income had been affected had higher levels of anxiety, stress and anxiety before death $p < 0.005$. The time spent in isolation was associated with greater anxiety $r = 0.12$ $p < 0.05$. Thus, the present work shows that certain groups are more at risk of suffering the psychosocial effects of isolation.

Keywords

COVID-19 - Psychosocial correlates - Social isolation - Adults

BIBLIOGRAFÍA

- Brooks, S. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- Jeong, H., Yim, H.W., Song, Y.J., et al. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiological Health*, 38, 16-48.
- Lovibond, S. & Lovibond, P. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology Foundation of Australia.
- Templer D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología

XXVII Jornadas de Investigación

XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR

II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional

II Encuentro de Musicoterapia

Se terminó de editar en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en el mes de noviembre de 2020.