

INCLUSIÓN SOCIO-HABITACIONAL Y HABITABILIDAD: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.

Lenta, María Malena, Tisera, Ana, Lohigorry, José, Hepner, Liliana y Paolín, Carla.

Cita:

Lenta, María Malena, Tisera, Ana, Lohigorry, José, Hepner, Liliana y Paolín, Carla (2019). *INCLUSIÓN SOCIO-HABITACIONAL Y HABITABILIDAD: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/408>

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



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>.

MEMORIAS

XI Congreso Internacional de
Investigación y Práctica Profesional
en Psicología

XXVI Jornadas de Investigación

XV Encuentro de Investigadores
en Psicología del MERCOSUR

I Encuentro de Investigación
de Terapia Ocupacional

I Encuentro de Musicoterapia

27/11 al 29/11

2019



*El Síntoma y la Época.
Avances de la Investigación en Psicología*

PSICOLOGÍA DE LA SALUD, EPIDEMIOLOGÍA

TOMO 3





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 Beatríz

Claustro de Graduados

Titulares

Quattrocchi, Paula Raquel
Rojas, María Alejandra
Llull Casado, Verónica Gabriela
Ferreya, Julián

Suplentes

Korman, Guido
Jaume, Luis
Lutereau, Luciano
Mariño, Irupé

Claustro de Estudiantes

Titulares

Nuñez D'Agostino, Fernando
Rozas, Lara
Cultraro, Felipe
Santiere, Jazmín

Suplentes

Mingorance, Belén
Papini, Brenda
Pietragalia, Nelson
Antenucci, Magali

Representante de APUBA

Fernando Testagrossa



AUTORIDADES

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

Presidente Honorario

Decano Prof. Lic. Jorge Antonio Biglieri

Presidente

Prof. Dr. Martín Etchevers

Coordinador

Prof. Dr. Fabián Schejtman

INTEGRANTES DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA

Claustro de Profesores

Prof. Bustingorri, María Laura
Prof. Lozzia, Gabriela Susana
Prof. Nuñez, Ana María

Claustro de Graduados

Lic. Bosco, Ramiro
Lic. Leiman, Marina
Lic. Ungareti, Joaquín

Subsecretario de Investigaciones

Dr. Garay, Cristian J.

MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Aisenson, Gabriela	Iorio, Alberto	Pawlowickz, María Pía
Aksman, Gloria	Jaume, Luis	Peker, Graciela
Alomo, Martín	Keegan, Eduardo	Pelrosso, Alicia
Alonzo, Claudio	Kohan, Ana	Perrotta, Gabriela
Azaretto, Clara	Korman, Guido	Politis, Daniel
Beramendi, Maite	Kufa, Pilar	Puhl, Stella
Bareiro, Julieta	La Tessa, Mirta	Quattrocchi, Paula
Barreiro, Alicia	Laznik, David	Radusky, Pablo David
Barrios Raúl	Leibson, Leonardo	Ragau, Rita
Berger, Andrea	Llull Casado, Verónica	Raznoszczyk, Clara
Burín, Débora	Lowenstein, Alicia	Rodriguez, Flabia
Calzetta, Juan Jose	Lubian, Elena	Rojas Breu, Gabriela
Cassullo, Gabriela	Luchetta, Javier	Rojas, Alejandra
Cebey, María	Lutereau, Luciano	Rosales, Guadalupe
Crespi, Melina	Macchioli, Florencia	Ruetti, Eliana
Cryan, Glenda	Mazzuca, Marcelo	Ruiz, Guillermo
Delfino, Gisella	Mazzuca, Santiago	Saavedra, Ma. Eugenia
Dominguez, María Elena	Miceli, Claudio	Sarudiansky, Mercedes
Donghi, Alicia	Michel Fariña, Juan Jorge	San Miguel, Tomasa
Elgier, Angel	Mikulic, Isabel María	Schorn Marta
Etchezahar, Edgardo	Muiños, Roberto Daniel	Sicilia, Miguel
Fernández Liporace, Mercedes	Muñoz, Pablo	Sotelo, Inés
Fernández Zalazar, Diana	Muraro, Vanina	Stasiejko, Halina
Filippi, Graciela	Murillo, Manuel	Stefani, Dorina
Freiberg Hoffmann, Agustin	Nakache, Deborah	Vazquez, Liliana
Galibert, María	Naparstek, Fabián	Vernengo, María Pía
García Labandal, Livia	Ormart, Elizabeth	Wainstein, Martin
Ghiso, Claudio	Oiberman. Alicia	Wald, Analía
Iacub, Ricardo	Ortega, Julian	Wittner, Valeria
Ibarra, Florencia	Paolicchi, Graciela	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

EL ABORDAJE DESDE LA PSICOLOGIA EXISTENCIAL PARA LA CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DEL PROCESO DE MUERTE Y DE MORIR Albornoz, Ona	8
CIBERACOSO Y COMPETENCIAS PARENTALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS Cardozo, Griselda; Dubini, Patricia Mónica; Ramallo Torres, María Gisella; Ardiles, Romina Anabela; Fantino, Ivana Elizabeth; Serra, María Ayelen.	14
USO DEL CONDÓN EN EL SEXO VAGINAL CON LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS FEMENINOS Disogra, Carlos Esteban; Palma Isla, Ingrid Andrea; Sosa, Gonzalo Nicolas; Uliarte, Marcelo Daniel	19
MÁRGENES EN LA CONSTRUCCIÓN DE ACCESIBILIDAD A SALUD MENTAL INFANTIL: UN ANÁLISIS TERRITORIAL Espert, María Juliana	23
DE LA SUBALTERNIDAD A LA AUTONOMÍA PROFESIONAL: UN ANÁLISIS NORMATIVO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Fotia, Guillermo Daniel; De Lellis, Carlos Martín.	27
SOBRE LA FUNDAMENTACIÓN DEL TRABAJO CON MAESTROS DE ESCUELAS SECUNDARIAS PÚBLICAS MEXICANAS EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMATICAS DE SALUD MENTAL DEL ALUMNADO Garbus, Pamela; Negrete Barajas, María Elena; Fernandez Saldaña, Daniel Eduardo; Hernández, Guillermo; Ochoa-Cervantes, Azucena De La C.	32
FACTORES DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EVALUADOS EN EL EXAMEN PREVENTIVO DE SALUD DE LA UBA Iglesias, Susana; Arano, María Paula; Simari, Cecilia Carla; Canelo, Elisa Irene	36
ÁMBITOS ESTRESORES Y ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES PERCIBIDOS POR UN GRUPO DE ADOLESCENTES CORDOBESES Jorge, Elizabeth; Cardozo, Griselda	40
CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Ortega, Javiera; Vázquez, Natalia	46
MANIFESTACIONES DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO. PENSANDO LOS MODOS DE TRANSITAR LAS ADOLESCENCIAS EN LA ACTUALIDAD Ressia, Iris Del Valle; Sanchez, María De Los Angeles; Aldao Escobar, Camilo	51
COMO ES ADENTRO ES AFUERA: MUJERES Y ENCIERROS Serenó, Nora Natalia.	55
BARRERAS DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD DE VARONES ADOLESCENTES: SIGNIFICADOS Y PRÁCTICAS DE USUARIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD. CONSIDERACIONES Y RESULTADOS PRELIMINARES Tajer, Debora; Reid, Graciela Beatriz; Solis, Mónica; Cuadra, María Eugenia; Lo Russo, Alejandra Isabel; Fernández Romeral, Juliana; Saavedra, Lucia Daniela; Lavarello, María Laura; Fabbio, Rocío Paola.	68
INCLUSIÓN SOCIO-HABITACIONAL Y HABITABILIDAD: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Tisera, Ana; Lenta, María Malena; Lohigorry, José Ignacio; Hepner, Liliana Ruth; Paolin, Carla	74
CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y POLÍTICAS DE SUFRIMIENTO Vázquez, Andrea Elizabeth	80



UN ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE EL IMPACTO PSICOLÓGICO MATERNO EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN Y NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Vázquez, Natalia; Ortega, Javiera; Scavone, Kevin; Samaniego, Virginia Corina	84
INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE PERSONAS EN FINAL DE VIDA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE SUS FAMILIARES EN DUELO Velo, Verónica; Tripodoro, Vilma; Gonzalez, Natalia Carolina	89
REVISIÓN SOBRE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN ARGENTINA Vetere, Giselle; Sánchez, María Eugenia; Mattioni, Mara; Larraburu, Juan Manuel; Vazquez Melia, Melisa	95
ESTIGMATIZACIÓN HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA Zarate, Jorge; Dávila, Angélica Leonor; Illanes Passera, Mariana Inés; Sananez, Griselda Guillermina; Hunziker, Carola; Gioacchini, Carina; Sanchez, Carolina Silvana	99
POSTERS	
PERSPECTIVAS SOBRE LAS BARRERAS PARA LA PARTICIPACIÓN EN ASOCIACIONES DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Ardila, Sara; Schembri, Lihuen; Alonso, Rocío; Rojtenberg, Carolina; Quercetti, Florencia; Fabbio, Rocío Paola	104
SIGNIFICADOS ASOCIADOS A ACCIONES DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL DE LA INDUSTRIA DE ALCOHOL EN ARGENTINA Bachmann, Julieta; Peltzer, Raquel Inés	106
RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES Koutsovitis, Florencia; Cremades, Camila; Donatti, Sofía	108
CUATRO DIMENSIONES DE LAS REPRESENTACIONES DE ESCOLARES ARGENTINOS FRENTE A ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS Y ALIMENTOS NO PROCESADOS Leonardelli, Eduardo	109
APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE DEPRESIÓN Y AUTOEFICACIA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Ofman, Silvia Deborah; Stefani, Dorina	110
COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN PERSONAS CON VIH DE BUENOS AIRES Radusky, Pablo David; Mikulic, Isabel Maria	111
SALUD PSÍQUICA DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR , DISCREPANCIAS ENTRE MADRES Y PADRES EN LOS FACTORES PRÓXIMOS QUE LA AFECTAN Samaniego, Virginia Corina	112
NECESIDAD DE PERTENENCIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES Schmidt, Vanina; Celsi, Ignacio; Di Puglia, Gabriela; Aranda Coria, Elizabeth	113
TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS, DEPRESIÓN GERIÁTRICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN ADULTOS MAYORES JUBILADOS. UN ESTUDIO CRÍTICO COMPARATIVO A PARTIR DEL GÉNERO Tartaglino, María Florencia; Hermida, Paula Daniela; Nuñez, Macarena Liliana	114
EL VALOR DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES PARA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL Cosentino, Maximiliano; Altemir, Juan Martín; Gianolio San Martín, Sofia; Morales, Silvina	115



RESÚMENES

SALUD MENTAL Y LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL PSICOLOGO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION Garzaniti, Ramiro	117
RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL: CONSTRUCCIÓN DE CRITERIOS TERAPÉUTICOS EN EL MARCO DE LA LEY 26657” Kopelovich, Mercedes	119
ESTRATEGIAS DE CONSUMO ALIMENTARIO Y SU RELACIÓN CON LAS REPRESENTACIONES EN SALUD DE LOS HOGARES POBRES DE CIUDAD CAPITAL DE SANTIAGO DEL ESTERO Oneto Vera, Natalia María	121
TRANSVERSALIDAD DE SABERES Y SUS EFECTOS POSIBLES EN LA INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Poverene, Laura	123
EL IMPACTO DE LA CATASTROFIZACIÓN EN LA EXPERIENCIA DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO Regner, Florencia; Rosales, Ma. Guadalupe	125
MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ARGENTINA (1970 A 2019) Reos, Francisco Roque	127
CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD EN VARONES ADOLESCENTES: ACERCA DE LAS PATERNIDADES Y LAS CONDUCTAS DE RIESGO Saavedra, Lucia Daniela; Fernández Romeral, Juliana; Tajer, Debora	128
AGENTES DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS): ESTUDIO DE CASO Stolkiner, Alicia; Michalewicz, Alejandro; Fernandez, Marina	129

TRABAJOS LIBRES

EL ABORDAJE DESDE LA PSICOLOGIA EXISTENCIAL PARA LA CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DEL PROCESO DE MUERTE Y DE MORIR

Albornoz, Ona
Universidad de Buenos Aires¹. Argentina

RESUMEN

El artículo presenta el abordaje desde la psicología existencial a partir de los resultados de una investigación cuyo objetivo es la evaluación de la Calidad de vida y de la Calidad del proceso de Morir y de Muerte en el contexto de Cuidados Paliativos. Los resultados muestran que los pacientes ponderan las áreas de la familia y seres queridos, los valores y la autonomía para obtener una buena calidad de vida. Los cuidadores principales evalúan que las dimensiones que se relacionan con una buena calidad de muerte de su ser querido en el camino de despedirse de la vida son la conectividad, la trascendencia, el control de síntomas y la autonomía, todas ellas ayudan a sostener la identidad de las personas hasta el último momento. La psicología existencial aborda el proyecto vital y la búsqueda de un nuevo sentido de vida frente a la enfermedad y la finitud a través de técnicas específicas. El hecho físico de la muerte nos puede destruir, pero “la idea de la muerte” nos puede ayudar a vivir de una forma más plena; la conciencia de muerte debe catalizar nuestras vivencias, en vez de paralizarlas (Yalom, 1984).

Palabras clave

Calidad de muerte - Cuidados paliativos - Calidad de vida - Existencialismo

ABSTRACT

THE APPROACH FROM THE EXISTENTIAL PSYCHOLOGY FOR THE QUALITY OF LIFE AND QUALITY OF THE DEATH AND DYING PROCESS
The article presents the approach from the existential psychology from the results of a research whose objective is the evaluation of the Quality of life and the Quality of the process of Dying and Death in the context of Palliative Care. The results show that patients weigh the areas of family and loves one, values and autonomy to obtain a good quality of life. The main caregivers evaluate that the dimensions that are related to a good quality of death of their loved one in the way of saying goodbye to life are connectivity, transcendence, symptom control and autonomy, all of them help to sustain the identity of people until the last moment. Existential psychology addresses the vital project and the search for a new sense of life in the face of disease and finitude through specific techniques. The physical fact of death can destroy us, but “the idea of death” can help us to live more fully;

the conscience of death must catalyze our experience, instead of paralyzing them (Yalom, 1984).

Key words

Quality of dying - Death - Palliative cares - Quality of life - Existentialism

“Acompañar en uno de los momentos sublimes del ser humano, es un honor”.

Introducción

Los cuidados paliativos surgen para humanizar el proceso de morir dado que constituyen un abordaje destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, que afrontan los problemas asociados a una enfermedad amenazadora para la vida, a través de la prevención y paliación del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, y la evaluación y tratamiento cuidadosos de todas las problemáticas que afectan al enfermo, sean éstas de tipo somático, emocional, ético, social o de otro tipo (OMS 2004). El objetivo de los Cuidados Paliativos es lograr la más alta calidad de vida posible para el paciente y su familia. Anualmente 40 millones de personas -el 78% de las cuales viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano- necesitan cuidados paliativos. Si tomamos en cuenta los niños, el 98% de los que necesitan tales cuidados viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano; casi la mitad de ellos, en África. OMS (2015).

El acto de morir es también uno de los actos de la vida reza Marco Aurelio, por ende, conocer las dimensiones que se ponderan en la calidad de muerte y de morir y en la calidad de vida en ese momento específico nos permite comprender el camino a seguir en nuestras intervenciones. Las personas necesitamos pensar que mañana vamos a estar vivos, requerimos de un proyecto existencial, sentir que tenemos la libertad de elegir, negar por momentos nuestra finitud... el surgimiento de una enfermedad o el diagnóstico de terminalidad impacta en nosotros generando un quiebre en nuestra historia vital, en nuestra existencia. Requiere, del paciente que se encuentra vivenciando su último tramo de vida, “recalcularse”, negar, enojarse, pactar, entristecerse, llorar y luego crear un nuevo proyecto para continuar su existencia.

En la calidad del morir se integran cuidados que se sustentan en principios éticos, morales y humanos inherentes a la dignidad

humana, la cual es compartida por toda la especie. Ellos se basan en que el ser es único, insustituible, inabarcable, irrepetible, susceptible de ser amado y capaz de amar, que es consciente y autoconsciente, goza de libertad, autodeterminación y gobierna en cierto modo al mundo y por lo mismo, es éticamente responsable. En los últimos años, se ha subrayado cada vez más la necesidad de profundizar en el papel que juegan los aspectos emocionales en los pacientes con enfermedades en etapas terminales, al tiempo que crece la exigencia de prestar a los mismos una atención terapéutica adecuada (Bayés, 2000, 2006; 2006; Gómez Sancho 1998, 1999, 2006; OMS, 1990).

Frente al encuentro con la muerte la persona *“...muchas veces se ve alimentada por la decepción que sienten al no haber realizado su potencial. Muchas personas se desesperan porque sus sueños no se hicieron realidad, y se desesperan aún más porque ellos no hicieron nada para concretarlos. Enfocarse en esta profunda insatisfacción suele ser el punto de partida para sobreponerse a la ansiedad ante la muerte. En muchas personas, la ansiedad ante la muerte es abierta y fácilmente reconocible. En otras, es sutil, reprimida, y se oculta detrás de otros síntomas, y solo se identifica explorando, excavando inclusive”* (Yalom, 2008). La labor del terapeuta consiste en ayudar al sujeto a encontrar o restablecer el sentido de su vida porque la vida es potencialmente significativa hasta el último momento, hasta el último suspiro, gracias al hecho de que se pueden extraer significados hasta del sufrimiento.

Resultados y discusión

El objetivo de la investigación realizada fue identificar las áreas de la calidad de vida evaluadas por el paciente y aquellos factores de la calidad del proceso de morir y de muerte que son ponderados por el cuidador principal respecto de los pacientes que han estado bajo tratamiento en cuidados paliativos. Es una investigación no experimental, descriptivo correlacional transversal. (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista, 1991). La muestra está conformada por 34 pacientes que se encuentran en tratamiento en un Servicio de Cuidados Paliativos. Los Instrumentos de Evaluación utilizados fueron:

-Inventario de Calidad de Vida percibida en Cuidados Paliativos para el paciente (ICVCP): se ha modificado el Inventario de Calidad de Vida Percibida (Mikulic, 2000), a fin de evaluar la percepción que los pacientes en cuidados paliativos tienen respecto de su calidad de vida. En cuanto a la confiabilidad, la consistencia interna muestra un alfa de .72, (Alfa de Cronbach) valor que da cuenta de una consistencia interna adecuada del instrumento. De acuerdo a la experiencia de trabajo con pacientes terminales se ha incluido el área de autonomía debido a la enorme significatividad de acuerdo a la experiencia específica que viven los pacientes que están en proceso de pérdida de sus capacidades físicas, rol social y laboral, así como la necesidad de tomar decisiones sobre su salud. (Albornoz, 2005).

-Cuestionario de evaluación de Calidad del Proceso de Morir

y de la Muerte (Quality of Dying and Death -QODD): Entrevista para cuidadores principales acerca de la experiencia del paciente al final de la vida. Autores: Curtis, Patrick & Engelberg (2001). Adaptación: Dra. Ona Albornoz. 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. Este valor se corresponde con el obtenido en el instrumento original, reportado por Patrick, Engelberg & Curtis en el año 2001.

La OMS define a la calidad de vida como una “percepción del individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (WHO, 1958 en Consiglio, Belloso, 2003). La Calidad de Vida en Relación a la Salud (CVRS) se refiere en particular a los efectos de las enfermedades y de sus tratamientos en la vida cotidiana de los pacientes (DeBoer JB, Van Dam FS, Sprangers MAG, 1995 en Consiglio, Belloso, 2003).

Por otra parte es importante conceptualizar el sufrimiento como un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. Un elemento clave del sufrimiento lo constituye la indefensión percibida, definiendo este fenómeno como la percepción por el individuo de “el quiebre total de sus recursos físicos, psicológicos y sociales”. (Chapman y Gavrin en Bayés 2007). La mirada existencialista permite encontrar un abordaje que tome en cuenta este quiebre y acompañe al paciente a encontrar un nuevo significado y sentido de vida para su existencia.

De acuerdo a los resultados del ICVCP se observa que las áreas relacionadas con el ámbito afectivo, amor, amigos, hijos, parientes se encuentran ponderados como importantes para su calidad de vida y al mismo tiempo son áreas de satisfacción, conectado con las variables latentes del ICV de redes, trascendencia y crecimiento personal.

Con respecto a la Calidad de muerte y de morir, los resultados muestran que los cuidadores principales consideran que el paciente focaliza su vida y sus requerimientos en el ámbito afectivo relacionado con la contención y la trascendencia. Así mismo asignan una gran importancia a los valores y al amor, ponderando nuevamente 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.

La comprensión del concepto de calidad del morir, implica que la persona se encuentra consciente de su muerte próxima, logrando un sentido de control para él o ella y respetando sus deseos y los de sus cercanos (Patrick, Engelberg & Curtis, 2001). El desconocimiento de esta situación le podría impedir vivir

como protagonista de la última fase de su vida. Una persona, al estar consciente que su vida tiene un próximo fin, quizás decida realizar actividades que nunca hizo y/o tomar decisiones importantes, como especificar su deseo a no prolongar artificialmente el proceso de su muerte. Los resultados muestran que existen dos aspectos importantes, sentir paz y el miedo a la muerte. Steinhauer en 2006 encontró que el “estar en paz” acarrea diferentes significados, dependiendo de la orientación espiritual de los encuestados (paz con otros, paz con Dios, paz con uno mismo), pero que todos los significados incluyeron nociones de trascendencia. De igual manera, Charmaz en 1980 notó diferencias en el significado de “miedo” en los pacientes terminales (miedo al proceso de muerte, miedo sobre lo que pasa después de la muerte, miedo a dejar de existir). La noción de la necesidad de los individuos de establecer una identidad trascendente es una marca de la tradición de la psicología existencial. La trascendencia está fuertemente relacionada con la calidad del momento de muerte. Esto permite deducir que, al contrario de lo que todavía se piensa, conocer el pronóstico final permite a las personas manifestar sus últimas intenciones, resolver sus asuntos pendientes, despedirse y vivir, concluyendo que de esta vivencia mejora el proceso de morir con calidad. Por otra parte se observa la relación afectiva o conexión con personas cercanas y la trascendencia, sustentando otros hallazgos que determinan que la planificación anticipada podría asistir a los pacientes terminales en el fortalecimiento de las relaciones con otros y que “tener todo en su lugar” podría permitir estar en paz y aceptar la muerte (Martin, Thiel & Singer, 1999).

La dimensión nombrada como Familia muestra la importancia de los afectos, de la conexión con otros significativos en la buena calidad de morir y de muerte, 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. Se puede comprender los intentos continuos de los individuos para verificar roles de identidad importantes y para retenerlos en un auto-concepto integrado, así como también el énfasis que coloca la psicología existencial en la necesidad de los individuos de establecer y mantener conexión profundas con otros. El aspecto de trascendencia es particularmente pertinente a la evaluación de la experiencia de muerte, se han identificado dominios que incluyen temas relacionados al bienestar existencial, encontrando un significado y valor en la vida, la disposición espiritual para la muerte, y el no temer y estar en paz con esta situación (Emanuel, 1986; Steinhauer, Clipp & McNeilly, 2000; Steinhauer et al., 2002), está permitido alcanzar el sentido del ser en el proceso de muerte, no como algo terminado, sino como un ser con posibilidades.

Para algunas corrientes existencialistas, la vida no tiene sentido, por lo que es preciso “inventar”, “construir” un sentido para la vida, o sea, encontrar razones por las cuales vivir. Otros, como Frankl, el padre de la “logoterapia”, afirman que hay que des-

cubrir el sentido, que está en el mundo, no hay que inventarlo (Frankl, 1990, 1992). En toda su obra es una constante la búsqueda de significado en el sufrimiento que no puede ser evitado. La vida, para él, siempre tiene sentido, incluso en las cercanías de la muerte; él hacía suya esa frase de Nietzsche: “Quien tiene por qué vivir, puede aceptar casi cualquier cómo”. Los caminos que llevan a encontrar el sentido de la vida son los procesos de vivenciación de valores (valores de creación, de vivencia, de actitud, etc.). Para él, el sufrimiento y la muerte, presupuestos de la existencia humana, no quitan el sentido de la vida, sino que agregan nuevas posibilidades de encontrarlo, en la medida en que el individuo se enfrenta con esos hechos, en la actitud que tiene ante ellos.

Una discípula alemana de Frankl, Elizabeth Lukas (1989) resalta la necesidad del enfermo de concentrarse no en las pérdidas posibles o en aquellas a que tendrá que renunciar en alcanzar, sino en aquellas situaciones o vivencias que aún le ofrecen posibilidades de realización, esto es para ella “el espacio libre aún preservado”; entonces la tarea del equipo que trabaja con enfermos graves o terminales sería ayudarles a que vean más lejos que la realidad apremiante e inmediata que les aflige.

El hombre puede sufrir por múltiples causas, pero no únicamente por dolor y otros síntomas orgánicos. No todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor (Casell, 1992). Más bien, las personas con dolor sufren cuando su origen es desconocido, cuando creen que no puede ser aliviado, cuando su significado es funesto, cuando lo perciben como una amenaza a la integridad (Cassell, 1982). En otras palabras, cuando temen su prolongación o intensificación en el futuro sin posibilidades de control.

Bayés (2000) explica que un hombre enfermo es, esencialmente, un hombre vulnerable que se siente amenazado por la invalidez, el malestar, la succión del cuerpo, la soledad y la anomalía. 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).

La psicoterapia existencial no pretende cambiar la realidad externa, física o social, sino la percepción que tiene la persona sobre las cosas; analizar el proyecto existencial y su modificación, recuperar al ser humano para su autoposesión y autodeterminación. Es un método de relación interpersonal y de análisis psicológico cuya finalidad es promover un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficientes para asumir y desarrollar libremente la propia existencia. El existencialismo nos muestra que los seres humanos tenemos Cuatro Motivaciones Fundamentales (Croquevielle, 2009), el Poder Ser (dimensión ontológica a la que corresponde la confianza); el Gustar Vivir (dimensión axiológica a la que corresponden los sentimientos y valores); el Permitirse Ser uno mismo (dimensión Ética, Responsabilidad y Autoestima) y el Devenir Activo orientado a un futuro (dimensión del Sentido). Para trabajar las áreas ponderadas para una buena calidad de

vida y calidad de muerte se describen diferentes estrategias o técnicas de abordaje desde el existencialismo, una es el diálogo socrático que consiste en desafiar las interpretaciones que hace el paciente de distintos sucesos (es decir, su sistema de creencias) a través de preguntas basadas en la lógica, en sí mismo guiar a la persona hacia la búsqueda de sentido, del autoconocimiento y la precisión de la responsabilidad en sus acciones. Otra técnica es el Autodistanciamiento donde la persona acompañada aprende a verse a sí misma más allá de su padecimiento, con la posibilidad de apelar a la propia voluntad de sentido para dirigirse a él. Frankl plantea que el ser humano tiene la capacidad de autodistanciarse y autotranscender. Estas capacidades son potenciadas en la terapia mediante dos técnicas innovadoras introducidas por Frankl y empleadas posteriormente por enfoques muy diversos (cognitivos, sistémicos): la intención paradójica y la derreflexión. La Intención paradójica es una técnica consistente en hacer que el cliente intensifique sus síntomas en contextos nuevos, promoviendo que el síntoma pierda su funcionalidad, se pretende que provoque intencionadamente aquello que teme, de modo que se genera una contradicción lógica, muchas veces humorística. En la Derreflexión se toma en cuenta que algunas personas prestan una atención excesiva a sus metas o a sus problemas, lo cual genera ansiedad e interfiere con la vida, por ende consiste en redirigir esta atención de un modo adecuado y funcional, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión. Utiliza el sentido del humor. La Técnica línea de vida resalta momentos de cambio, experiencias importantes y modificaciones en el rumbo de la historia personal, así como proyecciones de momentos futuros, la recapitulación de acontecimientos es necesaria para aprender de la historia y entender qué sucedió en un momento dado. Todos poseemos una línea de vida que simboliza nuestro relato, nuestra experiencia, nuestro bagaje. Las personas tenemos una historia de nuestro pasado formada a partir de recuerdos que marcan distintas vivencias que hemos experimentado y que, de un modo imaginario, dividen el camino que hemos seguido. Estas divisiones son etapas y cada persona fracciona su vida mentalmente de un modo subjetivo.

Los cuidados paliativos incluyen en su conceptualización el trabajo del área espiritual tomando la espiritualidad, como lo que permite a una persona la experiencia trascendente del significado de la vida. La dimensión espiritual puede desarrollarse expresándose a menudo como una relación con Dios, pero también puede darse con la naturaleza, la música, la familia, la comunidad, en la medida en que tales valores dan a una persona sentido, significado y propósito a su vida. Puchalski y Romer (citado en Bayés, 2006).

Yalom plantea que los principios de la existencia son la inevitabilidad de la muerte, la libertad y su consiguiente responsabilidad, el aislamiento existencial y el sin sentido de la existencia. Para la aproximación al paciente debemos recordar que las con-

diciones para poder 'vivir con sentido' son:

- Campo de acción: sentirse requerido, exigido y necesitado, donde la persona puede entregarse y hacerse productiva. Sentir que se puede contribuir con algo positivo en el mundo. Cuando se ve ese campo en un contexto mayor, se convierte en un deber.
- Contexto valorado: es un horizonte en el cual se hace algo, se es activo, lo que dará orientación. Es una estructura mayor, como por ejemplo la religión, la familia o un ideal.
- Valor en el futuro: la acción debe focalizarse, dirigirse hacia un valor para lo cual se realiza. La entrega debe ser una contribución a un devenir, a un llegar a ser. En definitiva, el Sentido de vida es el valor central para lo cual se quiere vivir.

Conclusión

A pesar de que existen tendencias colectivas predominantes, posiblemente de carácter cultural, con énfasis en los aspectos emocionales en los países latinos y en los de autonomía en los anglosajones, existe una gran variabilidad entre los factores priorizados. Para algunas personas, lo más importante es el apoyo emocional; para otras, la dimensión espiritual; para un tercer grupo, el mantenimiento de la autonomía; y entre estos últimos, algunos priorizan el control de síntomas somáticos. Todo lo cual nos recuerda el pensamiento de Eric Cassell: "la misma enfermedad (disease), distinto paciente: diferentes vivencias de enfermedad (illness), dolor, y sufrimiento".

La calidad de vida y de muerte es analizada por diferentes autores, Elizari Basterra, plantea que la muerte digna llamada muerte humana, incluye la presencia solidaria de los otros, el alivio del dolor y otros síntomas, asistencia psicológica, la veracidad y la libertad. Por su parte, Lifshitz, remarca la presencia de los familiares, el contacto humano, que preferiblemente la muerte sea en la casa, los auxilios espirituales si son deseados, no estar invadido por sondas y tubos, el trato respetuoso de los cuidadores, el alivio del sufrimiento.

La psicología existencial, por su parte, describe similarmente temas relacionados a la identidad, enfatizando la necesidad de verse a uno mismo como autónomo y responsable, de profundizar conexiones con otros que compartan partes importantes de la cosmovisión de uno, de vivir el crecimiento y la auto-actualización y, también, de establecer un sentido de identidad trascendente (por ejemplo, el entender que la vida de uno posee un significado que se mantendrá luego de la muerte). Entre las necesidades emocionales y espirituales podemos destacar, siguiendo a Centeno (1999), la necesidad de dar y recibir amor, la necesidad de perdonar y de ser perdonado, de encontrarle algún sentido al sufrimiento, de tener esperanza en algo o en alguien, la necesidad de encontrar paz interior, de perdurar o de dejar una huella, de trascender y ser recordado, la necesidad de despedirse, etcétera.

En situaciones tan difíciles como lo es la enfermedad terminal el paciente suele preguntarse acerca de lo que ha hecho, de lo que

es capaz de dejarle a los suyos, de si ha aprovechado y cómo lo ha hecho el tiempo o de si tiene algún pendiente, entre otras cuestiones. Con respecto a su enfermedad, lo que más puede llegar a angustiarse es si sufrirá dolores, si su cuerpo sufrirá deformaciones y cómo reaccionará su familia ante ello y, sobre todo, si el momento de su muerte será tranquilo o agonizante. También se pregunta qué pasará después de morir, si su familia sufrirá mucho, si hay un más allá, si los asuntos pendientes se pondrán en orden, etcétera. Así, podemos analizar que del balance y de la incertidumbre surge la necesidad de recuperar la paz del espíritu: el enfermo va a necesitar reconciliarse consigo mismo, con los demás y con Dios, se experimentará la necesidad de morir en paz. Esta paz también necesita de la contestación a la pregunta por el sentido de la vida y las razones de la enfermedad. De acuerdo a los autores existencialistas, el hombre tiene la necesidad de encontrarle un sentido a las cosas o de lo contrario se corre el riesgo de caer en la angustia y la desesperación. El motor que pone en movimiento a una persona no es el impulso o el simple placer, sino la significación, el encuentro con el sentido de la propia vida. El hombre siempre busca ese sentido y por eso pone en marcha su accionar. Según Frankl, para encontrar ese sentido, el hombre necesita experimentar tres cosas: el amor a una persona, el servicio a un ideal y el enfrentarse al sufrimiento inevitable, que evidentemente es lo que se presenta en la enfermedad terminal (Centeno, 1999). Así mismo los datos arrojan que durante el proceso de morir el paciente focaliza su vida y sus requerimientos en el ámbito afectivo relacionado con la contención y la trascendencia, aquí tomaremos en consideración la 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.

Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento. (1946) Viktor Frankl

NOTA

¹UBACYT. Universidad de Buenos Aires. Dra. Mikulic.

BIBLIOGRAFÍA

- 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. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.
- Bayés, R. (2000). Principios de la investigación psicosocial en cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 86, 236-239.
- 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., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Med Paliat*, 3, 114-121.
- Besset, C. (2000). *Comment évaluer la qualité de vie dans le domaine des soins palliatifs: recherche d'un outil d'évaluation à l'usage du réseau Franc-Comtois de soins palliatifs*. Thèse pour le doctorat de médecine. Grenoble. Francia.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients. An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10 (7), 124-127.
- Carreras, M. y Borrell, R. (1996). Aspectos espirituales En: Gómez Battiste, X., Planas Domingo, J., Roca Casas, J. y Viladiu Quemada, P. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: Jims 403-11.
- 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.
- Centeno, C. (1999). Principios de medicina paliativa. En López, F. (Dir.). *Manual de oncología clínica*. (181-192). Valladolid: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid.
- Chochinov, H.M., Kristjanson, L.J., Hack, T.F., et al. (2006). Dignity in the terminally ill. *J Palliat Med*, 9, 666-672.
- 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.
- Curtis, J.R. (2005). Interventions to improve care during withdrawal of lifesustaining treatments. *J Palliat Med*, 8, 116-131.
- Consiglio, E., Belloso, W.H. (2003). Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. *MEDICINA*, 63, 172-178.
- Deroual, A., Serrijn, D. (2011). *Qualité de vie en fin de vie*. Croix Saint-Simon. Disponible en la web: <http://www.croix-saint-simon.org>.
- De Lima, L. (1990). *Desarrollo de la medicina paliativa en Argentina*. Madrid: Arán Ediciones.
- 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.
- 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.
- Gómez Sancho, M. (2005). *Morir con dignidad*. Madrid: Arán.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.

- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca del Sentido Último. El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- 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
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., et al. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psychooncology*, 7 (6), 460-9.
- 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.
- Levi y Anderson. (1980). *La tensión psicosocial, población, ambiente y calidad de vida*. Mexico: Manual Moderno.
- Lucas, E. (1989). *Meaning in suffering*. Berkeley: Institute of Logotherapy.
- Luxardo, N., Tripodoro, V., Funes, M., Berenguer, C., Natasi, R. y Veloso, V. (2009). Perfil de Cuidadores de enfermos en Cuidados Paliativos. *MEDICINA*, 69 (5), 27-36
- 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: *LI-LACS.29070*. UBA.
- Neimeyer, R.A. (1994). *Death anxiety handbook*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- OMS (2015). Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Nota descriptiva N°402. Julio.
- Patrick, D., Engelberg, R. & Curtis, R. (2001). Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22 (3), 717-726.
- 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, A.X., Gómez- Sancho, M. y Núñez, H. (1993). *Cuidados paliativos. Recomendaciones de la SECPAL*. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo.
- Sartre, J.P. (1945 y 1949). *El Existencialismo es un Humanismo*.
- Saunders, C. (2004). *The solid facts: palliative care*. En: Davies E, Higginson, I.J. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9, 9-21.
- SECPAL: El grupo de Calidad de la SECPAL, Dirección General de Planificación Sanitaria, Sistemas de Información y Prestaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Avedis Donabedian: *Indicadores de calidad en cuidados paliativos*. Septiembre 2003. España.
- Singer, P.A. y MacDonald, N. (1998). Bioethics for clinicians: quality end-of-life care. *CMAJ*, 159, 159-162.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1992). *Guía de Cuidados Paliativos*. Disponible en la WEB: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
- Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., et al. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284, 2476-2482.
- Steinhauser, K.E., Clipp, E.C. y Tulsky, J.A. (2002). Evolution in measuring the quality of dying. *J Palliat Med*, 5, 407-414.
- Tierney, R.M., Horton, S.M., Hannan, T.J. y Tierney, W.M. (1999). Relations between symptom relief, quality of life, and satisfaction with hospice care. *Palliative Medicine*, 12, 333-344.
- Twycross, R. (2003). Introducing palliative care. En: Rico, M. (2007). *Medicina Paliativa, Una respuesta para el paciente con cáncer avanzado*.
- U.S. Department of Health and Human Services (1980). *Pretesting in health communications*, Bethesda, Maryland, National Institutes of Health.
- WHO (2004). *WHO definition of palliative care*. Disponible en la WEB: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization (Organización Mundial de la Salud) (1990). *Cancer pain relief and palliative care. Technical Report series, 804*. Geneva: Who.
- World Health Organization (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines* (2° ed.). Geneva (SZ): World Health Organization.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

CIBERACOSO Y COMPETENCIAS PARENTALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

Cardozo, Griselda; Dubini, Patricia Mónica; Ramallo Torres, María Gisella; Ardiles, Romina Anabela; Fantino, Ivana Elizabeth; Serra, Maria Ayelen
Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo analiza la existencia de diferencias en función del género, competencias parentales y gestión de la escuela en el ciberacoso; indaga la relación entre el nivel de ciberagresión, género, edad y titularidad de la escuela y estudia la asociación entre ciberacoso y competencias parentales. Metodología: Diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra se configura con 3500 adolescentes de la Ciudad de Córdoba de 11 a 20 años (44% varones y 56% mujeres); 57% colegios privados y 43% escuelas públicas. Se administró la Escala de Cyberbullying y la Escala de Competencia Parental Percibida. Resultados: Se encuentra mayor proporción de varones en el rol de ciberagresores; las mujeres perciben mayor implicancia parental y se posicionan más como cibervíctimas y ciberobservadoras (escuelas públicas). El nivel de ciberagresión es independiente de la edad y tipo de institución escolar. Los coeficientes de correlación entre las escalas de ciberagresión, cibervictimización y ciberobservación con las dimensiones de las competencias parentales, en general presentan los signos esperados, aunque son bajos. Conclusiones: Es necesario seguir investigando en esta temática. Los resultados sugieren la necesidad de fortalecer las competencias parentales para que actúen protectoras ante el cyberbullying y cuestionar significaciones de la agresión/violencia asociadas al género.

Palabras clave

Adolescentes - Competencias Parentales - Cyberacoso

ABSTRACT

CYBERBULLYING AND PARENTAL COMPETENCIES IN ADOLESCENTS ENROLLED IN SCHOOL

The present work analyzes the existence of differences according to gender, parental competences and school management in cyberbullying; investigates the relationship between the level of cyber-aggression, gender, age and ownership of the school and studies the association between cyberbullying and parental competences. Methodology: Cross-sectional descriptive correlational design. The sample is configured with 3500 adolescents from Córdoba City, from 11 to 20 years old (44% male and 56% female); 57% private schools and 43% public schools. The Cyberbullying Scale and the Parental Perceived Competency Scale

were administered. Results: There is a higher proportion of males in the role of cyber-aggressors; women perceive more parental involvement and tend to position themselves as cyber-victims and cyber-observers (public schools). The level of cyber-aggression is independent of the age and type of school. The correlation coefficients between the scales of cyber-aggression, cibervictimization and cyber observation with the dimensions of parental competences, generally present the expected signs, although they are low. Conclusions: It is necessary to continue the research on this subject. The results suggest the need to strengthen parental competences to protect against cyber bullying and to question meanings of aggression / violence associated to gender.

Key words

Adolescents - Parental Competencies - Cyberbullying

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación han producido importantes cambios en la vida social de las y los adolescentes, como también se constituyen en un nuevo escenario de expresión de la violencia. El ciberacoso es un fenómeno que despierta honda preocupación por su amplio alcance y por sus consecuencias emocionales y psicosociales.

El acoso cibernético se define como cualquier comportamiento realizado por un individuo o grupos de individuos a través de medios electrónicos o digitales, que implica el envío repetido de mensajes hostiles o agresivos con la intención de causar daño o incomodidad a otras personas (Wachs, Ksinan Jiskrova, Vazsonyi, Wolf y Junger., 2016). El ciberacoso comparte características con el acoso como la intencionalidad, la persistencia y el desequilibrio de poder (Buelga, Martínez-Ferrer y Musitu, 2016), y posee algunas características propias como el anonimato del agresor, el alcance y amplitud de los espectadores, la imposibilidad de huir de la agresión y la reproducción indefinida de la agresión cibernética por los observadores (Aricak y Ozbay 2016). En la literatura científica se encuentran antecedentes de estudios sobre las diferencias en las conductas de ciberacoso en relación al género (Arias Cerón, Buendía Eisman, Fernández y Palomares, 2018; Araiz, Cerezo, Giménez. y Maquilón, 2016; Redondo y Luzardo, 2016), tipo de gestión escolar (Arias Cerón

et al 2018; Garaigordobil y Machimbarrena, 2017a) y edad (Garaigordobil, 2015).

Para un adecuado desarrollo de las funciones de la familia los padres y madres necesitan poner en juego un conjunto de competencias que les permitan promover un desarrollo saludable de los hijos. La noción de competencias parentales -implicadas en lo que se denomina parentalidad social, más allá de la procreación- alude a las capacidades concretas que ejercen los padres en la protección, cuidado, educación y socialización de sus hijos. (Barudy y Dantagnan, 2010).

Según Bayot y Hernández (2008) la competencia parental percibida es la capacidad de los padres para cuidar de sus hijos y dar respuestas adecuadas a sus necesidades, manifestada en las siguientes facetas: a) Implicación parental, entendida como la preocupación e interés que otorgan al desarrollo afectivo y cognitivo de sus hijos, así como a las actividades de la vida cotidiana. b) Resolución de conflictos, que alude a la exploración de los medios y recursos que implementan para solucionar los inconvenientes y controversias dentro del ambiente familiar. c) Consistencia disciplinar, es la capacidad de establecer y mantener la disciplina en el hogar, que contemple la adaptación a las necesidades de sus hijos, el cumplimiento de castigos y establecimiento de normas.

En la literatura científica son escasos los antecedentes de investigaciones de la relación entre la conducta de ciberacoso y competencias parentales. En un estudio realizado por Garaigordobil y Machimbarrena (2017b) se pone en evidencia que los padres de cyberagresores presentan menos competencias parentales. Diferentes investigaciones indagan acerca de los factores familiares en la aparición del cyberbullying: clima y comunicación familiar (Larrañaga, Yubero, Ovejero, Navarro, 2016); los conflictos y la calidad de las relaciones familiares (Ortega-Barón, Buelga, Carrascosa y Cava, 2016; Ortega Barón, Buelga y Cava, 2016); estilos de socialización (Blanco-Suárez, Rodillo Gordón Redondo Pacheco y Luzardo Brizeño, 2017).

En el presente estudio nos proponemos: - Analizar si existen diferencias en función del género, las competencias parentales, la gestión de la escuela (pública- privada) en ciberbacoso. - Indagar la relación entre el nivel de ciberagresión y el género, edad y titularidad de la escuela.-Determinar la asociación entre la conducta de ciberacoso y el ejercicio de las competencias parentales percibidas por los hijos.

METODOLOGÍA

Diseño

Descriptivo correlacional de corte transversal.

Participantes

Se realiza un muestreo por conglomerado para la selección de escuelas. Se utilizó un listado de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Córdoba, ordenado de manera aleatoria. El total

de los encuestados fueron 3500 adolescentes de 11 a 20 años ($M=14.60$; $DE= 1.82$); 44% varones y 56% mujeres. El 57% cursan sus estudios en colegios privados y el 43% en escuelas públicas. En cuanto a la selección de los cursos, se decidió relevar de manera completa tres cursos por escuela: 1^{er}, 3^{er} y 5^{to} año.

Instrumentos

- *Test de cyberbullying (Garaigordobil, 2013)*: Explora 15 conductas relacionadas con el acoso cibernético. La respuesta es triangular; es decir, cada persona evaluada informa si en el último año ha sufrido esas conductas como víctima, si las ha realizado como agresor y si las ha visto realizar a otros o ha sabido que le han sucedido a alguien conocido. La valoración de cada afirmación se realiza mediante una escala Likert de cuatro niveles graduada entre 0 (nunca) y 3 (siempre). Los coeficientes alpha de Cronbach para la escala global fueron altos ($\alpha = .90$), en la misma dirección que los obtenidos en sus 3 factores: nivel de cibervictimización ($\alpha = .79$), nivel de ciberperpetración ($\alpha = .79$) y nivel de ciberobservación ($\alpha = .89$).

- *ECPP-h. Escala de competencia Parental Percibida (Bayot y Hernández, 2008)*: Permite conocer la percepción que tienen los hijos de la competencia de sus padres en la tarea cotidiana de educar, en tres dimensiones: Implicación parental, Consistencia disciplinar y Resolución de conflictos; se incluye una subescala de deseabilidad social. En lo que respecta a la fiabilidad total obtuvo un coeficiente $\alpha = .87$. Para analizar su validez se realizó un procedimiento de tipo factorial. En una primera factorización de primer orden con los 59 ítems que constituían la prueba piloto, de los cuales 53 pasaron a formar parte de la escala definitiva, el análisis de componentes principales arrojó 11 factores en su solución final mediante la rotación varimax, que explican el 48,80% de la varianza, con saturaciones superiores a 0,48. Los 11 factores se agruparon en las tres dimensiones cuyos coeficientes de fiabilidad oscilan entre 0,72 y 0,48.

Procedimiento

Se realizaron entrevistas con las autoridades del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba y directivos de cada institución, con el fin de informar acerca del proyecto y solicitar la autorización para llevarlo a cabo en las escuelas (tanto públicas como privadas). En una segunda etapa se concurrió a cada escuela para realizar la administración de los instrumentos en un horario regular de clases, de manera colectiva y en forma autoadministrada. El estudio cumplió con los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos.

RESULTADOS

Se calculó la media, desviación estándar, asimetría y curtosis. Como criterio para evaluar los índices de asimetría y curtosis se consideró como excelente, valores entre ± 1.00 , y adecuados valores inferiores a ± 2.00 (George y Mallery, 2011). Se observaron que las sub-escalas Víctima, Agresor y Observador (ciberbu-

llying), competencia parental presentaron valores superiores a ± 1.00 . Los resultados fueron obtenidos con el software estadístico R (R Core Team, 2019).

Estudio 1. Clasificación de los grupos acorde al rol en la conducta de ciberacoso.

En primer lugar, se realizó una clasificación binaria para determinar si al menos alguna vez los y las adolescentes habían sido víctimas, agresor u observador de ciberbullying. A tales fines se clasificó como agresor aquel que indicó en *al menos una pregunta que alguna vez había acosado a alguien*, de igual manera se procedió con las víctimas y observadores. Siguiendo esta clasificación se observa que 1.890 (54%) chicos indicaron haber sufrido algún tipo de acoso alguna vez, 1.137 (32%) indicaron haber acosado al menos una vez y 2.683 (77%) haber observado de algún hecho de ciberbullying. En tanto respondieron *nunca como víctimas* 1.604 adolescentes (45,83%), agresores 2,357 adolescentes (67,34%) y observador 810 adolescentes (23,14%).

Esta clasificación no es excluyente, se observa que aquellos que indicaron ser agresores también han sido víctimas, de igual manera ocurre con el grupo de observadores. Es decir que entre los agresores, el 81% reconoce haber sufrido al menos una agresión; y 213 casos (19% restante) nunca ha sido víctima. Por otro lado, un 40% del total de los encuestados no ha sido ni agresor ni víctima. Un 41% nunca ha sido agresor y ha sufrido al menos una situación de agresión. Por otro lado, entre los que observaron hechos de ciberbullying, un 61% indica no haber sido agresor, mientras que el 39% restante ha realizado al menos una vez alguna agresión. Sólo un 12% de los que nunca han observado ha agredido alguna vez.

Estudio 2. Diferencias entre los grupos

Se realizó una prueba Wilcoxon de diferencia de medias con el propósito de verificar si las diferentes escalas presentes en este trabajo difieren según sexo y el tipo de institución a la cual asisten los alumnos (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias de medias entre las variables en estudio en relación al sexo y tipo de gestión escolar

	Privado						Público					
	Varón (n=840)		Mujer (n=1155)		W	p	Varón (n=695)		Mujer (n=810)		W	p
	M	DE	M	DE			M	DE	M	DE		
Ciber. V.	1,48	2,06	1,62	2,64	478.880	0,70	1,40	2,75	1,85	2,91	238.380	0,00
Ciber. A.	0,95	1,66	0,62	1,24	533.380	0,00	0,95	2,91	0,58	1,65	293.710	0,04
Ciber. O.	5,55	5,62	5,84	5,70	465.310	0,12	4,28	6,50	5,30	6,16	230.870	0,00
Imp. Par.	83,23	15,76	85,41	16,60	431.050	0,00	77,04	21,05	80,57	19,49	241.800	0,00
Res. Con.	19,35	2,53	19,61	2,44	450.010	0,02	18,20	3,48	18,94	3,01	237.410	0,00
Cons. Dis.	10,43	2,27	10,25	2,34	500.150	0,10	9,67	2,65	10,05	2,50	246.350	0,01
Des. Soc.	7,20	1,83	6,98	1,89	515.180	0,00	7,15	2,22	7,11	2,05	275.830	0,31

Nota: M= media; DE= desviación estándar; V.=Víctima; A=Agresor; O=Observador; Imp. Par.=Implicancia Parental; Resol. Conf= Resolución de Conflictos; Cons. Dis. =Consistencia Disciplinar; Des. Soc.= Deseabilidad social

De acuerdo a los resultados presentados en la tabla uno, considerando las instituciones privadas se observan diferencias significativas según el sexo de los alumnos en las variables Ciberbullying Agresor ($p = .00$), Implicancia Parental ($p = .00$), Resolución de conflictos ($p = .02$), Deseabilidad Social ($p = .00$). Por otro lado, al considerar las instituciones públicas se observaron diferencias significativas según el sexo de los alumnos en las variables Ciberbullying Agresor ($p = .04$); Ciberbullying Observador ($p = .00$), Ciberbullying Víctima ($p = .00$), Implicancia Parental ($p = .00$), Resolución de conflictos ($p = .00$), Consistencia disciplinar ($p = .01$).

Estudio 3. Relación entre nivel de agresión, género, edad y titularidad de la escuela

Se busca verificar si el nivel de agresión, calificado en bajo,

medio y alto, de acuerdo a los cuantiles de la distribución, es independiente del género de los encuestados, de su grupo de edad y del tipo de escuela (pública o privada). En primer lugar, se analiza la relación con el género de los jóvenes encuestados. La distribución se presenta en la tabla dos:

Tabla 2. Relación entre la conducta de ciberagresión y género

Ciberagresor	Masculino	Femenino
1-Bajo	253	331
2-Medio	184	176
3-Alto	114	78
Total	551	585

El test Chi cuadrado, indica que el nivel de ciberagresión no es independiente del género ($\chi^2 = 16.343$; $gl = 2$, $p < .05$). En segundo lugar, al analizar el tipo de escuela, se verifica la siguiente distribución en la tabla tres:

Tabla 3. Relación entre la conducta de ciberagresión y tipo de escuela

Ciberagresor	Escuela Privada	Escuela Pública
1-Bajo	387	197
2-Medio	219	141
3-Alto	117	75
Total	723	413

El test Chi cuadrado, indica que el nivel de ciberagresión es independiente del tipo de escuela ($\chi^2 = 3.5736$; $gl = 2$, $p < .05$). Finalmente analizando los grupos de edad, en la tabla cuatro se encuentra los siguientes resultados:

Tabla 4. Relación entre la conducta de ciberagresión y edad

Ciberagresor	De 11 a 14	Mayores de 14
1-Bajo	316	268
2-Medio	188	172
3-Alto	102	90
Total	606	530

El test Chi cuadrado, indica que el nivel de ciberagresión es independiente de la edad ($\chi^2 = 0.32326$; $gl = 2$, $p < .05$).

Estudio 4. Correlación entre implicancia parental percibida por los hijos y las conductas de ciberbullying.

En la tabla cinco, se presentan las correlaciones para todas las observaciones de la muestra. Si bien se verifica que en general presentan los signos esperados, los coeficientes de correlación entre las escalas de agresión, victimización y observación con las dimensiones de las competencias parentales, son muy bajos y en algunos casos no significativos. Al considerar sólo los casos con valores mayores a cero en cada escala, los coeficientes se modifican levemente aunque no de manera sustancial; los mismos siguen siendo menores a los esperados. Para el caso de los agresores, el coeficiente de correlación con la dimensión implicancia parental, alcanza -0.06 , no siendo significativos para resolución de conflictos y consistencia disciplinar. Para las víctimas no se verifica correlación con implicancia parental ni con consistencia disciplinar. Resolución de conflictos presenta una correlación baja -0.04 y deseabilidad social 0.02 . Para los observadores, identificados como aquellos que presenciaron al menos alguna vez un acto de acoso, los coeficientes de correlación no son significativos para ninguna de las dimensiones de competencia parental.

Tabla 5. Relación entre Ciberbullying y competencia parental

Variable	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7
CiberAgr.	-	,430**	,360**	-,060**	-,050**	,010	-,060**
CiberVic.		-	,410**	-,010	-,030	,050**	,000
Ciberobs.			-	,030*	,060**	,040*	-,020
Impl.Par				-	,530**	,380**	,560**
Res.Conf.					-	,300**	,310**
Cons. Disc.						-	,370**
Des. Soc.							-

* $p < .05$ ** $p < .01$

V1 Ciberagresor; V2 Cibervictima; V3 Ciberobservador; V4 Implicancia parental; V5 resolución de conflictos; V6 Consistencia disciplinar; V7 Deseabilidad social.

DISCUSIONES

En el presente trabajo se analiza si existen diferencias en función del género, las competencias parentales, la gestión de la escuela (pública- privada) en ciberbullying; se indaga la relación entre el nivel de ciberagresión y el género, edad y titularidad de la escuela; y se determina la asociación entre la conducta de ciberacoso y el ejercicio de las competencias parentales percibidas por los hijos. Fue necesario agrupar a los sujetos según el rol asumido en la conducta de ciberacoso, encontrándose que no asumen posiciones fijas, sino que sucesivamente pueden alternar entre el rol de ciberagresores o cibervíctimas, o también pueden intercambiar con el lugar de ciberobservadores.

En primer lugar, se encontraron algunas diferencias significativas en las variables estudiadas según el sexo y tipo de gestión escolar. En las escuelas privadas los varones asumen más el rol de ciberagresores, se observa mayor percepción de resolución de conflictos y deseabilidad social, y las mujeres perciben mayor implicancia de sus padres. En las escuelas públicas las mujeres se presentan más como cibervíctimas y ciberobservadoras, perciben mayor implicancia parental, mayor capacidad de resolución de conflictos en el ámbito familiar y mayor consistencia disciplinar, mientras los varones se muestran más como ciberagresores. Los resultados referidos a diferencias en relación al género, edad y tipo de gestión concuerdan con otros que señalan mayores niveles de ciberagresión en varones (Arias Cerón et al, 2018; Araiz et al, 2016) y cibervictimización en mujeres (Araiz, Cerezo et al, 2016; Redondo y Luzardo, 2016), y no encuentran diferencias según la edad (Garaigordobil, 2015) y el tipo de gestión escolar (Arias Cerón et al 2018; Garaigordobil y Machimbarrena, 2017a). En relación a los resultados referidos a las diferencias en competencias parentales, se constata que son las mujeres, tanto en escuelas públicas como privadas, quienes perciben mayor implicancia parental, respecto de lo cual Araiz

et al. (2016) señalan que son las hijas las que reciben mayor supervisión parental, lo que permite suponer la percepción de una mayor fragilidad en las chicas, que demandaría una mayor protección familiar.

En segundo lugar, se pone en evidencia que el nivel de ciberagresión está relacionado con el género -siendo mayor la proporción en varones- pero es independiente de la edad y tipo de institución escolar. Estos resultados, en consonancia con los referidos en el primer estudio, confrontan con cuestiones de género que invitan a analizar la asociación virilidad-agresividad atravesada por la cultura.

En tercer lugar, las correlaciones encontradas entre ciberacoso y competencias parentales presentan los signos esperados, con valores muy bajos y en algunos casos no significativos. Se destacan dos resultados: a) los ciberagresores muestran una menor percepción de implicancia parental. Estos resultados coinciden con otros que señalan que los padres de ciberagresores poseen menos competencias parentales como ofrecer apoyo o participar en tareas escolares (Garaigordobil, y Machimbarrena, 2017b). Otros autores señalan que pueden ser socializados con pocos cuidados y atención (Blanco-Suárez et al., 2017) o perciben mayores conflictos familiares (Ortega-Barón et al, 2016). b) Las cibervíctimas muestran una menor percepción de resolución de conflictos y mayor deseabilidad social. La importancia de un adecuado ejercicio de las competencias parentales para disminuir la posibilidad de que un adolescente asuma el lugar de víctima es apoyado por otros estudios que señalan que cuando se presentan más conflictos familiares (Ortega Barón, Buelga y Cava, 2016), son criados de modo autoritario (Blanco-Suárez et al, 2017) o experimentan problemas familiares de comunicación (Larrañaga et al, 2016) más tienden a asumir este papel.

CONCLUSIONES

La relación entre competencias parentales y ciberacoso constituye una temática recientemente investigada, que necesita profundización.

Los resultados sugieren la necesidad de cuestionar significaciones de la agresión/violencia asociadas a la masculinidad y de la pasividad/sometimiento a la feminidad, a través de acciones de prevención y promoción de vínculos más satisfactorios, respetuosos e igualitarios, desde una perspectiva de género, tanto en el ámbito familiar como escolar.

Así mismo, se propone fortalecer las competencias parentales para que actúen como protectoras ante el ciberacoso, tanto para las adolescentes mujeres como para los varones, que parecen contar con menos apoyo parental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araiz, P., Cerezo, F., Giménez, A. & Maquilón, J. (2016). Conductas de ciberadicción y experiencias de cyberbullying entre adolescentes. *Anales de Psicología*, vol 32, nº 3, pp. 761-769.
- Arias Cerón, M., Buendía Eisman, L., Fernández & Palomares, F. (2018). Grooming, Cyberbullying y Sexting en estudiantes de Chile según sexo y tipo de administración escolar. *Revista Chilena de Pediatría*, 89 (3) pp. 352-260.
- Aricak, O.T. & Ozbay, A. (2016). Investigation of the Relationship between Cyberbullying, Cybervictimization, Alexithymia and Anger Expression Styles among Adolescents. *Computers in Human Behavior* 55: 278-85.
- Barudy, J. & Dantagnan M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Bayot, A. & Hernández, J. (2008). *Escala de competencia Parental Percibida. Versión hijos/as*. España: Editorial CEPE.
- Blanco Suárez, M., Rodillo Gordón, M., Redondo Pacheco, J. & Luzardo Brizeño, M. (2017). Estilos de crianza que inciden en la presencia de cyberbullying en un colegio público de Bucaramanga. *Psicoespacios*, 11(18), 99-115.
- Buelga, S., Martínez-Ferrer B. & Musitu, G. (2016). Family Relationships and Cyberbullying. In *Cyberbullying Across the Globe: Gender, Family, and Mental Health*. Edited by Raúl Navarro, Santiago Yubero and Elisa Larrañaga. España: Springer, pp. 99-114.
- Garaigordobil, M. & Machimbarrena, J.M. (2017a). Bullying/Cyberbullying in 5th and 6th grade: difference between public and private schools. *Anales de Psicología*. Vol. 33, núm. 2, pp. 319-326.
- Garaigordobil, M. (2013). *Cyberbullying: Screening de acoso entre Iguales*. Madrid: TEA.
- Garaigordobil, M. (2015). Cyberbullying en adolescentes y jóvenes del País Vasco: Cambios con la edad. *Anales de psicología*. Vol.31. N° 3, 1069-1076.
- Garaigordobil, M. & Machimbarrena, J.M. (2017b). Stress, competence, and parental educational styles in victims and aggressors of bullying and cyberbullying. *Psicothema*, vol 29, núm 3, pp 335-340.
- Larrañaga, E., Navarro, R. & Yubero S. (2018). Factores socio-cognitivos y emocionales en la agresión del ciberacoso. *Comunicar*, nº 56, vol. XXVI, pp. 19-28.
- Larrañaga, E., Yubero, S., Ovejero, A. & Navarro, R. (2016). Loneliness, parent-child communication, and cyberbullying victimization among Spanish youths. *Computers. Human Behaviors*, 65, 1-8.
- Ortega Barón, J., Buelga, S. & Cava, M.J. (2016) Influencia del clima escolar y familiar en adolescentes, víctimas de ciberacoso. *Comunicar* nº 46, vol. XXIV, pp.57-65.
- Ortega-Barón, J., Buelga, S., Carrascosa, L. & Cava, M.J. (2016). Diferencias en el ajuste psicológico, familiar y escolar en adolescentes agresores de cyberbullying. *Psicología y Educación: presente y futuro*. ACIPE. pp. 1732-1740.
- Redondo, J. & Luzardo, M. (2016). Cyberbullying y género en una muestra de adolescentes colombianos. *Psicología y Educación: presente y futuro*. ACIPE. pp. 1732-1740.
- Wachs, S., Ksinan Jiskrova, G., Vazsonyi, A.T., Wolf, K.D. & Junger, M. (2016). A Cross-National Study of Direct and Indirect Effects of Cyberbullying on Cybergrooming Victimization via Self-Esteem. *Psicología Educativa* 22: 61-70.

USO DEL CONDÓN EN EL SEXO VAGINAL CON LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS FEMENINOS

Disogra, Carlos Esteban; Palma Isla, Ingrid Andrea; Sosa, Gonzalo Nicolas; Uliarte, Marcelo Daniel
Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

RESUMEN

Se presenta un testeo empírico de la capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada (TCP) y el uso de métodos anticonceptivos del uso del condón en el sexo vaginal con la pareja estable en el último encuentro sexual en estudiantes universitarios femeninos. El análisis de datos consistió primero en un análisis factorial exploratorio de las variables de la TCP y luego regresión logística con los 16 factores obtenidos y el uso de métodos anticonceptivos como variables independientes y el uso del condón como dependiente. Seis factores y el uso de métodos anticonceptivos resultaron predictores del uso del condón. El R² de Cox y Snell resultó 0,35 y el de Nagelkerke 0,48. Se discuten las implicaciones de los resultados para la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

Palabras clave

Teoría de la conducta planificada - Uso del condón - Prevención de HIV - Estudiantes universitarios

ABSTRACT

CONDOM USE WITH THE THEORY OF PLANED BEHAVIOR AND CONTRACEPTIVE METHODS USE IN FEMALE COLLEGE STUDENTS
An empirical test of the theory of planed behavior (TPB) and the use of contraceptive methods regarding condom use prediction for vaginal sex with the main partner in the last sexual encounter in female college students is presented. An exploratory factor analysis of the variables of the theory of planed behavior was used first, and then a logistic regression with the 16 factors obtained and use of contraceptive methods as the independent variables and condom use as the dependent. Six factors and use of contraceptive methods predicting condom use were found. Cox, and Snell's R² was 0.35 and Nagelkerke's was 0.48. Implications of findings for human immunodeficiency virus (HIV) prevention are discussed.

Key words

Theory of planed behavior - Condom use - HIV prevention - College students

Introducción: Desde hace unos pocos años, la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) ha mostrado una estabilización o incluso una disminución de la incidencia en el mundo (UNAIDS, 2018) y en Argentina (Dirección de SIDA y ETS, 2018). Esta tendencia debe mantenerse redoblando los esfuerzos preventivos. La forma de prevención de la transmisión por vía sexual del virus es el uso sostenido del condón en todas las conductas sexuales y con todos los compañeros sexuales. El problema de la prevención cognitivo-conductual de la transmisión sexual del virus ha sido explicar y controlar la conducta del uso del condón. Aunque originariamente formulada para explicar un espectro amplio de la conducta social, una de las teorías que se ha mostrado más capaz de predecir el uso del condón (Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999) es la teoría de la acción razonada de Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock (1994) y su descendiente directo, la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1991).

Teoría de la acción razonada: La teoría de la acción razonada postula que una conducta social específica es una función de las intenciones conductuales y éstas son a su vez una función de: 1) las actitudes conductuales (actitudes del sujeto hacia el desempeño de esa conducta) y de 2) las normas subjetivas (normas sociales percibidas por el sujeto en sus referentes, es decir, ciertos individuos y/o grupos, respecto a la prescripción de ellos al sujeto sobre el desempeño o no de esa conducta). Todas las variables que afectan tanto las actitudes conductuales como las normas subjetivas componen la llamada estructura cognitiva que subyace a una conducta específica. Para algunas conductas específicas pueden tener más peso las actitudes conductuales y para otras las normas subjetivas, incluso el peso relativo de una u otra puede cambiar de una población a otra para la misma conducta específica.

Las actitudes conductuales hacia el desempeño de una conducta son una función de: 1) la creencia del sujeto de que esa conducta tendrá ciertos efectos (costos y/o beneficios) y 2) la propia evaluación del sujeto de esos efectos (positivas y/o negativas). Las normas subjetivas hacia el desempeño de una conducta son una función de: 1) la creencia del sujeto sobre la prescripción de

ciertos referentes (individuos y/o grupos) sobre si debería o no ejecutar la conducta y 2) la motivación del sujeto para cumplir con la prescripción de esos referentes.

La teoría de la conducta planificada coincide con la anterior sólo que incorpora una variable explicativa más de la conducta en cuestión, el control conductual percibido, que es definida como “la facilidad o dificultad percibidas para ejecutar la conducta” (Ajzen, 2002, p. 1). Las teorías de la acción razonada y de la conducta planificada cuentan con una formulación algebraica (Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994, pp. 66-68).

En lo que se refiere al uso de anticonceptivos y condones, Morrioni, Heartwell, Edwards, Zieman, & Westhoff (2014) han reportado un experimento con una muestra de mujeres estadounidenses jóvenes de menos de 25 años que comenzaban el uso de anticonceptivos orales. En el pre test el 28% eran usuarias consistentes del condón. Seis meses después del inicio del uso de anticonceptivos orales, sólo el 14% eran usuarias consistentes del condón. Los mismos autores reportan que si en cambio el inicio de la anticoncepción oral se antecede de una intervención recomendando el uso consistente del condón, entonces un 21% sigue usando el condón consistentemente junto a la anticoncepción oral.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es intentar comprender los efectos del uso de anticonceptivos orales en el uso del condón en el sexo vaginal (es decir, sexo con contacto físico entre la vagina y el pene) para prevenir el HIV con la pareja estable en poblaciones locales e intentar mejorar la capacidad predictiva de teoría de la conducta planificada incorporando al modelo el uso de anticonceptivos orales en una muestra de estudiantes universitarios femeninos en Córdoba, Argentina.

Muestra. Para formar la muestra, estudiantes universitarios de los cursos introductorios a la Psicología de la *Facultad de Psicología* de la *Universidad Nacional de Córdoba* fueron invitados en los años 2005 a 2018 a participar de una investigación sobre prevención de HIV y $n = 2235$ asistieron a las sesiones de recolección de datos. La muestra tuvo una media de edad de 21,2 años, desviación estándar 5,6, mínimo 17 y máximo 61, con el 89,2% entre 17 y 25 años, el 80,5% fue del sexo femenino, el 96,5% se autoreportó heterosexual y el 78,6% tuvo relaciones sexuales en los últimos 30 días.

Medición de las variables: La variable dependiente es el uso del condón para el sexo vaginal con la pareja estable, dicotómica en el último encuentro sexual y tiene dos categorías: 1) con condón solamente y 2) sin condón solamente. Se pidió a los sujetos que indicaran qué tipo de pareja tuvieron en el último encuentro sexual y que indicaran también por sí o por no, tanto si tuvieron sexo vaginal con condón como si lo tuvieron sin condón. La ventaja de la medición dicotómica en el último encuentro es que permite evaluar el uso del condón en el contexto de la pareja estable solamente. El uso del condón medido con autoreporte

resultó validado por el enorme experimento de Kamb, Fishbein, Douglas, Rhodes, Rogers, et al, 1998, pp. 1165-1166.

Las variables independientes medidas son 8: 7 de la teoría de la conducta planificada y el uso de anticonceptivos. Las variables de la teoría de la conducta planificada son: 1) creencia del sujeto de que su referente j piensa que él debería (o no) emitir la conducta de uso del condón en el sexo vaginal con la pareja estable, items 31 a 45 (el cuestionario en versión digital está disponible a través del primer autor a pedido, carlosdisogra@hotmail.com). 2) motivación del sujeto para cumplir con la prescripción del referente j , items 46 a 60. 3) creencia del sujeto de que el desempeño de la conducta de uso del condón en el sexo vaginal con la pareja estable tendrá la consecuencia positiva i , items 69-76. 4) creencia del sujeto de que el desempeño de la conducta de uso del condón en el sexo vaginal con la pareja estable tendrá la consecuencia negativa i , items 105-116. 5) evaluación del sujeto de la consecuencia positiva i de la conducta de uso del condón en el sexo vaginal con la pareja estable, items 141-148. 6) evaluación del sujeto de la consecuencia negativa i de la conducta de uso del condón en el sexo vaginal con la pareja estable, items 149-160. 7) control conductual percibido de la conducta de uso del condón, items 1-9. Y el uso de anticonceptivos se evaluó con un sólo ítem: “Mayoritariamente, ¿qué usas como método anticonceptivo?”, con éstas opciones de respuesta: “Anticonceptivos distintos que los condones”, “Anticonceptivos distintos que los condones y condones” y “Condones”.

La medición de las 7 variables de la teoría de la conducta planificada se efectuó con items traducidos y/o modificados, ya utilizados por los teóricos de la acción razonada y la conducta planificada y aplicadas al uso del condón (Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994; Albarracín, Johnson, Fishbein, Muellerleile, 2001), algunos de los items sobre las creencias de consecuencias se tomaron de la Escala de Actitudes hacia el Condón de Sacco, Levine, Reed, & Thompson (1991) y algunos de items que evalúan el control conductual percibido se tomaron de Longshore, Hsieh, & Anglin (1992). Al sujeto se le pidió que indique su grado de acuerdo con una escala Likert de 7 puntos desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente de desacuerdo”.

Aspectos éticos: La participación en la investigación fue voluntaria y anónima y se presentó a los sujetos el consentimiento informado por escrito. Se agradeció a los sujetos por su participación. Se proveyó a los sujetos de una dirección de correo electrónico para formular preguntas y obtener respuestas después de su participación.

Análisis de datos y resultados: Utilizando el programa SPSS 18, se practicó un análisis de los datos que consistió primero en un análisis factorial exploratorio de los items que evalúan las 7 variables propuestas por la teoría de la conducta planificada y luego una regresión logística para evaluar si los factores resultantes y el uso de anticonceptivos tienen capacidad predictiva del uso del condón en el sexo vaginal con la pareja estable en

los sujetos. El análisis factorial exploratorio se realizó con el procedimiento de extracción de componentes principales con rotación VARIMAX de los factores. Los datos perdidos fueron reemplazados por la media. El número de sujetos que ingresó al análisis factorial resultó $n = 2235$ y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin resultó, $KMO = 0,84$. Con el criterio de raíz latente se obtuvieron 16 factores con valor propio mayor que 1, que acumularon un 75,1% de la varianza. Los factores fueron nombrados en función de las variables de la teoría de la conducta planificada, cuando así fue posible su interpretación. Los alfas de Cronbach de los factores que resultaron predictores del uso del condón estuvieron en el rango de 0,96 a 0,84 y los de los que no, entre 0,93 y 0,54. Mediante una regresión logística con los 16 factores introducidos ($n = 639$, el tamaño de la muestra disminuye porque se retiran los sujetos que no reportan sexo vaginal en su último encuentro sexual) y el uso de anticonceptivos. Seis factores y el uso de anticonceptivos resultaron predictores significativos del uso del condón en el sexo vaginal en el último encuentro sexual con la pareja estable. Los 6 factores predictores fueron numerados, sus nombres, coeficientes beta estandarizados y significación de los mismos son: 1) Creencia del sujeto de que su referente j piensa que él debería emitir la conducta de uso del condón para prevenir el HIV ($B = 0,7$, $p < 0,001$), 3) Consecuencias positivas de tranquilidad y prevención ($B = 0,5$, $p < 0,03$), 4) Evaluación de las consecuencias sexuales negativas del uso del condón ($B = -0,8$, $p < 0,007$), 6) Control conductual percibido de la conducta de uso del condón ($B = 1,3$, $p < 0,001$), 8) Consecuencia negativas del uso del condón de celos y enojo de la pareja ($B = -0,5$, $p < 0,03$), 11) El uso del condón va en contra de las creencias religiosas ($B = 0,4$, $p < 0,08$) y tipo de anticonceptivos usados ($B = 1,0$, $p < 0,04$). El incremento de los factores 1, 3, 6 y 11 y el uso de anticonceptivos distintos de los condones aumentan la probabilidad de uso del condón, mientras que el incremento de los factores 4 y 8 la disminuyen. El R^2 de Cox y Snell resultó, $R^2 = 0,35$ y el de Nagelkerke $R^2 = 0,48$. La bondad de ajuste del modelo evaluada mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow, resultó satisfactoria [χ^2 (gl = 8) = 11,1, $p > 0,2$]. Las proporciones de aciertos del modelo resultaron: el 91,1% de los casos de uso del condón y el 62,5% de los casos de no uso, son predichos correctamente, lo que hace una capacidad global de predicción del uso del condón del 81,4% de aciertos. Los factores que no pudieron predecir el uso del condón fueron numerados y llamados: 2) Motivación del sujeto para cumplir con la prescripción del referente j, 5) Creencias sobre consecuencias sexuales negativas del uso del condón, 7) Evaluación de la consecuencia positiva tranquilidad, 9) Evaluación de las consecuencias negativas del uso del condón de celos y enojo de la pareja, 10) Evaluación de las consecuencias positivas del uso del condón en la prevención del SIDA, embarazo y ETS, 12) Creencia del sujeto de que su referentes amantes, ex-amantes y ex-parejas piensan que él debería emitir la conducta de uso del

condón para prevenir el HIV, 13) Evaluación de ir en contra de las creencias religiosas, 14) Motivación del sujeto para cumplir con la prescripción de amantes y ex-amantes y dos factores pequeños más de difícil interpretación.

Discusión: Trabajos anteriores mostraron que la teoría de la conducta planificada es capaz de explicar parcialmente el uso del condón en el sexo vaginal con la pareja estable en sujetos masculinos (Disogra, 2011). Análisis también anteriores mostraron que el agregado del uso de sustancias psicoactivas al modelo mejora la capacidad predictiva del mismo en sujetos masculinos (Disogra, Cosacov, Palma Isla, Harrison, & Sosa, 2016) y también lo hace en sujetos femeninos (Disogra, Cosacov, Palma Isla, Harrison, & Sosa, 2017). El análisis de datos que previamente factoriza los ítems de las 7 variables de la teoría de la conducta planificada resulta compatible con la nueva tendencia de encontrar predictores más precisos que los grandes constructos de normas subjetivas y actitudes conductuales, para informar mejor sobre qué variables específicamente deberían ser el objetivo a modificar en intervenciones HIV preventivas que intenten aumentar el uso del condón (von Haefen, Fishbein, Kasprzyk, & Montano, 2001; von Haefen, & Kenski, 2001, p. 172). Ya existe un tratamiento diseñado y evaluado experimentalmente en forma satisfactoria en Estados Unidos de América inspirado en la teoría de la conducta planificada para incrementar el uso del condón (Kamb, Fishbein, Douglas, Rhodes, Rogers, et al, 1998) que bien podría evaluarse en Argentina también, teniendo en cuenta que no sólo el presente trabajo apoya la capacidad predictiva del uso del condón de la teoría de la conducta planificada en una muestra de la población argentina, sino que otros trabajos también lo hacen: con consultantes a dos hospitales de la Provincia de Buenos Aires (Glasman, & Albarracín, 2003) y con estudiantes universitarios femeninos de Córdoba (Disogra, Bertotti, & Cosacov, 2008).

El presente trabajo muestra que el uso de anticonceptivos distintos a los condones hace menos probable el uso del condón con la pareja estable en el sexo vaginal, por ello sería deseable que se asesorara a aquellas personas que deciden el uso de anticonceptivos distintos de los condones sobre la necesidad del uso sostenido del condón para la prevención de HIV y otras patologías sexualmente transmisibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
2. Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1-20.
3. Albarracín, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., & Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161.

4. Dirección de SIDA y ETS. (2018). Boletín sobre el VIH-Sida e ITS en la Argentina. Año XXI, Número 35, Diciembre de 2018. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, República Argentina.
5. Disogra, C.E. (2011). Predictores del uso del condón en el sexo vaginal con la teoría de la conducta planificada en estudiantes universitarios masculinos (pp. 81-84). En el tomo Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención de las Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
6. Disogra, C.E., Bertotti, G.H., & Cosacov, N.E. (2008). Predictores del uso del condón en el sexo vaginal con la teoría de la conducta planificada en estudiantes universitarios femeninos (pp. 221-223). En el tomo II de las Memorias de las XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
7. Disogra, C.E., & Cosacov, N.E. (2014). Uso de drogas psicoactivas y uso del condón en el sexo vaginal en estudiantes universitarios (pp. 28-30). En el tomo 2 Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención de las Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación y X Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
8. Disogra, C.E., Cosacov, N.E., Palma Isla, I.A., Harrison, M.I., & Sosa, G.N. (2016). Modelo del uso del condón en el sexo vaginal con la teoría de la conducta planificada y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios masculinos (pp. 37-40). En el tomo 2 Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención de las Memorias del VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación y XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
9. Disogra, C.E., Cosacov, N.E., Palma Isla, I.A., Harrison, M.I., & Sosa, G.N. (2017). Modelo del uso del condón en el sexo vaginal con la teoría de la conducta planificada y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios masculinos y femeninos (pp. 31-34). En el tomo 2 Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención de las Memorias del IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación y XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. ISSN 1667-6750.
10. Fishbein, M., Middlestadt, S.E., & Hitchcock, P.J. (1994). Using information to change sexually transmitted diseases-related behaviors: An analysis based on the theory of reasoned action. In R.J. DiClemente, & J.L. Peterson (Comp.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 61-78). New York, NY: Plenum Press.
11. Morroni, C., Heartwell, S., Edwards, S., Ziemann, M., & Westhoff, C. (2014). The impact of oral contraceptive initiation on young women's condom use in 3 American cities: missed opportunities for intervention. *PloS one*, 9(7), <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0101804>
12. Glasman, L.R., & Albarracín, D. (2003). Models of health-related behavior: A study of condom use in two cities of Argentina. *AIDS & Behavior*, 7(2), 183-193.
13. Kamb, M.L., Fishbein, M., Douglas, J.M.Jr, Rhodes, F., Rogers, J., Bolan, G., Zenilman, J., Hoxworth, T., Malotte, C.K., latesta, M., Kent, C., Lentz, A., Graziano, S., Byers, R.H., Peterman, T.A., & the Project RESPECT Study Group. (1998). Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(13), 1161-1167.

MÁRGENES EN LA CONSTRUCCIÓN DE ACCESIBILIDAD A SALUD MENTAL INFANTIL: UN ANÁLISIS TERRITORIAL

Espert, Maria Juliana

CeSAC N°9 - Hospital "Dr. Cosme Argerich" - Ministerio de Salud, CABA. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo se origina en la revisión de algunas de las prácticas instituidas en el campo de la Salud y, particularmente, de la Salud Mental. A partir de la evaluación que suscita el proceso de reformulación del llamado dispositivo de admisión a Salud Mental Infantil (SMI) realizado en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ubicado en la zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires, se establecen algunas líneas de reflexión y análisis sobre cómo efectivizamos la accesibilidad en la construcción de los servicios de Salud. Interviene en este análisis una labor de deconstrucción –visibilización– de los soportes ideológicos, sociopolíticos y económicos que comandan nuestras prácticas y cómo opera el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2005) en la formación e institución de categorías, mecanismos y lógicas que hacen a los procesos de salud-enfermedad-cuidados. En estas coordenadas, es dable situar en qué medida y en qué clave territorial particular, la accesibilidad excede caracterizar el problema de la oferta y la demanda desde la óptica de los servicios y lleva a repensar el entramado de dimensiones que invisibilizan cómo los sujetos son constructores de accesibilidad (Stolkiner, 2006:202).

Palabras clave

Accesibilidad - Barreras - Dispositivos - Salud Mental Infantil

ABSTRACT

MARGINS IN THE CONSTRUCTION OF ACCESSIBILITY TO CHILD MENTAL HEALTH: A TERRITORIAL ANALYSIS

The present work originates in the revision of some of the practices instituted in the field of Health and, particularly, Mental Health. Based on the evaluation that the process of reformulation of the so-called admission device for Mental Health for Children (SMI) carried out in a Center for Health and Community Action (CeSAC) located in the South zone of the City of Buenos Aires, some lines of analysis and reflection about how we make accessibility effective in the construction of health services. In this analysis intervenes a work of deconstruction - visualization of the ideological, sociopolitical and economic supports that command our practices, and how the Hegemonic Medical Model (MMH) (Menéndez, 2005) operates in the formation and institution of categories, mechanisms and logics that participate in the health-disease-care processes. In these coordinates, it is possible to locate to what extent and in what particular territorial key,

accessibility exceeds to characterize the problem of supply and demand from the perspective of services and leads to rethink the framework of dimensions that make invisible how subjects are builders of accessibility (Stolkiner, 2006: 202).

Key words

Accessibility - Barriers - Devices - Children's Mental Health

Causas y consecuencias de las deficiencias del dispositivo tradicional de admisión para el abordaje de las demandas-necesidades de la población infantil.

El presente trabajo forma parte de una investigación-acción en curso que da cuenta del proceso de reformulación de ciertas prácticas instituidas y, en definitiva, de la compleja producción de redes de cuidado para la Salud Integral Infantil en el contexto del área de georeferencia del CeSAC N°9 del Área Programática del Hospital Argerich, ubicado en la zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires.

La reformulación del dispositivo de admisión a SMI-psicología comienza en el año 2010 en el marco del proceso paulatino de construcción de un modelo organizativo más coherente con el modelo de atención valorado a nivel institucional. Los aportes de algunos autores que en la línea de la Salud Colectiva han pensado críticamente el campo de la Salud, han favorecido la tarea de formalizar nuestros procesos de trabajo desde diferentes ópticas.

En un primer estudio (Espert; AAVV, 2017 y 2018), se trabajó en el diseño de indicadores con lógica territorial representativos de las demandas-necesidades de la población (niño/as-familias) del área de georeferencia (1). Sobre un total de 969 consultas (periodo 2012-2016) se evaluaron las deficiencias del dispositivo tradicional de admisión con indicadores sobre la tendencia en aumento de las consultas, los recursos y la accesibilidad. A su vez, se profundizó en un estudio comparativo entre el año 2013 y 2015 basado en indicadores relativos a la accesibilidad, a la distribución de las consultas por problemas según el CIE 10 y a la efectividad de los abordajes de admisión.

De los resultados obtenidos en dicho estudio, destacamos que en SMI partimos de la coyuntura causada por la tendencia en aumento de las consultas, la "falta de recursos" y "profesionales" para su atención. Ahora bien, un análisis más exhaustivo nos lleva a precisar la formulación del problema en términos de las "deficiencias del dispositivo tradicional de admisión" de-

limitando algunas causas y consecuencias indeseadas (Matus, 1996:43) en función de la complejidad que caracteriza los abordajes del campo.

Entre las causas, reseñamos sucintamente:

1. La tendencia en aumento del número de consultas derivadas a SMI-psicología: (Año 2011=113 consultas; 2012=136; 2013=178; 2014=211; 2015=248). Este aumento resultó significativo por el escaso número de profesionales de psicología abocado a evaluar niñas y niños (una sola profesional de planta y rotantes concurrentes de psicología durante el periodo 2012-2015). El “recurso” –número de profesionales y poder político, cognitivo-técnico y comunicacional– genera condiciones de posibilidad en el proceso de admisión. Sin embargo, focalizarse en el recurso en términos meramente cuantitativos y disciplinarios, no ha sido en principio una opción viable en la gestión estratégica de mejoras y constatamos que no basta para desentramar la complejidad planteada.
2. Fundamentamos entonces que el malestar y/o síntoma del niño/a en los contextos que habita no se subsume a “tratar psicológicamente al niño/a” sino que requiere la construcción de procesos colectivos de evaluación situacional. En esta perspectiva, el problema remite como causa y nudo crítico crucial a la inadecuación de los dispositivos instituidos intramuralmente –en principio, una admisión disciplinaria de recepción de una consulta–, soportados en la lógica del MMH. Bajo esta lógica, la tentativa de buscar “alguna solución” articulando la conjunción de las variables del aumento de las consultas con la escasez de profesionales ha resultado ineficaz. Así, por ejemplo, constatamos que en niño/as el problema no se agota con la organización, por cierto precisa, de la agenda individual de turnos, con reducir los tiempos de las evaluaciones, el armado de listas de espera o el cierre temporario de la admisión. El proceso de revisión del modelo de atención conduce a interpelar los soportes de los dispositivos mostrando la complejidad de sus deficiencias. La asunción de los mismos anuda metodologías de trabajo, la cultura institucional y de SM, sistemas organizativos y lógicas para pensar la producción en Salud.
3. Esta acumulación se enlaza a otra causa relativa al modelo organizacional del CeSAC (y del Sistema de Salud en general). En el efector conviven disciplinas, programas y Equipos Territoriales (ET). Para abordar la complejidad de las problemáticas de las familias georreferenciadas, los ET han situado en sus agendas la pertinencia de evaluar las demandas de la población infantil sin la necesidad de derivar *a priori* a SMI. Entonces, retomando el problema, se perfila al interior del CeSAC como otra causa y nudo crítico las dificultades de los equipos para evaluar y orientar las consultas; operación que requiere, en principio, articulación y capacitación entre los ET y el Equipo de SMI con función matricial. Con esta orientación, en el año 2013 se comienza a trabajar la viabilidad de un dispositivo de acceso de las consultas georreferenciado tendiente a facilitar la

articulación interdisciplinaria, intra-extramural e intersectorial en solidaridad con la lógica de abordaje territorial.

4. Otra causa del problema se vincula a la fragmentación y correlativa ineficacia del circuito de evaluación establecido intersectorialmente: acumulación sedimentada en función de trayectorias de deficiente articulación, desconocimiento de algunos de los actores intervinientes (Escuelas y Equipos de Orientación Escolar, Salud Escolar, CeSACs) y emprendimientos de consenso con criterios dispersos o no sostenidos. Ubicamos como causa-acumulación, la conflictividad y las tensiones coyunturales (por recursos de poder, políticos, económicos, de conocimientos, de capacidades organizativas) que afectan a las organizaciones que trabajan con la infancia y que emergen en los intentos fallidos de articulación y de trabajo en RED.
5. Por último, es preciso estimar que el problema encuentra raíces profundas en las condiciones de vulnerabilidad social que afectan a la población e impactan en el niño/a que responde en el entramado de las dimensiones subjetivas, culturales e institucionales. Pero también, en la visualización del niño/a “descontextualizado”, como un “problema a adaptar”, como un “trastorno”. Tal síntesis, que conforma diagnósticos en función de una falacia de abstracción de la situación, se sostiene en una causa más profunda relativa a las concepciones imperantes sobre la infancia, los soportes epistemológicos e ideológicos que la constituyen, instituyendo y naturalizando explicaciones y abordajes consecuentes. Se trata de acumulaciones (Matus, 1992:394) eficaces, productoras de categorías, prácticas y modos de subjetividad en los escenarios socioeducativos.

En cuanto a las consecuencias del problema, situamos las relativas a la generación de listas de espera para una primera evaluación; la profundización del malestar y/o síntoma del niño/a-familia que desalojado, no abordado, insiste; la psicopatologización de la infancia; la profundización del malestar socioeducativo: de las instituciones, sus profesionales y la población.

Algunas reflexiones sobre cómo efectivizamos la accesibilidad.

Analizando las condiciones y discursos de los servicios, ubicamos que SMI sostiene históricamente –a diferencia de los otros servicios del área de influencia– una política no restrictiva en cuanto a las posibilidades de atención. En este punto, los altos valores de los indicadores de cobertura/acceso a SM del efector registrados en el Anuario Estadístico de CABA (2013) son significativos de la realidad de la accesibilidad en el campo y cómo opera en el problema situacional.

La reformulación del dispositivo de admisión ha permitido exitosamente, por un lado, no limitar a cupos por semanas o por mes el registro de las consultas y, por otro lado, que en el periodo de un mes se efectivice el proceso de evaluación inicial para deter-

minar la precisión del abordaje. Retrospectivamente ubicamos que las barreras administrativas, que imponen la organización misma de los servicios, operan como una limitante crucial cuyos usos pueden ser en mayor o menor medida conscientes. Así por ejemplo, por más que antes de la reformulación tenía valor la política de no limitar el ingreso, la configuración misma del dispositivo tradicional generaba aperturas estrechas, inicialmente al menos porque la programación de las consultas excedía ampliamente la agenda profesional. El trabajo de movilización de tal barrera ha generado la emergencia de otras dimensiones de la “accesibilidad ampliada”, no sólo inicial, y de la “dignidad en la atención”, que visibilizan la articulación con las condiciones y representaciones de los sujetos en las posibilidades e imposibilidades de encontrarse (Stolkiner, 2006).

Ubicamos que un número elevado de consultas no son espontáneas, es decir demandadas por el niño/a o sus referentes familiares, sino sugeridas o indicadas por terceros. Esto no es discutible en el plano de que, por su condición de dependencia, el niño/a suele ser derivado, pero amerita reflexión en tanto se cuelan aquí las concepciones de lo que sería “evaluable”, “tratable” por SMI por los distintos actores y ello también conforma márgenes de accesibilidad. Hallamos un número elevado de consultas imprecisas geográfica y clínicamente, y esto abre el requerimiento del trabajo intersectorial por, al menos, dos consecuencias indeseadas: a) la creciente psicopatologización y medicalización de las infancias; b) porque constatamos que, quizá en rechazo ante las derivaciones realizadas sin subjetivación, los sujetos no llegan a registrarse –en casos que sí lo amerita– o, si se registran, no se presentan a la cita.

Hay en este entramado un nudo denso que interpela la lógica de la atención focalizada meramente en las demandas o que considera las necesidades con sustento territorial. En esta última orientación, sería válido cuantificar la impresión probablemente cierta de que la accesibilidad se facilita cuando se trabajan las barreras geográficas, económicas, administrativas pero fundamentalmente las barreras simbólicas que se entran con aquellas.

Con respecto a las barreras geográficas, incide la cultura de atención del CeSAC que apunta a focalizarse principalmente en su área de georeferencia dada la factibilidad de emprender prácticas en territorio. Para el caso de SMI, este criterio abarca también lo/as niño/as de las escuelas del área por más que no residan en la misma. La barrera queda impuesta del lado de la organización pero su tratamiento diferencial es lo que apuntamos a tratar.

Del lado de las barreras económicas, la situación sociolaboral de las familias acarrea trabas en las posibilidades de iniciar o sostener los abordajes, siendo uno de los motivos más frecuentes de las interrupciones la imposibilidad de que los referentes del niño/a concurren por motivos laborales o que alguien lo/as acompañe. La carencia de lazos, sobre todo en las familias migrantes, también hace obstáculo a la accesibilidad. El desafío es entonces cómo trabajar la existencia de estas barreras sin

hacer del miramiento por la lógica territorial y sus condiciones un criterio de exclusión en salud (“no se atiende porque no puede venir a la mañana”, “no se lo admite porque no es del área”). Bordeamos en este atolladero, el terreno en que las distintas dimensiones de la accesibilidad se conjugan en discursos normados –burocratizados– y se expresan y circulan en términos administrativos, desconociendo incluso las legislaciones correspondientes para la atención. En contrapunto con esta modalidad, fue y sigue siendo tarea del equipo argumentar por qué no optamos por producir un tope a la admisión en la normativa de acceso con evaluación previa por parte del circuito Salud-Educación o en función de la disposición del personal y la lista de espera. Conociendo lo perimido del circuito interinstitucional, consideramos que “no admitir” profiriendo que “vuelva cuando haya sido evaluado” no es más que hacerle pagar al sujeto el precio de la burocratización patológica de las prácticas. En este sentido, argumentamos que, en todo caso, todos los actores constituimos ese circuito empezando a pensar cómo construir corresponsabilidades.

Consideraciones finales

La formalización del problema de los abordajes en SMI focalizó primero el factor cuantitativo en el análisis y, en este sentido, el “acceso” encontraba limitantes dada la tendencia en aumento del número de consultas en relación al personal y por lo indiscriminado de las mismas que, sin las evaluaciones previas, ingresaban directa y masivamente colapsando las posibilidades de ser atendidas. Profundizar en el callejón sin salida de formular el problema en términos de “falta de turnos” permitió identificar la complejidad de las variables y considerar que la accesibilidad excede caracterizar el problema de la oferta y la demanda desde la óptica de los servicios; o mejor dicho, lleva a repensar el entramado de dimensiones que dan cuenta de cómo los sujetos son constructores de accesibilidad (Stolkiner, 2006: 202).

Estimamos que el diseño de determinadas operaciones y su abordaje estratégico, ha desencadenado movimientos con incidencias favorables en las posibilidades para abordar las demandas-necesidades de la población infantil, garantizando condiciones de accesibilidad y equidad al evaluar integralmente sus procesos de salud-enfermedad -cuidados. En este sentido, aprehendemos que la construcción de redes de cuidados para la Salud Integral Infantil requiere revisar los modelos de atención y organización instituidos, fundamentalmente en los dispositivos de puerta de entrada-admisión de los problemas complejos de la población.

El análisis socioepidemiológico realizado retrospectivamente, a partir de la formulación del nuevo dispositivo de admisión (Espert; AAVV, 2017 y 2018), permitió visibilizar que del total de las consultas que se registran mensualmente, sólo concurren a la cita aproximadamente un 65% (162 consultas sobre el total de las 248 consultas registradas durante el año 2015). Queda entonces en pie un trabajo más inclusivo y participativo que

considere las representaciones que inciden generando barreras a la accesibilidad ampliada. Avizoramos que las características poblacionales, las condiciones de vulnerabilidad social y la no subjetivación de ciertos derechos admitidos para la infancia, ofician como barreras en la accesibilidad a los abordajes. En estas coyunturas, sabemos que el malestar no accede por la mera derivación, y en esto encuentra un fundamento importante la necesidad de abordar las articulaciones intra e intersectoriales como parte ineludible de la revisión de las prácticas.

NOTAS

(1) Si bien el estudio se basa en la población del área de georreferencia de 2 a 12 años de edad, en este trabajo –y a los fines de legibilidad– se emplea el término “niño/as”. De todas maneras, resulta crucial mencionar que las redes de cuidados para la Salud Integral y, particularmente, los abordajes de los padecimientos subjetivos de las infancias y las adolescencias en territorio, se construyen en acto desde una perspectiva de género y diversidad.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica* (México), 26(73) <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Anuario estadístico C.A.B.A (2013) de la Dirección General de Estadísticas y Censos del G.C.B.A.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? AAVV. Michel Foucault filósofo. Barcelona: Gedisa.
- De Sousa Campos, G. (1998): “Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado”. <https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>
- Duarte Nunes, E. (2010). Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. *Revista Salud Colectiva* 6(1).
- Espert, M.J., Wagner, G. (2013). Inclusión de la categoría padecimiento subjetivo que no constituye un trastorno mental. *Hacia una nueva epidemiología en Salud Mental*. Trimboli, A. y otros (Comp.) Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención. Buenos Aires: Conexiones Ediciones.
- Espert, M.J. (2014). Precisar los abordajes subjetivos del padecimiento en contextos de vulnerabilidad. Trimboli, A. y otros (Comp.) *Cuerpo y Subjetividad*. Buenos Aires: Conexiones Ediciones.
- Espert, M.J. (2016). La infancia que toma cuerpo: de las exigencias de regulación a los modos de arreglo singulares. <https://www.aacademica.org/ooo-044/711>. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Espert, M.J., AAVV. (2017). Reformulación de prácticas para la Salud Integral Infantil en un Centro de Salud de Ciudad de Buenos Aires. Poster presentado en el X Congreso Brasileño de Epidemiología. Florianópolis.
- Espert, M.J. (2018). Dispositivos de abordaje del padecimiento subjetivo en la infancia. *Incidencias del psicoanálisis*. Trimboli, A. y otros (Comp.) *Psicosis actuales. Locuras y alienación*. Buenos Aires: Conexiones Ediciones.
- Espert, M.J., AAVV. (2018). Reformulación de las prácticas para la Salud Integral Infantil: hacia la construcción de redes inclusivas de cuidados. Poster presentado en las Jornadas de APS 2018. Buenos Aires.
- Fanlo, L.G. ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. serbal.pntic.mec.es/AparteRei/fanlo74.pdf
- Granda, E. (2004). A qué llamamos Salud Colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2) <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Matus, C. (1992). *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- Matus, C. (1996). *El método PES. Planificación Estratégica Situacional*. La Paz: Editorial Cereb.
- Menéndez, E. (2005). El modelo Médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva* VI N°1. Buenos Aires.
- Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-
- Nirenberg, O. (2000). *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Editorial Páidos.
- Samaja, J., Galende, E. (2009). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Silva Paim, J. (1992). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica. La crisis la salud pública reflexiones para el debate*, Washington DC [internet]. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-006.pdf>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* VI. N° 3. Buenos Aires.
- Testa, M. (2007). *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de Salud)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, Vol. XIV. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Voltolini, R. (2014). *Inclusión y excepción. Especialización en Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas*. FLACSO Argentina. Área Educación.

DE LA SUBALTERNIDAD A LA AUTONOMÍA PROFESIONAL: UN ANÁLISIS NORMATIVO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

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

RESUMEN

Las disciplinas que integran el campo de la salud mental se consolidaron y extendieron su radio de intervención a través de procesos instituyentes en los cuales agentes de la sociedad civil – en representación de grupos profesionales- y organismos estatales han ido delimitando competencias específicas en determinadas áreas de intervención. Esto se ha desarrollado en un proceso histórico en el cual se planteó una progresiva complejización de la asistencia en las instituciones de salud, y que se desplegaron en las etapas consecutivas: a) Reconocimiento social: Toda disciplina, que se encarna en un ejercicio profesional, debe ser visualizada como tal por otras disciplinas para que se integre a un colectivo interdisciplinario; b) Legitimación: Una disciplina no sólo goza de reconocimiento y visualización social sino que se valoran social y científicamente sus aportes a un determinado campo de investigación y resolución de problemas, c) Oficialización; La disciplina se reconoce oficialmente, tanto por los títulos que acreditan formalmente la formación como de la matriculación que realizan las autoridades sanitarias que controlan el ejercicio profesional de los agentes de la salud; d) Legalización: La disciplina cuenta con una ley propia, que especifica los criterios formativos y de desempeño profesional como actividades vinculadas a los servicios de salud.

Palabras clave

Salud Mental - Disciplinas - Profesiones - Ley - Ejercicio - Profesional - Regulación - Intervención

ABSTRACT

FROM THE SUBALTERNITY TO PROFESSIONAL AUTONOMY:
A NORMATIVE ANALYSIS IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH
The disciplines that make up the field of mental health were consolidated and extended their intervention radius through instituting processes in which agents of civil society - representing professional groups - and state agencies have defined specific competences in certain areas of intervention. This has been developed in a historical process in which a progressive complexity of assistance in health institutions was proposed, and which were deployed in the consecutive stages: a) Social recognition: Any discipline, which is embodied in a professional exercise, it must be visualized as such by other disciplines so that it is

integrated into an interdisciplinary collective; b) Legitimation: A discipline not only enjoys social recognition and visualization but also socially and scientifically values its contributions to a determined field of research and problem solving, c) Officialization; The discipline is officially recognized, both by the titles that formally certify the training and the registration made by the health authorities that control the professional practice of health agents; d) Legalization: The discipline has its own law, which specifies the training criteria and professional performance as activities related to health services.

Key words

Mental Health - Disciplines - Professions - Law - Professional - Practice - Regulation - Intervention

INTRODUCCIÓN:

Las disciplinas que integran el campo de la salud mental se consolidaron y extendieron su radio de intervención a través de procesos instituyentes en los cuales agentes de la sociedad civil – en representación de grupos profesionales- y organismos estatales han ido delimitando competencias específicas en determinadas áreas de intervención.

Esto se ha desarrollado en un proceso histórico en el cual se planteó una progresiva complejización de la asistencia en las instituciones de salud, y que se desplegaron en las etapas consecutivas: a) **Reconocimiento social:** Toda disciplina, que se encarna en un ejercicio profesional, debe ser visualizada como tal por otras disciplinas para que se integre a un colectivo interdisciplinario; b) **Legitimación:** Una disciplina no sólo goza de reconocimiento y visualización social sino que se valoran social y científicamente sus aportes a un determinado campo de investigación y resolución de problemas, c) **Oficialización;** La disciplina se reconoce oficialmente, tanto por los títulos que acreditan formalmente la formación como de la matriculación que realizan las autoridades sanitarias que controlan el ejercicio profesional de los agentes de la salud; d) **Legalización:** La disciplina cuenta con una ley propia, que especifica los criterios formativos y de desempeño profesional como actividades vinculadas a los servicios de salud.

ANÁLISIS DE LAS NORMAS QUE REGULAN LAS PROFESIONES

Se seleccionaron aquellas profesiones del campo de la salud mental que son reconocidas nominalmente en la Ley Nacional de Salud Mental y que han alcanzado la instancia de **legalización**, considerando dos ejes de análisis:

- Aspectos contemplados respecto de la profesión en cuestión, y que se basan en la delimitación de modalidades y ámbitos específicos de intervención.
- Aspectos contemplados en relación a la interdisciplina, estableciendo criterios y formas explícitas de conceptualización y operacionalización.

El presente trabajo se realiza en el marco del proyecto de investigación “Interdisciplinariedad en servicios de Salud Mental”, avalado y financiado por UBACYT para el período 2018-2021. Corresponde a la primera etapa de su desarrollo, que comprende el relevamiento de normas que rigen el ejercicio profesional de las disciplinas nominadas en la Ley Nacional de Salud Mental; con el objetivo de orientar el relevamiento de las prácticas profesionales que se despliegan en los servicios interdisciplinarios de Salud Mental.

OBJETIVOS:

1. Analizar la progresiva autonomización de las disciplinas nominadas en la ley nacional de Salud Mental.
2. Delimitar las modalidades de intervención específicamente reguladas para cada una de las disciplinas reconocidas en dicho marco normativo.

MÉTODO:

1. Relevamiento de legislación nacional contenida en las bases de datos disponibles en los organismos oficiales.
2. Selección de legislación pertinente según el objetivo planteado.
3. Análisis comparativo de legislación según los ejes analíticos anteriormente señalados.

RESULTADOS:

Se expondrá, para cada normativa seleccionada en el relevamiento, un breve análisis según los ítems caracterizados prioritariamente en la formulación del presente proyecto.

Ley 17.132 - DEL ARTE DE CURAR - Esta ley en su articulado entiende que las profesiones del campo de la salud son medicina, odontología y las “*actividades de colaboración*”, en su artículo 1 “*El ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas en la Capital Federal y Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, queda sujeto a las normas de la presente ley y las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten*”, es decir que implícitamente se presupone una relación entre las disciplinas del campo, aunque esta se produce de forma asimétrica.

Esta relación asimétrica de poder entre las profesiones del arte de curar puede constatar en torno a la responsabilidad sobre

el paciente, pues en el artículo 2º de dicha norma, establece el criterio de la relación que se puede suponer interdisciplinaria se plantea una gran asimetría donde los otros profesionales no médicos son vistos como “*las personas que colaboren con los profesionales responsables* [médico y odontólogo]”. La relación de asimetría se extiende más allá de la relación directa entre profesionales e incluye las relaciones institucionales, en las cuales se delimita jerárquicamente el nivel de dependencia entre las profesiones actuantes. En la norma se puede observar que, en el artículo 20 inciso 23º, se prohíbe a los médicos “*actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración de la medicina u odontología*”.

La hegemonía de la medicina y la odontología frente a las disciplinas de colaboración se ve reflejada de forma palmaria en la asimetría entre profesiones centrales y subalternas en el articulado de la ley, ya que se en las actividades de colaboración se agrupan las profesiones y luego, en cada capítulo donde se desarrolla el contenido de las profesiones “de colaboración”, se vuelve a hacer hincapié en su condición de subalternidad.

En primer término la norma establece de forma explícita la subordinación, ya que las actividades de colaboración instituidas al momento de la sanción de esa norma y que resultan relevantes a los fines del trabajo son: Enfermería, Terapia Ocupacional, Auxiliares de Psiquiatría, Visitadores de Higiene (artículo 42º). De tales actividades se desprenden las actuales profesiones, que sólo pueden limitar “*su actividad a la colaboración con el profesional responsable*” (art. 45). Cada actividad nombrada tiene un capítulo diferenciado, el IV, de las enfermeras, el V a los terapeutas ocupacionales, el X dedicado a los auxiliares de psiquiatría y el XV dedicado a las visitadoras de higiene.

En el caso de los psicólogos, estos se encuentran incluidos en el capítulo dedicado a los auxiliares de psiquiatría, que en el artículo 91º especifica y restringe en qué áreas puede actuar. Cabe aclarar que la ley profesional de esta disciplina sancionada posteriormente modifica lo normado en esta norma, pero es importante ubicar en qué tipo de relación se ancla en sus inicios para pensar luego el impacto de la más reciente normativa. Por último en el caso de las visitadoras de higiene, pueden ser pensadas como antecedente directo del Trabajo Social, tal como lo desarrolla (Carballeda 2006; Oliva 2007).

Se puede conjeturar que esta ley sirve al doble propósito de regular el campo y las profesiones, que luego se irán autonomizando. Cabe resaltar que en este proceso gradual de autonomización las disciplinas se referencian a la ley 17132 al citarla y modificarla, tema que desarrollaremos más adelante.

Las regulaciones nacionales de ese período se referían a la *Capital Federal* como territorio nacional, que hoy, luego de la reforma constitucional del año 1994, goza de autonomía similar a las provincias. Pero cabe señalar su importancia al referirse al mismo territorio, que es de nuestro estudio.

Las personas referidas en el artículo 42º limitarán su actividad a la colaboración con el profesional responsable, sea en la asis-

tencia o recuperación de enfermos, sea en la preservación de la salud de los sanos, y deberán ejercer su actividad dentro de los límites que en cada caso fije la presente ley y su reglamentación. (Artículo 45°). La situación de interacción asimétrica se vuelve a reforzar en el articulado específico dedicado a cada profesión: *“Entiéndese por ejercicio de la **enfermería profesional** la ejecución habitual, **como personal colaborador de médico u odontólogo, de actividades relacionadas con el cuidado y asistencia del individuo enfermo.** (Artículo 58); **Los que ejerzan la terapia ocupacional podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico en los límites que se reglamenten. Ante la comprobación de cualquier signo o síntoma anormal en el transcurso del tratamiento o cuando se observare la posibilidad de que surjan o amenacen surgir complicaciones, deberán requerir el inmediato control médico.** (Artículo 64); **Los psicólogos podrán actuar: a) en psicopatología únicamente como colaboradores del médico especializado en psiquiatría, por su indicación y bajo su supervisión, control (...); debiendo limitar su actuación a la obtención de tests psicológicos y a la colaboración en tareas de investigación.** (Artículo 91); **La actividad de las visitadoras de higiene comprende la colaboración con los profesionales en los estudios higiénico-sanitarios, labores de profilaxis, control de tratamientos y difusión de conocimientos de medicina y odontología preventivas.** (Artículo 110).*

Haremos seguidamente un somero repaso de las leyes de ejercicio profesional producidas con posterioridad a la sanción de esta ley, y que le otorgan un estatuto de autonomía a las mencionadas profesiones

Ley 23.277 - EJERCICIO PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA

Esta ley es sancionada en el período democrático que se inicia en 1983. Se trata de la primera norma que regula a una de las más relevantes profesiones del campo de la salud mental en el orden nacional, constituyéndose en un precedente importante para todas las subsiguientes. También cabe señalar que, de todas las analizadas, es una de las dos que se sanciona en forma previa a la reforma constitucional sancionada durante el año 1994.

En la carrera de psicología podemos rastrear los momentos propuestos anteriormente hasta arribar, finalmente, a **legalización** de la misma. Si bien el análisis estará centrado en los avatares de este último momento de legalización, es interesante destacar que desde la aparición de la primer Carrera de Psicología en 1955 en la Universidad del Litoral -hoy Universidad de Rosario- hasta su regulación en la ley 17.132, como disciplina de colaboración en la ley del arte de curar, atravesó un período bastante extenso (12 años) como instancia previa a la legalidad. Aún cuando la psicología es incluida en esa primer norma regulatoria del campo de la salud, lo hace con bastantes prohibiciones en relación a su posibilidad de intervención en el campo de la salud mental, pues en el artículo 9 establece que *“... el psicoanálisis y los procedimientos psicoterápicos en el ámbito de la psicopatología quedan reservados a los profesionales habilitados para el ejercicio de la*

medicina”, impidiéndoles tareas de intervención psicoterapéutica, habilitando las tareas diagnósticas e investigativas.

Como señaláramos, la profesión fue incluida dentro de las auxiliares de psiquiatría (capítulo X), aunque es la única incluida allí que es explícitamente nominada.” Los psicólogos podrán actuar **en psicopatología únicamente como colaboradores del médico especializado** en psiquiatría, por su indicación y bajo su supervisión, control y con las responsabilidades emergentes de los artículos 3°, 4° y 19, inciso 9; **debiendo limitar su actuación a la obtención de tests psicológicos y a la colaboración en tareas de investigación”**.

La primera modificación que realiza la ley 23277 que regula el ejercicio de la psicología en el campo de la salud mental es la posibilidad del ejercicio independiente de la misma (art. 1°), aunque lo limita a lo que en ese entonces eran territorios nacionales. Al establecer dicha autonomía queda suprimida la tutela respecto de la psiquiatría regulada en la ley 17132, alterando la relación de hegemonía entre ambas profesiones y creando, al menos normativamente, una nueva situación de igualdad entre ambas.

En su artículo segundo especifica qué va a comprender la ley como ejercicio de la psicología y señala expresamente: *“**la aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y técnicas específicas**”* en diagnóstico, tratamiento, enseñanza, investigación, etc. Esta forma de entender la psicología como ejercicio permite amplios grados de libertad en la elección de disciplinas que sostengan la práctica, lo que claramente se encuentra explicitado es la limitación sobre qué puede hacer, además de limitar el ejercicio a quienes posean título universitario (art. 4°).

La norma refiere a la interdisciplina al señalar en su artículo 3°, que el psicólogo puede ejercer su profesión de forma autónoma o integrando equipos interdisciplinarios. Finalmente, deroga los artículos de la ley 17132 que limitan el ejercicio de la psicología como práctica tutelada y auxiliar de la medicina, ubicándola como profesión del mismo nivel y no ya como de colaboración.

LEY 24.004 DE EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

La ley que regula la profesión enfermería es del año 1991. Es la única que posee título intermedio en su norma, o título de pregrado. Esta profesión es incluida en la Ley Nacional de Salud Mental (artículo 8), como una de las profesiones comprendidas en el campo de la salud mental. El ámbito donde esta ley es efectiva es la Capital Federal y los ámbitos sometidos a la jurisdicción nacional, siendo esta última indicación al menos ambigua. La ley de ejercicio de la enfermería deroga completamente el capítulo IV dedicado a la profesión en la ley 17132.

La enfermería es una profesión particular ya que se incorpora de forma transversal en el campo de la salud/salud mental siendo la única que tiene presencia como actividad de cuidado en todos los servicios y especialidades en los efectores de salud, de allí su rol crítico y su presencia insoslayable en los equipos asistenciales. Esta transversalidad convierte en inexorable su

inclusión al considerar el conjunto de profesiones de la salud mental, aunque su formación no sea específica del campo. En el texto de la norma no se desarrolla cuál es el campo específico de intervención y tampoco establece marcos teóricos específicos. La delimitación de las incumbencias corresponde a los títulos habilitantes, considerando que se trata de una profesión con dos niveles de formación: intermedio o profesional y final o de licenciatura.

Esta norma no nombra en ninguno de sus artículos el trabajo interdisciplinario, la interdisciplina o conceptos relacionados (multidisciplina, transdisciplina, trabajo en equipo, etc.), dato llamativo tratándose de una profesión que en la práctica profesional resulta esencial su interacción con otros profesionales tratantes (médicos, farmacéuticos, etc.).

LEY 27.051 DE TERAPIA OCUPACIONAL

La terapia ocupacional como disciplina cuenta con una norma de nivel nacional que la reconoce y regula en forma previa a la ley 17.132, la cual se considera troncal y de la cual se desprenden todas las disciplinas posteriores a medida que fueron autonomizándose. La norma es el Decreto-Ley 3.309, del año 1963; la cual define a la terapia ocupacional como una rama auxiliar de la medicina.

Al ser la norma que reconoce a la profesión un decreto-ley posee “Considerandos”, en los cuales se puede pesquisar la relevancia de la misma en ese momento histórico. Ya en ese período de su desarrollo, la disciplina contaba con una escuela especializada que funcionaba en la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado. La formación de estos profesionales se enmarcaba en el Programa Integral de la Rehabilitación del Lisiado. Es interesante la concepción de integralidad que se desprende de la norma ya que en la misma afirma que propende a la mejora de la función motora, permite la descarga psicológica, cumple una función prevocacional, complementa la terapia física. La norma es avanzada para la época incorporando la integralidad y la complementariedad con otras carreras, aunque no se nombran, ya se puede pensar que existe la concepción relacional de las profesiones y la necesidad del trabajo complementario, aunque no se lo llame interdisciplinario.

Dos limitaciones dan cuenta de la hegemonía que ya tenía la medicina, como profesión: los terapeutas ocupacionales solo podían actuar bajo dirección de un médico y no podían ofrecer sus servicios de forma independiente a usuarios de sus servicios -en la norma dice expresamente al “público”-.

Es necesario destacar que, en tanto profesión, la terapia ocupacional es la primera que accede a una normativa que enmarca su profesión luego de la sanción de la LNSM, donde la misma es nombrada e incluida como parte de los equipos de trabajo en el campo de la salud mental. En su artículo 1º la ley 27.051 establece que la norma regula la disciplina al constituirse en un “marco general”, en el artículo 2º establece que se va a entender por ejercicio profesional “*el análisis, evaluación, aplica-*

ción, investigación y supervisión de teorías, métodos, técnicas y procedimientos en las que se implemente como recursos de intervención saludable las actividades y ocupaciones que realizan las personas”. En esta norma también puede observarse que la profesión delimita su espacio de intervención con prescindencia relativa de las disciplinas que sostienen teóricamente a la profesión.

Lo que intenta establecer la norma es que no exista solapamiento con otras profesiones en el recorte y delimitación de su campo de intervención. En lo que respecta a la interdisciplina, esta norma explicita la inclusión en esos espacios de trabajo, “*podrá ejercer su actividad profesional en forma autónoma integrando equipos específicos interdisciplinarios o transdisciplinarios*”. En este caso la norma incluye además el trabajo transdisciplinario, lo que se puede pensar como un trabajo aún más integrado que el interdisciplinario

La norma dedica un capítulo (IV) a “Alcances e incumbencias de la profesión” donde establece niveles y campos de trabajo, vale decir intervenir en prevención y promoción, en la atención directa a pacientes y/o el diseño de políticas públicas. No obstante ello, en ningún caso define lo propio y específico de la T.O como un campo teórico sino como una modalidad de intervención.

LEY 27.072 DE TRABAJO SOCIAL

Gavrila (2018) explica que en el primer cuarto del siglo XX surge un agente específico capaz de intervenir en nombre del Estado en poblaciones vulnerables, y que son las Visitadoras de Higiene. Esto constituye “un primer antecedente en la formación académica disciplinar de lo que actualmente es la profesión del trabajo social” (Carballeda 2006). Esta nueva profesión que ejerce su práctica en los bordes del sistema de salud, siendo un agente del estado que acciona en las poblaciones empobrecidas o migrantes, tiene su primer centro de formación en la cátedra y el Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

La ley 17.132 incluye entre las actividades de colaboración (Título VII - Capítulo I - Artículo 42) a las “Visitadoras de Higiene”, las cuales tienen como función la colaboración en los estudios higiénico-sanitarios y actividades preventivas. Para estas auxiliares de la medicina se permitiría realizar su ejercicio profesional no solo en organismos sanitarios sino también en establecimientos industriales, ampliando el campo de intervención por fuera del campo de salud, aunque se señale expresamente que tienen prohibido desarrollar actividades reservadas a las enfermeras³. Se puede señalar entonces que, como disciplina, el trabajo social tiene su origen en el sistema de salud, aunque su trabajo se desarrolle actualmente más allá de este campo específico.

La ley 27072 tiene la característica particular de ser de Orden Público (Artículo 2º) y, al igual que la Ley Nacional de Salud Mental, su aplicación es obligatoria en todo el territorio nacional. Esta denominación permite una mayor influencia o capacidad

de coerción para la aplicación de la norma en el campo específico de su competencia. En relación a su especificidad profesional la norma establece “*la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas (...) de las incumbencias profesionales*” (artículo 4°) y, por otro lado, entiende al trabajo social como “*La profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social*”. Respondiendo a la regla general que se observa en las normas, la misma se centra en delimitar modalidades específicas de intervención más que en un fundamento teórico propio. Dicha norma solo nombra a la Interdisciplina en el inciso 2 del artículo 9°, donde dice “*Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario*”, poniendo de manifiesto este tipo de interacción dentro de las incumbencias profesionales.

SINTESIS

El diálogo que establecimos entre las normativas nos han permitido comprender las relaciones entre profesiones que integran el campo de la salud mental, pasando de la colaboración tutelada que describe la ley 17.132 a la relación entre pares profesionales que establece la ley 26.657. Asimismo, esta simetría profesional se fundamenta en las respectivas leyes de ejercicio profesional y en la ley de educación superior que, al incluir un artículo específico sobre las actividades reservadas, establece el carácter autónomo de las mismas.

Las profesiones seleccionadas pueden compartir marcos teóricos comunes pero, a partir del análisis de estas normas, puede constatar que las mismas regulan la actividad de cada profesión mediante la posibilidad de detentar alguna modalidad específica de intervención.

Este trabajo nos permite, asimismo, plantearnos hipótesis de trabajo que guiarán el trabajo interdisciplinario en las instituciones seleccionadas para la siguiente etapa, en las cuales las profesiones deben coordinar acciones para la resolución de situaciones-problema y no meramente para la producción de conocimiento científico: ¿En qué momentos del proceso de atención se trabaja interdisciplinariamente? ¿Entre que profesiones de forma central y en cuales de forma subordinada? ¿Cuáles son los factores que, en el ámbito de los servicios, resultan facilitadores u obstaculizadores del trabajo interdisciplinario? ¿Varía esto de acuerdo a la disciplina de formación y/o la función desempeñada en el ámbito de los servicios? La respuesta a estas preguntas nos permitirán hallar algunas claves de interpretación sobre cuál es la dinámica de interacción disciplinaria en los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Bourdieu P. (1980). El sentido práctico. DF, México. SIGLO XXI Editores.
- Falcone, R. (1987). Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto.
- Carballeda, J.M. (2006). La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas.
- Oliva, A. (2007). TRABAJO SOCIAL Y LUCHA DE CLASES Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina. Editorial dinamis.
- ARTE DE CURAR. LEY 17.132. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. BORA. Buenos Aires, 24 de enero de 1967.
- EJERCICIO PROFESIONAL DE LA PSICOLOGIA. Ley Nº 23.277. Promulgada de Hecho: Noviembre 6 de 1985.
- EJERCICIO DE LA ENFERMERIA. Ley Nº 24.004. BORA. Octubre 23 de 1991.
- SALUD PÚBLICA. Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. BORA. Diciembre 2 de 2010.
- TERAPIA OCUPACIONAL. Ley 27.051. Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. Promulgada de Hecho: Diciembre 23 de 2014.
- TRABAJO SOCIAL. Ley 27.072. Ley Federal del Trabajo Social. 2014. BORA. Diciembre 16 de 2014.

SOBRE LA FUNDAMENTACIÓN DEL TRABAJO CON MAESTROS DE ESCUELAS SECUNDARIAS PÚBLICAS MEXICANAS EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DEL ALUMNADO

Garbus, Pamela; Negrete Barajas, María Elena; Fernandez Saldaña, Daniel Eduardo; Hernández, Guillermo; Ochoa-Cervantes, Azucena De La C.

Universidad Autónoma de Querétaro. Fondo para el fortalecimiento de la investigación. USEBEQ. México

RESUMEN

El reconocimiento de la diversidad es fundamental para la creación de proyectos educativos dirigidos a población adolescente. El modelo educativo de la SEP 2017 determina que el personal docente debe estar capacitado para trabajar en el desarrollo socioemocional de los adolescentes. En la actualidad el 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por problemas de salud mental. El objetivo es fundamentar la necesidad de aportar a la formación de docentes de escuelas secundarias para el desarrollo de habilidades y actitudes para la detección y prevención de problemas de salud mental del alumnado. En este trabajo se realizó un relevamiento de documentos oficiales así como de organismos internacionales en la temática de estudio y una revisión teórica de las categorías centrales. Asimismo, se retomaron datos preliminares obtenidos de la primera etapa del estudio macro en el que este trabajo se desprende. Las y los docentes son agentes clave para el desarrollo y transformación de comunidades, pero diferentes factores los ponen en un estado de impotencia frente a las necesidades que sus estudiantes presentan. Es preciso aportar a la formación continua docente en la temática abordada.

Palabras clave

Salud mental - Secundarias - Docentes - Estudiantes - Inclusión educativa - Educación para la ciudadanía

ABSTRACT

BASIS OF WORKING WITH TEACHERS OF MEXICAN PUBLIC SECONDARY SCHOOLS IN THE PREVENTION AND DETECTION OF MENTAL HEALTH PROBLEMS OF THE STUDENT

The recognition of diversity is fundamental for the creation of educational projects aimed at the adolescent population. The educational model of the SEP 2017 determines that the teaching staff must be trained to work on the socio-emotional development of adolescents. At present, 24.7% of adolescents are affected by mental health problems. The objective is to support the need to contribute to the training of secondary school teachers

for the development of skills and attitudes for the detection and prevention of mental health problems of students. In this work, a survey was made of official documents as well as international organizations on the subject of study and a theoretical review of the central categories. Likewise, preliminary data obtained from the first stage of the macro study in which this work emerges was retaken. Teachers are key agents for the development and transformation of communities, but different factors put them in a state of impotence in front of the needs that their students present. It is necessary to carry on to the teacher training in the subject addressed.

Key words

Mental health - High schools - Teachers - Students - Educational inclusion - Education for citizenship

Introducción

En México, la Secretaría de Educación Pública (SEP) estableció en 2017 el Modelo Educativo para la Educación Obligatoria en el cual se marcan los lineamientos que rigen la educación básica, los contenidos, habilidades y competencias que se espera que las y los adolescentes desarrollen y aprendan. Sin embargo, para la labor educativa es preciso considerar que:

Las personas adolescentes constituyen un grupo poblacional heterogéneo (géneros, realidades culturales, económicas, sociales) con necesidades específicas respecto a su salud. La adolescencia es un período de aprendizaje con nuevas experiencias y fortalecimiento de la autoconfianza, sin embargo, en ocasiones puede ser un período de complejas dificultades con exposición a riesgos elevados (SS, 2014, p. 18)

El reconocimiento de la diversidad es fundamental para la creación de proyectos educativos dirigidos a población adolescente. Baquero (2001) señala dos formas de comprenderla: desde una visión hegemónica, que reconoce a quienes no entran en la norma, y desde una que en la que se diluye el límite de la homogeneidad dando lugar a las diferencias; desde este enfoque es urgente que la inclusión sea parte de la organización de la vida

escolar pensadas como una comunidad en interacción. El mismo modelo educativo determina que el personal docente debe estar capacitado para trabajar con adolescentes no sólo en lo que respecta a la formación académica, sino también sobre su desarrollo socioemocional, considerando que “se debe promover que los docentes apoyen y alienten a los estudiantes a fortalecer la regulación de sus emociones, así como acompañar, gestionar y monitorear su desempeño escolar” (SEP, 2017,74). Esta exigencia, que sin duda está justificada, resulta altamente compleja cuando se considera que en América Latina y el Caribe, 17 millones de adolescentes de 14 a 16 años sufrían de algún trastorno psiquiátrico que ameritaba atención a principio de 2000 (Secretaría de Salud, 2002). Específicamente en México, al comienzo del nuevo milenio, se reportaba una prevalencia de cerca del 15% de trastornos psiquiátricos infantiles, lo que equivale a que 5 millones de niñas y niños sufrían de algún problema de salud mental. De este total, la mitad requería de una atención especializada e integral (Secretaría de Salud, 2002). En la actualidad el 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por problemas de salud mental (Salud Mental 2013-2018, Secretaría de Salud, 2014).

El reconocimiento de esta preocupante realidad, lo plantea también el proyecto ATLAS (Organización Mundial de la Salud, 2003) cuando argumenta que los trastornos mentales de comienzo en la niñez y adolescencia, deberían ser un tema de interés para la salud pública. Por lo cual, implementar el modelo educativo desde una visión de diversidades implica darle lugar a las y los adolescentes que presenten alguna problemática de salud mental. Este trabajo se enmarca en un estudio marco de corte descriptivo, correlacional y epidemiológico titulado “Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo psicosociales en estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río y Cadereyta, Querétaro, México”[1], el cual consta de dos etapas: la primera, vinculada a la aplicación de un instrumento autoaplicable que aporta información sobre la prevalencia de síntomas y conductas compatibles con la depresión, ideas e intentos suicidas y consumo y otros aspectos psicosociales en estudiantes de dos municipios del estado de Querétaro, México. Este levantamiento de datos se llevó a cabo con un instrumento autoadministrable, estandarizado, el CIP-DERS (González-Forteza, 2003) y por medio de una muestra probabilística, estratificada diseñada con un margen de confianza 95% y de error de 3%. La segunda etapa, tiene como fin el diseño, implementación y evaluación de la eficacia de un taller con docentes para el desarrollo de habilidades y actitudes para favorecer la detección y prevención de problemas de salud mental en estudiantes. En esta segunda etapa, se inserta el presente trabajo.

Objetivo

Este trabajo tiene como objetivo fundamentar teórica, metodológica, e incluso, políticamente, la necesidad de aportar desde la universidad pública, en especial, una maestría orientada a la

educación para la ciudadanía, en la formación de docentes de escuelas secundarias para el desarrollo de habilidades y actitudes para la detección y prevención de problemas de salud mental en el estudiantado.

Metodología

Este trabajo se trata de un recorte de realidad que tiene como objeto fundamentar la formación de maestros para la detección y prevención de problemáticas de Salud Mental de los estudiantes de secundarias públicas. Tal como se mencionó se enmarca en un estudio marco de corte descriptivo, correlacional y epidemiológico titulado “Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo psicosociales en estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río y Cadereyta, Querétaro, México”.

Para este trabajo, se realizó un relevamiento de documentos oficiales vinculados a la educación en el país y el estado de Qro, tal como el Modelo educativo 2017 (SEP, 2017) así como de organismos internacionales que delinean pautas en la temática de estudio. Se realizó una revisión teórica de las categorías de inclusión educativa y salud mental.

Asimismo, se retomaron datos preliminares obtenidos de la primera etapa del estudio macro citado anteriormente[2].

Resultados

Es una realidad asumida en América Latina que las problemáticas infantojuveniles en salud mental están en aumento y que existe una ausencia de oferta de servicios de salud por parte del estado.

Situación que coincide con la realidad de San Juan del Río, Querétaro, (Garbus; Morales Osornio; Cabello Álvarez, 2016) uno de los municipios donde se está llevando a cabo el estudio del cual este trabajo forma parte.

Respecto de la prevalencia de problemas de salud mental en el mismo municipio, los datos preliminares obtenidos en de la primera etapa del proyecto marco del que este trabajo se desprende - la del relevamiento epidemiológico - son alarmantes: la prevalencia de ideas suicidas en estudiantes de San Juan del Río fue de 39,30% de la población total, considerando a todos aquellos que han tenido la idea de quitarse la vida. Asimismo aquellos que lo consideraban al momento de la aplicación del instrumento 4.6% (González-Zamora, 2019). Mientras que los síntomas de depresión el 18% de los y las estudiantes presentaron síntomas de depresión, siendo lo que pertenecían a escuelas ubicadas en el nivel más alto de marginación, los que presentaban mayores índices (Rangel-Amado, 2019). Asimismo los datos de consumo arrojaron también números alarmantes: el 63.3% de los estudiantes de secundaria ya han consumido por lo menos alguna droga en su vida. De estos el 58.3% han consumido alcohol, el 22.2% han consumido tabaco, seguido por inhalables con 14.9%, para marihuana es un 13% y dejando a otras drogas con un porcentaje menor a 5% (Banda-Anaya, 2019).

Esta realidad obliga al equipo a cargo de esta investigación a considerar la urgencia aportar estrategias al profesorado para la prevención y detección oportuna de problemáticas de salud mental en el estudiantado. En parte porque es en la escuela donde muchos adolescentes pasan la mayor parte de su día y en parte porque el vínculo docente-estudiante puede ser una relación potente para la construcción de estrategias de intervención efectiva.

Es sabido que los y las profesoras tienen cada vez más tareas administrativas y que deben muchas veces concentrar su esfuerzo en la elaboración de reportes y evaluaciones que los lleva contar con menos tiempo y recursos para el acompañamiento de estudiantes.

Esto nos llevó a cuestionar sobre el ejercicio del derecho que tienen tanto docentes como alumnos a tener un proceso formativo digno. Se trata reconocer que en tanto universitarios somos seres sociales y que debemos tomar una postura dialógica con quienes nos rodean, considerando que somos contingentes a nuestro entorno, por lo que nuestra participación social incide no solo en la forma en la que nosotros como universitarios ejercemos la ciudadanía, sino, en la que promovemos en otros a partir de fomentar el ejercicio de los derechos, en este caso, a la educación integral e inclusiva.

Sobre la salud mental e inclusión educativa

Se recupera una perspectiva que reconoce que la conformación y ajuste de las competencias y habilidades cognitivas, prácticas y estéticas, ocurre precisamente a través del despliegue de nuestra vida relacional, de lo concreto de nuestras interdependencias. Siendo entonces en esa dimensión vincular, en la dimensión de las relaciones de los individuos con su mundo, con sus recursos, con sus semejantes, consigo mismos, en donde sostenemos nuestro enfoque sobre la salud mental. Así, retomamos de Epp (1988) la definición de Salud mental, entendiéndola como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo, el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitivas, afectivas y relacionales) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad (Epp, 1988: 333).

De ahí se desprende la pertinencia de que la escuela se involucre en el fomento de la salud mental de sus estudiantes.

Esto es coherente con la idea de que los y las estudiantes son sujetos de derecho, no solo a recibir una educación digna e integral, tal como se ha mencionado, sino también a crecer en espacios que fomenten de la forma más íntegra su salud mental. Consideramos que el ejercicio de este derecho repercute en su nivel de participación y posibilidades de desarrollo físico, cognoscitivo. La participación, la toma de decisiones y la convivencia ciudadana, serán efectos que podrán medirse a mediano plazo, si se llevan a cabo acciones tendientes a estas metas.

Sin embargo, hablar de salud mental en el ámbito escolar, conlleva muchas veces rechazo. Se trata de una temática estigmatizante en los estudiantes, que pareciera reduce su nivel de “educabilidad” (Baquero, 2001).

Es por eso que el fundamento de esta propuesta se enmarca en una educación inclusiva.

Según la UNESCO (2009), “el objetivo de la educación inclusiva es la participación eficaz de una persona en la sociedad y que esa persona pueda aprovechar al máximo sus posibilidades” (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, 2009, p. 6). Es decir, no se reduce la inclusión a personas en condiciones vulnerables, con alguna discapacidad, marginación económica o de alguna etnia en particular, sino que se refiere a las personas en general, y en nuestro caso, a jóvenes con problemáticas de salud mental. Retomando a Barrio de la Puente asumimos que la educación inclusiva “es un gran proyecto que trata de construir una educación que rechace cualquier tipo de exclusión educativa y que potencie la participación y el aprendizaje equitativo” (Barrio de la Puente, 2009, pág 13).

La promoción de la inclusión implica estimular el debate, alentar actitudes positivas y mejorar los marcos sociales y educativos para atender los retos de la educación integral. Demanda mejorar las contribuciones, los procesos y los entornos con miras a promover el aprendizaje en el nivel del educando en su entorno de aprendizaje que permita favorecer una experiencia educativa considerando el entorno del alumnado para potenciar su desarrollo integral (ONU, 2009).

Por lo tanto, reconocemos que los y las docentes tienen una responsabilidad formativa con el estudiantado, no sólo en cuanto a conocimientos y desarrollo intelectual, sino, en materia de desarrollo integral.

Ahora bien, también es preciso reconocer que el hecho de que los y las docentes cuenten con herramientas que les permitan llevar a cabo esta labor, es responsabilidad del Estado, la cual debe ser asumida, por ejemplo, a partir de la formación docente continua. Sin embargo, tal como se mencionó, las mismas características del sistema escolar, las condiciones laborales y demandas institucionales muchas veces son un obstáculo para el logro de dicha meta.

Según el modelo educativo, la inclusión se centran en reducir las barreras del aprendizaje y la participación (ABP) que enfrentan estudiantes en todos los niveles obligatorios, a partir de tres ejes: establecer políticas inclusivas, desarrollar prácticas inclusivas y crear culturas inclusivas (SEP, 2018) priorizando el papel de la escuela y sus actores en la potenciación de la diferencia; sin embargo en el tópico que aquí nos atañe las herramientas y reflexiones han sido pocas.

Las barreras para el aprendizaje y la participación, de acuerdo al modelo educativo, dejan de ser pensadas como un característica de sujeto para colocarlas en un proceso de relación de la persona con el entorno, así las barreras que enfrentan puede ser actitudinales, pedagógicas y de organización de la escuela

(SEP, 2018), obligando al sistema mismo a repensar y tomar acciones necesarias, sin embargo no siempre se cuenta con los conocimientos, habilidades y actitudes para hacerle frente a los retos que la inclusión impone.

Aportar al logro de la misma, es propósito del estudio que se enmarca en este trabajo.

Reflexiones finales:

Sin duda, las y los docentes son agentes claves en el desarrollo y transformación de comunidades, sin embargo, la velocidad de los requerimientos, las realidades cambiantes en la población adolescente y la carga de trabajo producto de la burocratización de los procesos educativos, los ponen en un estado de impotencia frente a las necesidades que sus estudiantes presentan. El abrumador estado de la salud mental en adolescentes puede llevar a las y los docentes a sentir ausencia de herramientas para los procesos de inclusión educativa. Así frente a estos vacíos es que pensamos pertinente la construcción de un taller que pueda fortalecer el quehacer docente, atendiendo por una parte a la necesidad de prevención, detección oportuna y canalización de adolescentes que mire a la institución como coadyuvante para la reducción de las barreras de aprendizaje y participación; pero que a la par mire a las y los docentes más allá de la una visión instrumental y se recupere al sujeto de derechos en tanto sujeto que labora, dando un espacio de reflexión sobre su práctica y la puesta en relación que tienen con sus estudiantes, generando condiciones de ejercicio de ciudadanía.

De esta manera, es que proponemos un dispositivo que fortalezca sus habilidades y actitudes para la prevención, canalización y detección de problemáticas de salud mental, desde una mirada de salud comunitaria, donde el bienestar es corresponsabilidad de todos los actores sociales involucrados y la acción individual permite la transformación colectiva.

Por último, es importante recalcar que la intención es poder establecer líneas generales de trabajo, a través de la evaluación de la efectividad del proyecto realizado con maestros, evitando la intervención de buena voluntad pero sin certeza de su efecto, pues en tanto consientes del papel de la universidad en la transformación social, y el compromiso con que la construcción de conocimiento y los procesos de formación profesional apelen a realidades concretas y problemas sociales, buscamos que el trabajo con docentes tenga un impacto real para la mejora de las condiciones de salud mental de las y los adolescentes.

NOTAS

[1] Financiado por el Fondo para el Fortalecimiento de la Investigación, Universidad Autónoma de Querétaro. La Lic. María Elena Negrete Barajas; y el Lic. Daniel Eduardo Fernández Saldaña son estudiantes de la Maestría en Educación para la Ciudadanía, FPS-UAQ.

[2] Se trata datos preliminares obtenidos de las tesis que están en elaboración y que se realizan para obtención del título de Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, FPS-UAQ: Lic. Banda Anaya, Berenice; González Zamora, Karla S.; Rangel Amado, Lucero, las cuales son dirigidas por la Dra. Pamela Garbus.

BIBLIOGRAFÍA

- Banda Anaya, B.V. (2019). Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes y su relación con factores psicológicos y psicosociales. Tesis en elaboración para la obtención del grado de Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, FPS-UAQ.
- Baquero, R. (2001). La educabilidad bajo sospecha. Cuaderno de pedagogía Rosario (9). 71-85.
- de la Puente, J.L.B. (2009). Hacia una educación inclusiva para todos. Revista complutense de educación, 20(1), 13-31.
- Epp, J. (1988). Mental Health for Canadians: Striking a Balance. Canadian Journal of Public Health (79) 5: 327-349.
- Garbus, P., Morales Osornio, A., y Cabello Alvarez, L.S. (2016). Problemáticas de salud mental en adolescentes y prácticas de atención: el caso de San Juan del Río Querétaro. Memorias Del VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XXIII Jornadas de Investigación de La Facultad de Psicología XII Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR, 2. <https://doi.org/10.1667-675>
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M.A. y Wagner, F.A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psicothema, 15 (4), 524-532.
- González-Zamora, K.S (2019) Prevalencia de ideación e intento suicida adolescente y su relación con factores psicológicos y psicosociales. Tesis en elaboración para la obtención del grado de Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, FPS-UAQ.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2017). Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación. Francia: UNESCO.
- Rangel Amado, A.L. (2019). Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescente estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río, Querétaro. Tesis en elaboración para la obtención del grado de Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, FPS-UAQ.
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (2018). Estrategia de equidad e inclusión en la educación básica: para alumnos con discapacidad, aptitudes sobresalientes y dificultades severas de aprendizaje, conducta o comunicación. México.

FACTORES DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EVALUADOS EN EL EXAMEN PREVENTIVO DE SALUD DE LA UBA

Iglesias, Susana; Arano, María Paula; Simari, Cecilia Carla; Canelo, Elisa Irene
Universidad de Buenos Aires. Dirección General de Salud y Asistencia Social. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo se lleva a cabo por los profesionales integrantes del equipo de Salud Mental- Facultad de Psicología- de la Dirección General de Salud y Asistencia Social, y se enmarca en el Examen Preventivo de Salud obligatorio, dispuesto por Res.(CS) N° 5074/12 de la Universidad de Buenos Aires. El objetivo del examen se fundamenta en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es por ello que dicha intervención posibilita al alumno la concientización de una mejor calidad de vida. La decisión de realizar esta producción, surge de la detección de significativos indicadores de riesgo psicológico que presentan los estudiantes de enfermería, teniendo en cuenta que se trata de futuros profesionales dedicados al ámbito de la salud en contacto permanente con el paciente y su familia.

Palabras clave

Estudiantes de enfermería - Factores de riesgo - Factores de protección - Prevención - Salud

ABSTRACT

RISK FACTORS IN NURSING STUDENTS EVALUATED IN THE PREVENTIVE HEALTH EXAMINATION OF THE UBA

The present work is carried out by professionals of the Mental Health Team – Faculty of Psychology- of the General Management of Health and Social Assistance, and is part of the mandatory preventive test disposed by Resolution (CS) N°5074/12 of the University of Buenos Aires. The objective of this exam is grounded in the promotion of the health and prevention of illness, and makes possible a better life quality for the students. The decision of making this production is based in the detection of meaningful pointer of psychological risk between the nursing students, considering they are future health professionals.

Key words

Nursing students - Risk indicators - Protection factors - Prevention - Health

Introducción

A partir de la tarea de evaluación realizada en el Departamento de Salud Mental de la Dirección General de Salud y Asistencia Social con los alumnos de las diferentes carreras de la Universidad de Buenos Aires, se pretende dar cuenta de las características de la población universitaria de la carrera de Enfermería. La misma corresponde a una de las dieciséis carreras que dependen de la Facultad de Medicina y de acuerdo a lo evaluado por el equipo de psicología, es la que presenta mayor porcentaje de alumnos en situación de riesgo psicológico.

Haciendo foco en los alumnos de dicha población a quienes se les indicó realizar una consulta psicológica y habiendo quedado el examen en condición de Provisorio en el año 2018, se observan diversos factores de riesgo tales como violencia doméstica, haber crecido en el seno de una familia disfuncional, adquirir hábitos poco saludables en cuanto a la alimentación, y, por lo tanto, descuido en su salud física y emocional.

En función de lo mencionado anteriormente interesa considerar la importancia de la entrevista como ese espacio donde se develan algunas situaciones traumáticas familiares, que pudieron haber influido en la elección de la carrera, así como también el registro de la presencia de baja autoestima y la falta de confianza en sí mismo, los cuales se constituyen en indicadores que intervienen en las dificultades para avanzar en el plan de estudio o establecer relaciones sociales fuera del núcleo familiar, de características endogámicas, síntomas frecuentemente observados en esta población.

Desarrollo

El presente trabajo es llevado a cabo por integrantes del equipo de Salud Mental, que depende de la Secretaría de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil de la Facultad de Psicología, y desempeñan su actividad asistencial en la Dirección General de Salud y Asistencia Social de la UBA. El equipo está a cargo de la evaluación psicológica que forma parte del Examen Preventivo de Salud Obligatorio de acuerdo a lo pautado por la Resolución del Consejo Superior N° 5074/12, modificatoria de la Res.(CS N° 2650/04) y afecta a toda la comunidad estudiantil de la Universidad de Buenos Aires. La misma está conformada por los estudiantes de los Organismos de Enseñanza Media: Colegio Nacional de Buenos Aires, Escuela Superior de Comercio Carlos

Pellegrini, Escuela de Educación Técnico Profesional en Producción Agropecuaria y Agroalimentaria y la Escuela de Educación Técnica de Villa Lugano, y también por los alumnos de las carreras y tecnicaturas de las distintas Facultades.

El examen está orientado a la detección de factores de riesgo y de protección, encauzando así a los alumnos a la toma de conciencia acerca de la importancia del cuidado de su salud psicofísica y su repercusión en una mejora respecto a su calidad de vida. Para tal fin, el Examen Preventivo se lleva a cabo en dos etapas. En la primera se administra a los alumnos universitarios la Escala Psychiatric Epidemiological Research Interview (P.E.R.I.) en su carácter abreviado, en forma grupal, y en la segunda se realiza una entrevista clínica individual, tomando como referencia la escala mencionada.

La técnica P.E.R.I. fue diseñada por Bruce Dohrenwed en la Universidad de Columbia (New York 1973, 1978, 1982) y su adaptación al medio argentino fue realizada por la Profesora María Martina Casullo (Buenos Aires 1990), se presenta tanto en forma completa como abreviada. Ambas tienen la estructura de Inventarios autoadministrables que pueden ser respondidos sin límite de tiempo en forma individual o grupal

En cuanto a la entrevista psicológica que se realiza a los estudiantes, es de característica semi-dirigida, tomándose como punto de partida lo marcado por ellos en la técnica P.E.R.I., y ampliando esa información a través de indagar sobre: composición familiar; situación económica actual; antecedentes personales o familiares de problemas de salud mental o física; accidentes; internaciones; realización de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos personales o familiares; consumo de sustancias psicoactivas; trayectoria académica; entre otros temas, además de los que surjan como resultado de la interacción entrevistador-alumno.

Cabe destacar que el mencionado intercambio, se configura como un espacio privilegiado a fin de que los estudiantes tomen conciencia de la importancia del cuidado de la salud tanto mental como física generando así una mejora en la calidad de vida. A partir de las técnicas administradas, el profesional realizará la evaluación de acuerdo a las cuatro categorías establecidas por el equipo, que a continuación se detallan 1) COMPLETO (C), el alumno no presenta indicadores de riesgo, 2) COMPLETO/ EN TRATAMIENTO (C/ET), el alumno completa el examen y se encuentra realizando tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, 3) COMPLETO/ SE RECOMIENDA TRATAMIENTO (C/RT) si bien completa el examen, se sugiere realizar psicoterapia a fin de trabajar sobre alguna problemática no resuelta pero sin que ello evidencie una situación de riesgo, 4) PROVISORIO (P), se indica al alumno realizar una consulta psicológica debido a la presencia de indicadores de riesgo.

En este último caso, el examen preventivo quedará en suspenso hasta que el alumno presente en el Departamento de Salud Mental, dentro del plazo de 6 (seis) meses, una constancia que acredite la mencionada consulta. Una vez presentada, se dará

por completo el examen preventivo de salud.

Para el desarrollo de este trabajo se tomarán como punto de partida los estudiantes de las tecnicaturas y carreras de la Facultad de Medicina que han realizado el examen durante el año 2018. De las dieciséis carreras, las Tecnicaturas en Radiología, y en Hemoterapia conjuntamente con la carrera de Enfermería, presentan los mayores porcentajes de alumnos a los que se les ha indicado realizar tratamiento psicológico sea, en condición de Provisorio o Completo/RT.

Se decide trabajar con la población de Enfermería debido a que, de las tres carreras mencionadas, es la que ofrece una muestra más amplia (Enfermería=721 alumnos; Tec. en Radiología=30 alumnos; Tec. en Hemoterapia=53 alumnos) y un alto porcentaje de exámenes P y C/RT, lo que significa que se han detectado diversos indicadores de riesgo emocional o manifestaciones de algunos factores de riesgo (el 5,43% de los alumnos han quedado con el examen preventivo en carácter de Provisorio, y al 18,54% se le ha indicado realizar una consulta psicológica (C/RT).

A partir de la información obtenida en las dos técnicas de evaluación puede decirse que del total de la población evaluada en el año 2018, 481 estudiantes provienen del conurbano bonaerense y 240 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, perteneciendo a un sector socio cultural y económico por debajo del indicador medio. En varias oportunidades, estos alumnos refieren ser los primeros dentro de su núcleo familiar en acceder a la formación universitaria, en donde muchos de los integrantes, no han completado siquiera el nivel de enseñanza media. En cuanto al aspecto económico, se trata de familias con pocos integrantes asalariados o que realizan trabajos informales no regulados, como servicio doméstico, cuidado de personas mayores o “changas”, entre otros. De acuerdo a lo antedicho, se podría pensar que la elección de la tecnicatura en Enfermería, en tanto carrera corta, respondería a la necesidad de obtener una salida laboral rápida que permita afrontar la situación económica propia o familiar.

De la muestra total de 721 alumnos, el 84% son mujeres y el 16% son hombres, esta gran diferencia en el porcentaje podría deberse al tipo de actividad que se realiza, la cual estaría asociada al cuidado y atención de personas, siendo en el imaginario social una tarea mayormente femenina. La brecha de estos porcentajes por género se mantendría también entre quienes tienen el examen provisorio, ya que el 87% corresponden al género femenino y 13% al masculino, no habiendo encontrado diferencias significativas por género. Lo mismo sucede en el caso de los alumnos con indicación de tratamiento (89% mujeres y 11% varones).

Los estudiantes evaluados abarca desde los 18 a los 64 años de edad, siendo la franja etaria de 18 a 23 años las más significativa, con 352 alumnos, y desciende progresivamente según avanza la edad así como también sucede con la cantidad de alumnos cuyo examen de salud quedó en condición de provisorio (P). La franja de 24 a 29 años cuenta con 191 alumnos, la de 30 a 35

años con 78 alumnos, la de 36 a 41 años con 48 alumnos, la de 42 a 48 años con 27 alumnos, y finalmente la que abarca desde los 49 a 64 años con 22 alumnos. De los 39 provisorios el 64% corresponde a la franja de 18 a 23 años y el 23% a los alumnos de 24 a 29 años de edad, descendiendo significativamente en el resto de los grupos etarios. La presencia de factores de riesgo en los alumnos más jóvenes podría estar asociada a la etapa de desarrollo vital que atraviesan, sumada a la escasa contención y apoyo por parte del núcleo familiar.

Resulta necesario delimitar la noción de “riesgo” desde la perspectiva que nos ocupa: la clínico-epidemiológica. En tal sentido, el concepto de riesgo alude a la posibilidad de: - *“Configurar o contraer enfermedades que inhabiliten física, psicológica, social o jurídicamente, - Manifestar de manera habitual o sistemática comportamientos individuales o colectivos que pongan en juego la seguridad social”*. (Casullo, 1998).

“Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo, grupo o población que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. (OMS, 2013).

La práctica profesional de Enfermería supone una gran interacción entre el profesional y el paciente, y por tal motivo resulta interesante considerar si los factores de riesgo de los estudiantes, futuros profesionales, incidirían y de qué manera, en el vínculo con los pacientes o con la familia de los mismos. La mayor interacción entre ellos estaría dada por el tipo de actividad que realiza el enfermero o bien por la continuidad en el tiempo debido al estado de salud del paciente. Como en toda relación, entrarán en juego la subjetividad de ambas partes para el establecimiento de un vínculo de características positivas o negativas. Dependerá de la capacidad de contención emocional del profesional poder sortear los obstáculos que surjan, y para ello será necesario una adecuada elaboración de sus propias problemáticas, a fin de evitar el desplazamiento de los conflictos no resueltos en las figuras del paciente o familiares

“La enfermería es una profesión que antepone el bienestar y seguridad de los pacientes a la suya propia debido a que ésta acarrea riesgos, contagio de enfermedades, accidentes laborales, entre otros, es por ello que requiere de vocación, así como de gozar de una fuerte motivación comprometida al servicio de la sociedad, para poder brindar una mejor calidad de atención al usuario” (Castañeda, A. 2010)

A partir de este escenario, surgen diversos interrogantes acerca de las motivaciones de los alumnos para estudiar esta carrera, y su incidencia en la trayectoria académica y el quehacer profesional.

De las entrevistas clínicas individuales se desprende que la elección de esta profesión, obedecería a una variada gama de motivaciones. Entre ellas se destacan: tener familiares enfermeros y conocer la actividad profesional; abandonar el CBC o las primeras materias de la carrera de Medicina, y tomar la carrera de enfermería como la opción más accesible dentro del ámbito

de la salud; por razones de índole económica como salida laboral a corto plazo. Otro motivo frecuentemente manifestado en las entrevistas es que el haber cuidado familiares o personas significativas de su entorno, ya sea en instituciones de salud o en el propio hogar, ha despertado posteriormente el interés del alumno por esta profesión. Asimismo, en la franja etaria de mayor edad se observó que la elección de la carrera respondía a una asignatura pendiente.

Teniendo en cuenta las incumbencias profesionales, y de acuerdo a los rasgos de personalidad podría pensarse que dicha práctica posibilitaría un modo de reparación ante situaciones traumáticas vivenciadas, caracterizadas por ausencia de apoyo y contención familiar-

Analizando los indicadores de riesgo observados en las historias clínicas de los alumnos con examen en condición de provisorio, pueden destacarse cuatro ítems como los más relevantes: *Problemas de baja autoestima, aislamiento social, familia disfuncional y problemas de ansiedad*.

La *baja autoestima* es el factor de mayor prevalencia en los evaluados con carácter provisorio. La autoestima como sentimiento de aceptación, valoración hacia uno mismo y valía personal brinda motivación para el logro de objetivos y repercute en el trato hacia uno mismo y con los demás. Debido a su influencia en la conducta existiría una relación estrecha entre autoestima y bienestar psicofísico. En la población evaluada, comprende desde *falta de confianza* al momento de realizar diversas actividades, incluidas las académicas, hasta cuestiones más particulares como *problemas con su imagen corporal*, ya sea por problemas de alimentación, escasez de actividad física o alimentación inadecuada. Resulta significativo el descuido por la propia salud dado que se contrapone con el interés por el cuidado del otro

En cuanto al aspecto académico, las inseguridades respecto de la propia capacidad de acción influirían negativamente al momento de rendir los exámenes o de desarrollar las actividades propias del quehacer profesional, que las prácticas que cursan les imponen. Sin embargo, también pueden influir en las interacciones interpersonales, las que de alguna manera incidirían en la capacidad de empatizar con los pacientes con los que deberán interactuar.

El *aislamiento social* se presenta como el segundo factor de riesgo advertido en la población estudiantil. Los alumnos han manifestado en las entrevistas tener pocas amistades y mantener escaso contacto con ellas, debido a que permanecen la mayor parte del tiempo libre dentro de sus hogares o mantienen relaciones endogámicas. Sin embargo, al profundizar acerca de eso, se observa que estas dificultades estarían asociadas a la presencia de baja autoestima y falta de confianza en sí mismo, que repercuten negativamente en la formación de vínculos sociales sólidos.

Así mismo se observó que en muchos casos los estudiantes han encarnado casi con exclusividad el rol de cuidadores de

algún familiar enfermo o desvalido, postergando en ocasiones sus propios deseos y proyectos. La imposibilidad de anteponerse a los mandatos familiares daría lugar a un funcionamiento iatrogénico en los lazos familiares, incidiendo también en el establecimiento de vínculos sociales.

El tercer factor de preponderancia en esta población es el de *familia disfuncional* que comprende desde la falta de apoyo y contención familiar hasta problemas vinculares serios entre sus integrantes. Con frecuencia se ha observado violencia doméstica, ya sea de tipo físico y/o psicológico entre los padres o bien han sido víctimas de maltrato durante la infancia, es decir haber vivido situaciones de violencia de manera activa o pasiva, en varios casos asociado al consumo de alcohol o estupefacientes por parte de los progenitores.

En menor medida aparecen *síntomas de ansiedad* como cuarto factor de riesgo, entre ellos se destacan irritabilidad, dificultades para concentrarse, y excesiva preocupación en general.

Cabe destacar que la presencia de factores de riesgo no determina en sí mismo el surgimiento de problemas de salud. Por tal motivo resulta imprescindible evaluar en conjunto la presencia o ausencia de factores protectores, en tanto permiten contrarrestar o anular las posibles conductas de riesgo. Entendiendo por factores de protección al decir de Donas Burak (1997): "*Las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano al mantener o recuperar la salud, al tiempo que pueden anular los posibles factores y/o conductas de riesgo, reduciendo la vulnerabilidad*". En el caso de los alumnos cuyo examen ha quedado en carácter de provisorio, se observan distintos factores de riesgo y carecen de factores de protección, siendo uno de ellos el contar con un entorno familiar o social que se configure como sostén.

En muchos casos, los alumnos al recibir la sugerencia por parte del profesional de realizar una consulta psicológica, en especial aquellos que presentan indicadores de riesgo, se sorprenden, resultándoles incomprensible el hecho de que su salud psíquica y emocional puedan interferir en su desempeño profesional. Así mismo se pone de manifiesto la falta de registro acerca de la necesidad de trabajar las situaciones conflictivas que han naturalizado, de manera que puedan elaborarlas. Es por ello que el espacio de la entrevista psicológica resulta imprescindible para que el alumno logre tomar conciencia acerca de la importancia de su salud mental y de sus consecuencias.

Conclusión

Al ser la Enfermería una disciplina correspondiente al área de la salud, cuyo objeto de estudio son los seres humanos que atraviesan situaciones de padecimiento físico y/o psíquico, es de vital importancia reflexionar acerca del grado de compromiso, conciencia y disponibilidad que posea el alumno, siendo herramientas indiscutibles para poder llevar acabo el trabajo tanto en forma individual, como colectiva.

A menudo observamos que los alumnos en las entrevistas des-

criben haber atravesado diferentes tipos de enfermedades, violencia doméstica, duelos normales o patológicos, etc. que afectaron la dinámica familiar. La elección de la carrera evidenciaría la necesidad psicológica inconsciente de un intento de reparación de dichas vivencias. Es por ello, que resulta imprescindible que el alumno pueda trabajar en un espacio psicoterapéutico, aquellas situaciones traumáticas no resueltas, a fin de evitar proyectar y desplazar cuestiones personales en los pacientes y/o familiares debido a la implementación del mecanismo defensivo de identificación.

En función de lo anteriormente mencionado, y teniendo en cuenta el concepto que abarca la definición de Enfermería, consideramos importante la salud mental y afectiva de quienes están dispuestos a realizar una tarea que requiere de un compromiso especial, dado que deberán desempeñar un papel fundamental desde lo técnico y asistencial así como soporte emocional, tanto hacia el paciente como a sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Castañeda, A., Díaz, S., Farfán, J. y Jiménez, E. (2010). Intereses vocacionales de los estudiantes del primer semestre de enfermería en el Decanato de ciencias de la salud. Tesis de Maestría. Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Colombia. P. 1-81.
- Casullo, M.M. (1992). *Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Donas Burak, S. (2001). *Protección, riesgo y vulnerabilidad: sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes*. Donas Burak, S. (Ed) Adolescencia y juventud en América Latina (pp. 489-499). Cártago. Libro Universitario Regional.
- Fonagy, P. (2006). *The Mentalization Focused Approach to Social Development*, en (Allen, J.G, Fonagy, P. (eds) (2006) Handbook of Mentalization - Based Treatment, John Wiley and Sons, Ltd.
- Iglesias, S., Arano, M.P., Canelo, E., Espinosa, M., Morandi, P., Simari, C. (2017). *Factores de riesgo en adolescentes de instituciones de enseñanza media dependientes de la UBA*.
- Morales Calatayud (1998). Valoración histórica de la causalidad y de factores de riesgo articulándola con factores sociales y psicológicos. *Psicología de la Salud*. 1, apartado 2 (pág. 43) Buenos Aires. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes, nota descriptiva n° 345. OMS; 2011.

ÁMBITOS ESTRESORES Y ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES PERCIBIDOS POR UN GRUPO DE ADOLESCENTES CORDOBESES

Jorge, Elizabeth; Cardozo, Griselda

Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

La adolescencia puede ser vivida con altos niveles de estrés dados los cambios a los que se enfrentan los jóvenes. Debido a demandas y desafíos de la etapa, cualquier acontecimiento o ámbito cotidiano puede ser percibido como estresante. Este trabajo se propone explorar cómo se presentan los acontecimientos estresantes y los ámbitos estresores en adolescentes escolarizados que concurren a escuelas de gestión privada de la Ciudad de Córdoba, acorde al género y la edad. Se realizó un estudio descriptivo. Se administró la Escala de valoración de estresores y el Cuestionario de eventos vitales. La muestra estuvo conformada por 528 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 11 y 18 años. Los resultados muestran que en los tres ámbitos considerados (escuela, hogar y amigos), existen situaciones que generan estrés. Se destacan las situaciones de carácter relacional (con profesores, compañeros y amigos) donde se mencionan peleas y conflictos. No se encontraron diferencias según el género. Tales resultados son congruentes con las investigaciones realizadas sobre el tema. Se concluye la importancia de considerar al estrés como un estímulo que provoca reorganización en la vida de la persona, por lo que es necesario detectarlo y generar estrategias de prevención, dirigidos a los y las adolescentes.

Palabras clave

Estrés - Eventos vitales - Ámbitos estresores - Adolescentes

ABSTRACT

STRESSFUL EVENTS AND STRESSOR AREAS PERCEIVED BY A GROUP OF ADOLESCENTS FROM CORDOBA

Adolescence can be experienced with high levels of stress given the changes young people face. Due to demands and challenges of the stage, any event or everyday environment can be perceived as stressful. The purpose of this work is to explore how stressful events and stressful environments are presented to school-aged adolescents attending private management schools in the City of Córdoba, according to gender and age. A descriptive study was carried out. The Stressor Assessment Scale and the Life Events Questionnaire were administered. The sample consisted of 528 adolescents of both sexes, with ages between 11 and 18 years. The results show that in the three areas considered (school, home and friends), there are situations that generate stress. Situations

of a relational nature (with teachers, classmates and friends) are highlighted where fights and conflicts are mentioned. No differences were found according to gender. These results are consistent with the research conducted on the subject. It concludes the importance of considering stress as a stimulus that causes reorganization in the life of the person, so it is necessary to detect it and generate prevention strategies, aimed at adolescents.

Key words

Stress - Life events - Stress areas - Adolescents

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, en tanto un período de cambios físicos, psicológicos y sociales, supone la vivencia de situaciones estresantes. El joven se ve obligado a cumplir ciertos papeles sociales en relación a sus compañeros, a los miembros del otro sexo y, al mismo tiempo, a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su carrera profesional (Barcelata Eguiar-te & Gómez Maqueo, 2012; Morales Salinas & Moysén Chimal, 2015; Musitu & Callejas, 2017).

Por otra parte, cada contexto donde se desempeñan los adolescentes, presentan desafíos, retos y obstáculos. Principalmente interesa demarcar tres ámbitos cotidianos: el hogar, la escuela y el grupo de amigos. Cada uno de ellos implican ciertas demandas sociales, emocionales y académicas. El modo en que sean percibidos por los adolescentes, puede convertirlos en *ámbitos estresores* (Encina Agurto & Ávila Muñoz, 2015). Asimismo, existen determinadas condiciones estresantes a las que se enfrentan los adolescentes, tales como: acontecimientos traumáticos agudos (desastres naturales y humanos, victimización por abuso físico y sexual, o exposición a la violencia), estrés crónico y la adversidad (pobreza y dificultad económica, enfermedad crónica personal o parental, negligencia o maltrato crónicos), dificultades en la vida cotidiana (primeras citas amorosas, divorcio de los padres, ingreso de un familiar en prisión), que por otro lado dos o más eventos pueden constituirse en una acumulación de sucesos estresantes (Morales Salinas & Moysén Chimal, 2015; Musitu & Callejas, 2017).

Se debe señalar que cualquier acontecimiento puede llegar a ser *estresor* en algún momento. Ello dependerá de la situación en sí misma y de cómo la persona afronte o responda en esa circunstancia (Encina Agurto & Ávila Muñoz, 2015). De esta ma-

nera, la potencialidad de un evento para impactar en la vida de un adolescente está relacionada con varios factores, entre los que se cuentan: el tipo de apreciación que haga el joven sobre el suceso, las características individuales que determinan el grado de vulnerabilidad, las estrategias de afrontamiento disponibles, y el contexto en que el adolescente se encuentra (Verdugo Luce-ro et al, 2013; Morales Salinas & Moysén Chimal, 2015).

Los ámbitos estresores y los acontecimientos vitales estresantes se encuentran relacionados con los factores de riesgo para el ajuste adolescente (Estévez Campos, Oliva Delgado & Parra Jiménez, 2012). Asimismo, la acumulación de eventos estresantes puede afectar el bienestar y la salud de los adolescentes, mediante su influencia en las conductas de salud, los estilos de vida, el estado emocional y la percepción del apoyo social. A partir de lo expuesto este trabajo se propone describir los ámbitos percibidos como estresores y los sucesos vitales estresantes en un grupo de adolescentes de ambos sexos en edades comprendidas entre los 11 y 18 años, que asisten a dos escuelas de gestión privada en la Ciudad de Córdoba.

METODOLOGIA

El estudio fue descriptivo, transversal. Para la muestra, se seleccionaron de modo intencional, dos escuelas de gestión privada de la Ciudad de Córdoba. El total de la muestra quedó conformado por 528 adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 11 y 18 años ($M = 14,69$, $DT = 1,85$); 49% mujeres y 51% varones.

INSTRUMENTOS

- *Cuestionario de Eventos Vitales* (Barra et al, 2003; adaptación Jorge, 2017). Consiste en 13 ítems que evalúan la *ocurrencia* de eventos vitales potencialmente estresantes y su *impacto emocional*, considerando como marco temporal los últimos seis meses. Los ítems pueden ser respondidos marcando la ocurrencia (sí o no) y el impacto con 4 alternativas de respuestas que varían entre *no me afectó nada* (1 punto) y *me afectó mucho* (4 puntos). Además, se proporciona espacio para que los participantes agreguen otros eventos estresantes no considerados en el cuestionario. Los niveles de consistencia interna fueron aceptables para la ocurrencia de eventos estresantes (coeficiente Alfa de Cronbach de 0.73) y para el impacto emocional (coeficiente Alfa de Cronbach de 0.78).

- *Escala de Valoración de Estresores* (Morganett, 1995). Consiste en 15 ítems que evalúan las áreas de interacción social que provocan mayores respuestas de estrés, en 3 ámbitos: escolar, hogar y amigos. Los ítems se puntúan mediante una escala Lickert con tres opciones de respuesta: ningún estrés, poco estrés y mucho estrés. La confiabilidad es de .86, considerada como satisfactoria.

RESULTADOS

Se caracterizan los ámbitos percibidos como estresores y los acontecimientos vitales estresantes, atendiendo al género y la

edad de los jóvenes.

Estudio 1. Caracterización de los ámbitos estresores según el género y la edad de los adolescentes.

Entre los ámbitos que pueden ser considerados estresores se encuentran la escuela, el hogar y el grupo de amigos. En el *ámbito escolar*, tanto las mujeres como los varones reportaron experimentar estrés frente a un profesor concreto. El 39,16% de las adolescentes manifestó vivenciar mucho estrés, mientras que el 44,48% de los varones expresó sentir poco estrés. Además, las mujeres señalaron otras situaciones que les genera poco estrés: un determinado compañero (39,16%), sentirse menos inteligente (39,16%) y miedo a no ser seleccionado (30,41%).

En el *ámbito del hogar*, tanto las mujeres como los varones señalaron que experimentan estrés por las discusiones entre sus padres. En las adolescentes se observó que la reacción es de mucho estrés (41,06%), mientras que en los jóvenes es de poco estrés (38,40%).

Por último, en el *ámbito de los amigos*, coinciden en señalar dos situaciones como generadoras de estrés: saber que un amigo me ha mentado y saber que un amigo me critica. En el grupo de las mujeres, se observa que ambas situaciones motivan mucho estrés (51,33% y 69,58% respectivamente). Mientras que, en el grupo de los varones, es causa de poco estrés la situación de la mentira (43,44%) y de mucho estrés la crítica del par (44,86%). Los datos se presentan en la tabla 1.

Al considerarse los grupos etarios de los adolescentes encuestados, tal como se observan en la tabla 2, en el *ámbito escolar*, los tres grupos señalan las mismas situaciones como productoras de estrés: un profesor concreto y un determinado compañero. Para la primera de ellas, existe coincidencia entre los jóvenes de 11 a 13 años y de 14 a 16 años, dado que reportaron poco estrés (47,42% y 41% respectivamente). Sin embargo, el grupo de adolescentes de 17 a 18 años, manifestaron que les provoca mucho estrés (43,85%). En la segunda situación, los tres grupos etarios expresaron que un determinado compañero les produce poco estrés (40,57%, 37,65% y 42,98%).

En el *ámbito del hogar*, los adolescentes de 11 a 13 años y los de 14 a 16 años coincidieron en señalar a las discusiones entre sus padres como las que generan mucho estrés (38,28% y 35,14% respectivamente). El resto de los jóvenes, de 17 a 18 años no señalaron ninguna circunstancia de su hogar como productora de estrés.

En el tercer ámbito, el de los *amigos*, el hecho de saber que un amigo les ha mentado, les genera poco estrés a los jóvenes de 11 a 13 años (41,71%) y los de 17 a 18 años (40,35%). Mientras que el grupo con edades de 14 a 16 manifestaron que esto les produce mucho estrés (46,44%). En la situación donde toman conocimiento que un amigo les critica, los encuestados señalaron, sin distinción por edades, que les causa mucho estrés (60%, 60,25% y 45,61%).

Tabla 1. Porcentajes de los ámbitos estresores según el género.

	Femenino			Masculino		
	Ningún estrés %	Poco estrés %	Mucho estrés %	Ningún estrés %	Poco estrés %	Mucho estrés %
<i>Ámbito Escolar</i>						
Un profesor concreto	22,5	38,78	39,16	29,65	44,48	26,61
Un determinado compañero	31,93	39,16	28,89	41,06	40,68	19,01
Sentirme menos inteligente	37,64	39,16	23,19	66,15	22,81	11,78
Miedo a no ser seleccionado	7,60	30,41	23,95	58,93	25,85	15,96
Miedo a no saber qué hacer	38,02	25,47	36,50	45,24	34,22	21,29
<i>Ámbito Hogar</i>						
Miedo a que se divorcien mis padres	52,85	18,63	28,51	54,75	21,67	24,33
No recibir suficiente atención	50,57	36,50	12,92	62,73	32,31	5,70
Las discusiones entre mis padres	28,13	30,79	41,06	33,84	38,40	28,51
Estar enfermo	47,52	31,93	20,53	59,31	26,61	14,82
Tratar con padrastros y hermanastros	70,34	14,82	14,82	74,52	14,06	12,16
<i>Ámbito Amigos</i>						
Tener pocos amigos	56,27	26,61	17,11	62,63	24,33	13,68
Saber que un amigo me ha mentido	14,06	34,60	51,33	29,27	43,34	28,13
Saber que un amigo me critica	9,88	20,53	69,58	22,43	33,46	44,86
Preocupación por no tener novio/a	64,25	24,33	11,40	68,44	22,81	9,50
No saber cómo actuar con los amigos	46,38	39,54	14,06	53,99	36,12	10,64

Tabla 2. Porcentajes de los ámbitos estresores según la edad.

	11 a 13 años			14 a 16 años			17 a 18 años		
	NE %	PE %	ME %	NE %	PE %	ME %	NE %	PE %	ME %
<i>Ámbito Escolar</i>									
Un profesor concreto	30,85	47,42	21,71	23,43	41	37,65	22,80	33,33	43,85
Un determinado compañero	40,57	40,57	18,85	33,05	37,65	29,28	36,84	42,98	20,17
Sentirme menos inteligente	56	28	16	49,79	30,96	19,24	49,12	35,08	15,78
Miedo a no ser seleccionado	50,28	29,14	20,57	49,37	30,12	20,50	60,52	21,92	17,54
Miedo a no saber qué hacer	53,71	25,71	20,57	35,56	33,47	30,96	35,08	28,07	36,84
<i>Ámbito Hogar</i>									
Miedo a que se divorcien mis padres	43,42	23,42	33,14	57,74	17,99	24,26	60,52	19,29	20,17
No recibir suficiente atención	50,28	38,28	11,42	58,57	32,63	8,78	61,40	31,57	7,01
Las discusiones entre mis padres	26,85	34,85	38,28	30,54	34,30	35,14	37,71	34,21	28,07
Estar enfermo	60	25,14	14,85	51,46	29,70	18,82	46,49	34,21	19,29
Tratar con padrastros y hermanastros	66,85	15,42	17,71	72,38	15,06	12,55	79,82	11,40	8,77
<i>Ámbito Amigos</i>									
Tener pocos amigos	55,42	28	29	56,90	26,35	16,73	70,17	19,29	10,52
Saber que un amigo me ha mentido	23,42	41,71	34,85	17,57	35,98	46,44	27,19	40,35	32,45
Saber que un amigo me critica	15,42	24,57	60	13,80	25,94	60,25	21,92	32,45	45,61
Preocupación por no tener novio/a	65,71	24	10,28	64,01	27,19	8,78	71,05	14,91	14,03
No saber cómo actuar con los amigos	58,85	28,57	12,57	44,76	42,25	13,80	47,36	43,85	8,77

Estudio 2. Caracterización de los acontecimientos vitales estresantes según el género y la edad de los adolescentes.

Tanto mujeres como varones mencionaron dos eventos vitales como estresantes: pelear con amigos/as y tener problemas o conflictos con sus compañeros/as. Tal como se presentan en

Tabla 3. Porcentajes de los acontecimientos vitales estresantes según el género.

	Femenino		Masculino	
	Sí %	No %	Sí %	No %
Revelaste un secreto de un amigo/a y se enteró.	35,36	64,63	38,49	60,75
Peleaste con amigos/as.	85,17	14,82	76,98	23,01
Se murió un/a amigo/a.	15,96	84,03	17,35	82,26
Fuiste rechazado/a por una persona que te gusta.	36,12	63,87	32,45	67,54
No te dieron permiso para estar de novio/a.	15,20	84,79	9,43	90,18
Fuiste objeto de burlas pesadas.	29,27	70,72	32,45	67,16
Has tenido problemas o conflictos con tus compañeros/as.	55,13	44,86	62,26	37,73
Hiciste algo que afectó negativamente a un ser querido.	30,79	69,20	40,37	59,62
Presenciaste una fuerte discusión entre tus padres.	45,62	54,37	41,13	58,86
Algún miembro de tu familia sufrió un accidente.	38,02	61,97	46,79	53,20
Perdiste algo muy valioso.	47,90	52,09	44,90	55,09
Un miembro de tu familia tuvo una enfermedad muy grave.	49,80	50,19	45,66	54,33
Presenciaste un hecho violento en la calle o en la escuela.	40,30	59,69	52,83	47,16

la tabla 3, en el primer acontecimiento, *pelear con amigos/as*, fue indicado por el 85,17% de las adolescentes y el 76,98% de los jóvenes. En el segundo acontecimiento, *tener problemas o conflictos con sus compañeros/as*, esto fue expresado por el 55,13% de las mujeres y el 62,26% de los varones.

Los acontecimientos vitales estresantes también se analizaron teniendo en cuenta los grupos etarios. Como se observa en la tabla 4, existen coincidencias entre los distintos jóvenes, sin distinción de edad, sobre los sucesos relacionados con pelear con amigos/as y haber tenido problemas o conflictos con sus compañeros/as. En el primero de esos hechos, *pelear con amigos/as*, indicaron que les ocurrió el 82,85% de los jóvenes de 11 a 13 años, el 82,84% de los adolescentes de 14 a 16 años, y el 74,56% de los encuestados de 17 a 18 años. En el segundo acontecimiento, *haber tenido problemas o conflictos con sus compañeros/as*, se observó en el 56,57% de 11 a 13 años, el 62,34% de 14 a 16 años y el 54,38% de 17 a 18 años.

Asimismo, se observó que los distintos grupos de jóvenes señalaban otros acontecimientos como estresantes. El 52% de los adolescentes de 11 a 13 años indicaron que *un miembro de su familia tuvo una enfermedad muy grave*. Mientras que el 51,46% de los jóvenes de 14 a 16 años expresaron que *perdieron algo muy valioso*.

Tabla 4. Porcentajes de los acontecimientos vitales estresantes según la edad.

	11 a 13 años		14 a 16 años		17 a 18 años	
	Sí %	No %	Sí %	No %	Sí %	No %
Revelaste un secreto de un amigo/a y se enteró.	49,14	50,28	34,30	65,27	23,68	76,31
Peleaste con amigos/as.	82,85	17,14	82,84	17,15	74,56	25,43
Se murió un/a amigo/a.	8	92	27,61	71,96	7,01	92,98
Fuiste rechazado/a por una persona que te gusta.	31,42	40	35,56	64,43	35,96	64,03
No te dieron permiso para estar de novio/a.	15,42	84,57	11,71	87,86	8,77	91,22
Fuiste objeto de burlas pesadas.	30,28	69,71	32,21	67,36	28,94	71,05
Has tenido problemas o conflictos con tus compañeros/as.	56,57	43,42	62,34	37,65	54,38	45,61
Hiciste algo que afectó negativamente a un ser querido.	27,42	72,57	38,91	61,08	41,22	58,77
Presenciaste una fuerte discusión entre tus padres.	36,57	63,42	48,95	51,04	42,10	57,89
Algún miembro de tu familia sufrió un accidente.	48	52	43,09	56,90	37,71	62,28
Perdiste algo muy valioso.	45,14	54,85	51,46	48,53	37,71	62,28
Un miembro de tu familia tuvo una enfermedad muy grave.	52	48	46,02	53,97	44,73	55,26
Presenciaste un hecho violento en la calle o en la escuela.	41,14	58,85	48,95	51,04	50	50

DISCUSIONES

El estudio permitió describir cuáles son los ámbitos estresores y los sucesos de vida estresantes en adolescentes de dos instituciones educativas de gestión privada, de la Ciudad de Córdoba. En los tres ámbitos considerados para este estudio (escuela, hogar y amigos), existen situaciones que generan estrés a los adolescentes. Esto coincide con los planteos de otros investigadores (Encina Agurto & Ávila Muñoz, 2015; Maturana & Vargas, 2015), quienes afirman que gran parte de los estresores o situaciones que causan estrés ocurren en el espacio cotidiano en el que se desenvuelven los adolescentes.

En el ámbito escolar, y en la misma línea que Alarcón et al. (2015), se destacaron situaciones estresantes de carácter relacional. Sin diferencias de género, los adolescentes experimentan estrés en las interacciones con sus profesores y sus pares. Asimismo, en contraposición al estudio de Méndez, Guamán, Sigüenza & Espinoza (2018), en este trabajo sólo las jóvenes manifestaron estrés frente a otras situaciones académicas, tales como sentirse menos inteligente o tener miedo de no ser seleccionadas para los equipos.

En el ámbito del hogar, tanto mujeres como varones con edades hasta los 16 años coincidieron en señalar que experimentan estrés por las discusiones entre sus padres. Se resalta una vez más la importancia que tienen las situaciones familiares en general en la adolescencia y su influencia en la salud de los jóvenes (Barcelata Eguiarte et al., 2012). Por lo que se considera conveniente analizar con mayor profundidad el rol que asume la familia en el cuidado de la salud de los adolescentes.

Por su parte, en el ámbito de los amigos, también se observaron coincidencias entre adolescentes mujeres y varones y en los diferentes rangos etarios. Al señalar situaciones como las generadoras de estrés marcan en un porcentaje mayor: saber que un amigo me ha mentado y saber que un amigo me critica. En concordancia con los planteos de Verdugo Lucero et al. (2013), los jóvenes otorgan una importancia significativa a las relaciones con sus pares, lo cual incide en su afirmación personal, su sociabilidad y en el grado de satisfacción con la vida.

Por otra parte, puede decirse que los resultados encontrados en torno a los ámbitos estresores coinciden con Espina y Calvete (2017), dado que no se han encontrado diferencias en torno al género de los adolescentes sobre aquellos que son productores de estrés. Asimismo, distan de otros trabajos (Veytia López et al., 2012) donde sostienen que el ámbito escolar es el contexto donde los jóvenes experimentan más estrés.

En relación a los resultados vinculados a los sucesos de vida estresantes, se observó que todos los adolescentes, sin distinción por género o edad, mencionan dos eventos vitales como estresantes: pelear con amigos/as y tener problemas o conflictos con sus compañeros/as. Es necesario atender a estos datos, dada la importancia central del grupo de pares y las relaciones sociales en la adolescencia. Tal como lo mencionan Méndez et al., 2018, estos sucesos son considerados negativos

y cobran relevancia dada la necesidad de formar relaciones afectivas significativas y satisfactorias y la necesidad de ampliar las amistades de la niñez.

Asimismo, se observó que se mencionaron otros acontecimientos como estresantes: que un miembro de su familia tuvo una enfermedad muy grave, y perder algo muy valioso. Sobre el segundo suceso mencionado, los resultados coinciden con los encontrados por Méndez et al. (2018). Además, lo relacionan con el afán propio de la adolescencia en conseguir lo propuesto, para lo cual los jóvenes desarrollan habilidades, ejecutan valores aprendidos en la infancia y en general se esfuerzan sin considerar limitaciones.

En síntesis, puede decirse que estos hallazgos sobre los sucesos de vida estresantes coinciden con el estudio de Barcelata Eguiarte et al. (2012). Los datos indican que los sucesos familiares, los eventos personales y los sociales son las principales fuentes de estrés para los jóvenes. En cambio, otros estudios (Veytia López et al., 2012; Muñoz et al., 2014; Berra Ruiz et al., 2014) demuestran que, en esta etapa, los aspectos escolares son los acontecimientos estresantes que se presentan con mayor frecuencia.

Al considerar el género y su relación con los sucesos vitales estresantes, en concordancia con Villegas Pantoja et al. (2014), no se observaron diferencias. Es importante destacar estos hallazgos, ya que los resultados encontrados en otros estudios mencionan que los acontecimientos estresantes se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que en los varones (Veytia López et al., 2012).

Finalmente, el estudio coincide con la investigación realizada por Villegas Pantoja et al. (2014), al afirmar que los distintos sucesos vitales pueden ser percibidos e interpretados por el individuo de acuerdo al tipo de experiencia vivida. De esta manera, pueden ser apreciados por el adolescente como negativos teniendo en cuenta la consecuencia directa. Es decir, será negativo cuando posterior a su ocurrencia conlleve un perjuicio (por ejemplo, muerte de algún miembro de la familia), o será positivo cuando luego de que ocurra se obtenga algún beneficio (como el cambiar de institución educativa).

En concordancia con Barcelata Eguiarte et al. (2012), se reconoce que las limitaciones de este estudio no permiten que los resultados aquí expuestos puedan generalizarse. Pero se consideran valiosos con el fin de ser utilizados para llevar adelante programas tanto de prevención primaria como secundaria, dirigidos a jóvenes adolescentes en general.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, R., Blanca, M., Arnau, J. & Bono, R. (2015). Modelado jerárquico por pasos: Análisis multinivel del estrés cotidiano en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(2), 124-133.
- Barcelata Eguiarte, B.E. & Gómez Maqueo, E.L. (2012). Fuentes de estrés y su influencia en la adaptación psicológica en jóvenes con adversidad económica. *En-claves del pensamiento*, 12, 31-48.
- Berra Ruiz, E., Muñoz Maldonado, S.I., Vega Valero, C.Z., Silva Rodríguez, A. & Gómez Escobar, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37-57.
- Encina Agurto, Y.J. & Ávila Muñoz, M.V. (2015). Validación de una escala de estrés en escolares chilenos. *Revista de Psicología*, 33(2), 364-385.
- Espina, M. & Calvete, E. (2017). Estilos de afrontamiento y generación de estrés interpersonal en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 21-32.
- Maturana, A. & Vargas, A. (2015). El estrés escolar. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 26(1), 34-41.
- Méndez, G., Guamán, M., Sigüenza, W. & Espinoza, A. (2018). Estudio descriptivo de los sucesos de vida estresores en adolescentes. *INNOVA Research Journal*, 3(6), 40-52.
- Morales Salinas, B. & Moysén Chimal, A. (2015). Afrontamiento del estrés en adolescentes estudiantes de nivel medio superior. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 0(1), 9-20.
- Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C. & Gómez, G. (2015). Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 11-29.
- Musitu, G. & Callejas, J.E. (2017). El modelo de estrés familiar en la adolescencia: MEFAD. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD, Revista de Psicología*, 1, 11-20.
- Verdugo-Lucero, J.L., Ponce de León-Pagaza, B.G., Guardado-Llamas, R.E., Meda-Lara, R.M., Uribe-Alvarado, J.I. & Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 79-91.
- Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N.I., Andrade Palos, P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35, 37-43.
- Villegas Pantoja, M.A., Alonso Castillo, M.M., Alonso Castillo, B.A. & Guzmán Facundo, F.R. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y Enfermería*, XX(1), 35-46.

CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Ortega, Javiera; Vázquez, Natalia
CONICET - Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina

RESUMEN

El propósito de este estudio es presentar una aproximación sobre el constructo calidad de vida en el contexto de una enfermedad neuromuscular. Para esto se mencionan antecedentes de calidad de vida tanto en niños y adultos con estas patologías, como en sus cuidadores. Se revisa también los instrumentos de medida que son utilizados para evaluar la calidad de vida en personas con patologías crónicas, como son las enfermedades neuromusculares y los dominios que lo conforman. Por último, se plantea la necesidad del desarrollo de más investigaciones desde una perspectiva psicológica en las que se aborden no solo la dimensión física de la calidad de vida, sino las consecuencias a nivel psicosocial, así como las variables protectoras de la misma.

Palabras clave

Calidad de vida - Enfermedades neuromusculares - Niños - Cuidadores

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN NEUROMUSCULAR DISEASES. LITERATURE REVIEW

This study aims to review quality of life in neuromuscular diseases. With this aim, literature of quality of life both in children and adults with these pathologies, as in their caregivers is analyzed. Furthermore, a review of the measurement instruments that are used to evaluate the quality of life in people with neuromuscular diseases is presented. All in all, there is a need to develop more research from a psychological perspective that addresses, not only the physical dimension of quality of life, but also the psychosocial variables related to it.

Key words

Quality of life - Neuromuscular diseases - Children - Caregivers

INTRODUCCIÓN

Los avances de la medicina han permitido prolongar la vida de los niños con enfermedades graves, provocando un aumento de las llamadas enfermedades crónicas. El aumento epidemiológico de este tipo de patologías, como son las enfermedades neuromusculares, ha llevado a la sociedad a plantearse como es la calidad de vida de las personas que las padecen. La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

como la “percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive; y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Organización Mundial de la Salud, 2002). Se trata de un concepto multifactorial que incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales (Ferrel, 1996). 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. Por un lado, entendemos la calidad de vida infantil como la percepción de bienestar físico, social y psicológico del niño/adolescente dentro de un contexto cultural específico y de acuerdo a su desarrollo evolutivo; mientras que la calidad de vida relacionada con la salud sería 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 Quiceno & Vinaccia, 2013).

Enfermedades neuromusculares

El propósito del siguiente trabajo es realizar una revisión sobre el concepto de calidad de vida en un grupo particular de enfermedades crónicas como son las enfermedades neuromusculares. Las enfermedades neuromusculares comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la debilidad muscular progresiva debido a la degeneración muscular. Estas patologías además de ser crónicas, son progresivas y, en su mayoría, de etiología genética y de carácter hereditario. Pueden reunirse cerca de 150 diagnósticos de enfermedades neuromusculares diferentes, y si bien su prevalencia es desconocida para la mayoría de estos diagnósticos en Argentina, sabemos a partir de datos mundiales, que se trata de Enfermedades Poco Frecuentes -EPF- (Kleinstauber & Castiglio, 2003; Leske, Mozoni, Rentería, & Stadelmann, 2014).

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 (Equipo Neuro e-motion, 2015; Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014). Además del impacto psicológico inicial que acompaña la comunicación de estos diag-

nósticos, las enfermedades neuromusculares generan pérdida de autonomía funcional (Camacho, Esteban & Paradas, 2015). Esta pérdida lleva a la necesidad de la figura de un cuidador, en su mayoría de las veces un familiar, 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).

Calidad de vida en niños con enfermedades neuromusculares

Los antecedentes sobre los niveles de calidad de vida en niños con enfermedades neuromusculares parecen indicar que la calidad de vida de estos niños se ve deteriorada, sobre todo en las dimensiones física y psicológica (Bajardini et al., 2011; Bendixen, Senesac, Lott & Vandeborne, 2012; Grootenhuis, De Boone & Van der Kooij, 2007; 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 (Bajardini et al., 2011; Bendixen, Senesac, Lott & Vandeborne, 2012).

A pesar de tratarse de una enfermedad degenerativa, la calidad de vida, en las dimensiones psicosociales, de niños con enfermedades neuromusculares no parecería estar relacionada con la edad de la persona. Los adolescentes parecerían reportar mejores niveles de calidad de vida que los niños (Simon, Resende, Simon, Zanoteli & Reed, 2011; Bendixen, Senesac, Lott & Vandeborne, 2012; Uzark et al., 2012). De igual forma, se observan mejores niveles de adaptación psicológica en niños mayores que lo reportado por niños pequeños. No obstante, el fenómeno contrario se observa con las relaciones sociales, los niños menores reportan mejores niveles que los adolescentes (Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014).

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). En el desarrollo de la enfermedad parecería ser que al principio los niños no perciben sus alteraciones. Recién con la aparición de los primeros síntomas innegables se hace más evidente para ellos la dependencia de sus padres y la ruptura de los contactos sociales, principalmente escolares. Por último, con la pérdida de movimientos aparecen en los niños los miedos a la parálisis y la muerte (Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014). 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).

Calidad de vida en adultos con enfermedades neuromusculares

En cuanto a la calidad de vida de los adultos con enfermedades neuromusculares, existe evidencia a favor y en contra de la calidad de vida de los mismos. Distintos estudios han encontrado que los pacientes con estas patologías perciben una alta calidad de vida a pesar de su enfermedad, y la dependencia y problemas

con la planificación educativa, laboral y las relaciones afectivas que esta causa (Kohler et al., 2005; Rahbek et al., 2005). Los niveles elevados en la percepción de la calidad de vida parecerían estar relacionados con el apoyo social, el perfil psicológico de los adultos, las atribuciones que la persona hace sobre la enfermedad, las estrategias de afrontamiento y las aspiraciones espirituales (Chiò et al., 2004; Stromberg & Weiss, 2006; Walsh, Bremer, Felgoise & Simmons, 2003; Cardoso, Ramos, Vaz, Rodríguez & Fernández, 2012; Helgeson, 2003; Miró et al., 2009). Por otro lado, otros autores plantean que la calidad de vida de los adultos con enfermedades musculares es baja y se ve afectada por múltiples factores. Al igual que en los niños, el dolor físico y la fatiga parecen afectar de manera negativa la calidad de vida de los pacientes adultos con distrofias musculares (Graham, Rose, Grunfeld, Kyle & Weinman, 2011; Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014; Meola et al., 2003; Jensen, Hoffman, Stoelb, Abresch, Carter & McDonald, 2008). Otras de las variables relacionadas a la baja percepción de la propia calidad de vida en estos pacientes han sido las consecuencias negativas de la enfermedad en las áreas de ocupación y relaciones sociales y amorosas (Boström & Ahlström, 2005; Meola et al., 2003). Por otro lado, el nivel de discapacidad física y respiratoria que provoca la enfermedad no parecería relacionarse con la calidad de vida de estos adultos (Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014; Ganzini, Johnston & Hoffman, 1999). A pesar de esto, la discapacidad respiratoria y la necesidad de ventilación asistida si aumentan el sentimiento de dependencia y la percepción de la limitación física (Young, Marshall & Anderson, 1994; Padua et al., 2009).

Estudios en cuidadores

Un aspecto fundamental a tener en cuenta al estudiar las enfermedades neuromusculares es el impacto de las patologías en la familia y los cuidadores, ya que a partir del diagnóstico se van a despertar una serie de cambios en la familia. El impacto de la cronicidad de estas enfermedades se evidencia también la calidad de vida de sus cuidadores, la cual se ve afectada sobre todo en las dimensiones psicosociales (Ortiz, Herrera & González, 2013; Landfeldt et al., 2016; Kenneson & Bobo, 2010; Boyer et al., 2006). En ocasiones, estos padres reportan niveles de calidad de vida incluso más bajas que las reportadas para sus hijos (Kaub-Witteimer, von Steinbüchel, Wasner, Laier-Groeneveld & Borasio, 2003).

La percepción de una baja calidad de vida parecería estar relacionada principalmente con la sobrecarga experimentada por los padres de niños con enfermedades neuromusculares (Peay et al., 2016; Moura et al. 2015; Boyer et al., 2006; Landfeldt et al., 2016; Kaub-Witteimer, von Steinbüchel, Wasner, Laier-Groeneveld & Borasio, 2003). A pesar de la sobrecarga que indican, muchos padres suelen valorar el cuidado de sus hijos como gratificante (Pangalila et al., 2012). Otra de las variables, relacionada a la sobrecarga, que parecerían afectar la percepción

de la calidad de vida de los cuidadores es el nivel de funcionalidad que presentan los niños con enfermedades neuromusculares (Yılmaz, Yildirim, Öksüz, Atay & Turan, 2010). De igual forma, la presencia de síntomas neurocomportamentales en los niños parecería relacionarse con la sobrecarga de los cuidadores, así como provocar un impacto negativo en el estado psicosocial de los mismos (Chiò et al., 2010).

Asimismo, las madres de estos niños reportan altos niveles de estrés (Nereo, Fee & Hinton, 2003). El estrés en estos cuidadores parecería estar relacionado con bajos niveles de apoyo social, baja capacidad de resiliencia, bajos ingresos económicos, y las dificultades sociales de sus hijos (Kenneson & Bobo, 2010; Nereo, Fee & Hinton, 2003). Uno de los periodos que causa más estrés en los padres es la transición de los niños con enfermedades neuromusculares a la adultez, ya que el rol de cuidador debe adaptarse a las necesidades e independencia ganada de sus hijos (Yamaguchi & Suzuki, 2015). En los pacientes adultos, el rol de cuidador es adoptado en ocasiones por la pareja, quienes suelen reportar síntomas depresivos y altos niveles de sobrecarga (Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014; Gauthier, 2007).

Para hacerle frente al estrés y la sobrecarga, los cuidadores tienden a recurrir al apoyo social, la religión y la descarga de emociones (Thomas, Rajaram & Nalini, 2014). Por esta razón, son una población que podría verse beneficiada de intervenciones psicosociales dedicadas a la comprensión y actitud ante la enfermedad, así como el entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

Instrumentos para la medición de calidad de vida en enfermedades neuromusculares

Existen diferentes instrumentos que se utilizan para estudiar la calidad de vida e impacto en la familia en este tipo de patologías neuromusculares. Algunos de ellos son específicos para enfermedades neuromusculares, otros están orientados a las enfermedades crónicas en general o a población normal. El uso de tests genéricos tiene la ventaja de permitir la comparación con poblaciones con otras enfermedades crónicas y la comparación con la normal, mientras que el uso de tests específicos de enfermedades neuromusculares permite la evaluación de aspectos específicos de estas enfermedades como de su tratamiento (Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014).

Los tests más utilizados en población adulta con enfermedad neuromuscular y que han demostrado ser válidos son el Cuestionario de Salud SF 36, Sickness Impact Profile, el Cuestionario individualizado sobre la calidad de vida muscular, el Neuromuscular Symptom and Disability Functional Score y el Assessment of Problem-focused Coping. Para la evaluación en niños con enfermedades neuromusculares parecen destacarse: Autoquestionnaire Qualité de vie-Enfant-Imagé, Kidscreen, y Pediatric Quality of Life Inventory (Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014). Una escala muy recomendada para trabajar con pacientes adultos es el Cuestionario individualizado sobre la calidad de vida

neuromuscular INQoL, ya que incluye 3 grandes dominios (síntomas musculares, dominios de vida y terapia) y 11 subescalas que abarcan variables relacionadas a las consecuencias de la enfermedad como son la independencia, imagen corporal, efectos del tratamiento, entre otras. (Vincent, Carr, Walburn, Scott & Rose, 2007).

En el caso del estudio con niños, el instrumento Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) es utilizado para medir la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes sanos y con enfermedades crónicas y agudas. La escala general de calidad de vida abarca cuatro dimensiones: física, emocional, social y escolar. Además de esta escala general, cuenta con diferentes módulos que abarcan enfermedades concretas, como es el módulo de enfermedades neuromusculares, y un módulo que mide impacto familiar de la enfermedad. Otra de las ventajas de este instrumento es que puede ser contestado tanto por los padres como por el propio niño (Varni & Limbers, 2009; Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014)

El uso de instrumentos de calidad de vida en la población con enfermedades neuromusculares no solo en el ámbito de investigación sino en el ámbito clínico permite identificar los efectos que cierto tratamiento está teniendo sobre el paciente, facilita la aparición de problemas encubiertos por el paciente, y ayuda a planificar intervenciones psicosociales y terapéuticas adecuadas (Amayra Caro, López Paz & Lázaro Pérez, 2014).

CONCLUSIÓN

El propósito de este trabajo fue abordar la problemática de la calidad de vida en personas que tienen una enfermedad neuromuscular. Para ello se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos en revistas científicas indexadas.

Una de las primeras conclusiones que arroja este trabajo es que la mayor cantidad de publicaciones provienen de Europa y Estados Unidos, y están en idioma inglés. Esto se relaciona directamente con la escasez de estudios en la región.

Otra conclusión importante es que en la percepción de la calidad de vida de niños, adolescentes y adultos con enfermedades neuromusculares intervienen no solo factores físicos relacionados a la enfermedad, sino también factores psicológicos, espirituales y sociales.

Por ello, para poder desarrollar medidas que mejoren la calidad de vida de estas familias es necesario intervenir en los factores psicosociales, a través de programas psico-educativos.

Siendo que la información en nuestra región es muy escasa, se considera relevante y necesario investigar esta problemática. Se está iniciando una investigación doctoral que tiene por objetivo determinar la relación que existe entre el funcionamiento familiar, la adaptación psicológica y el apoyo social percibido por los padres, y la calidad de vida del niño con enfermedad neuromuscular. Esta investigación será desarrollada en el Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía, en el marco de una Beca Doctoral de CONICET.

BIBLIOGRAFÍA

- Achury, D., Castaño Riaño, H., Gómez Rubiano, L., & Guevara Rodríguez, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2011; 13(1).
- 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., Balestracci, S., Tarchino, F., Parodi, S., Canonica, G.W. & Braido, F. (2011). Quality of life in Duchenne muscular dystrophy: the subjective impact on children and parents. *Journal of child neurology*, 26(6), 707-713.
- Bendixen, R.M., Senesac, C., Lott, D.J., & Vandenborne, 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.
- Boström, K., & Ahlström, G. (2005). Quality of life in patients with muscular dystrophy and their next of kin. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(2), 103-109.
- 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 médecine physique: revue scientifique de la Société française de rééducation fonctionnelle de readaptation et de médecine physique* (Vol. 49, No. 1, pp. 16-22).
- Britto, M.T., Kotagal, U.R., Chenier, T., Tsevat, J., Atherton, H.D., & Wilcott, R.W. (2004). Differences between adolescents' and parents' reports of health-related quality of life in cystic fibrosis. *Pediatric pulmonology*, 37(2), 165-171.
- 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*.
- Cardoso, M.J., Ramos, M.I., Vaz, F.J., Rodríguez, L., & Fernández, N. (2012). Influencia del apoyo familiar en momentos de gran incertidumbre. *Prisma social*, (8).
- Chiò, A., Gauthier, A., Montuschi, A., Calvo, A., Di Vito, N., Ghiglione, P., & Mutani, R. (2004). A cross sectional study on determinants of quality of life in ALS. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(11), 1597-1601.
- Chiò, A., Vignola, A., Mastro, E., Giudici, A. D., Iazzolino, B., Calvo, A., Moglia, C. & Montuschi, A. (2010). Neurobehavioral symptoms in ALS are negatively related to caregivers' burden and quality of life. *European journal of neurology*, 17(10), 1298-1303.
- De Herrera, S.E.M.C. (2004). Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situaciones de enfermedad crónica. *Avances en enfermería*, 22(1), 39-46.
- 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* (Vol. 23, No. 6, pp. 153-159)
- Ganzini, L., Johnston, W.S., & Hoffman, W.F. (1999). Correlates of suffering in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology*, 52(7), 1434-1434.
- Gauthier, A., Vignola, A., Calvo, A., Cavallo, E., Moglia, C., Sellitti, L., Mutani, R. & Chiò, A. (2007). A longitudinal study on quality of life and depression in ALS patient-caregiver couples. *Neurology*, 68(12), 923-926.
- Graham, C.D., Rose, M.R., Grunfeld, E.A., Kyle, S.D., & Weinman, J. (2011). A systematic review of quality of life in adults with muscle disease. *Journal of Neurology*, 258(9), 1581-1592. doi:10.1007/s00415-011-6062-5
- Grootenhuys, M.A., De Boone, J., & Van der Kooij, A.J. (2007). Living with muscular dystrophy: health related quality of life consequences for children and adults. *Health and quality of life outcomes*, 5(1), 31.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research*, 12(1), 25-31.
- Kaub-Witteimer, D., von Steinbüchel, N., Wasner, M., Laier-Groeneveld, G., & Borasio, G.D. (2003). Quality of life and psychosocial issues in ventilated patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers. *Journal of pain and symptom management*, 26(4), 890-896.
- 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.
- Kleinsteuber, K., & Castiglio, C. (2003). Enfermedades neuromusculares en niños. *Unidad de neurología infantil*, 14(2).
- Kohler, M., Clarenbach, C.F., Bo'ni, L., Brack, T., Russi, E.W., & Bloch, K. E. (2005). Quality of life, physical disability, and respiratory impairment in Duchenne muscular dystrophy. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 172(8), 1032-1036.
- Landfeldt, E., Lindgren, P., Bell, C.F., Guglieri, M., Straub, V., Lochmüller, H., & Bushby, K. (2016). Quantifying the burden of caregiving in Duchenne muscular dystrophy. *Journal of neurology*, 263(5), 906-915.
- Leske, V., Mozzoni, J., Rentería, F., & Stadelmann (2014). Consenso de cuidados respiratorios en enfermedades neuromusculares en niños.
- Levi, R.B., & Drotar, D. (1999). Health-related quality of life in childhood cancer: Discrepancy in parent-child reports. *International Journal of Cancer*, 83(S12), 58-64.
- López, M., & Miró, J. (2013). Dolor en niños y adolescentes con enfermedades neuromusculares. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 20(3), 142-149.
- Meola, G., Sansone, V., Perani, D., Scarone, S., Cappa, S., Dragoni, C., Cattaneo, E., Cotellie, M. Gobboc, C., Fazioc, F., Sicilianof, G., Mancusof, M., Vitellig, E., Zhangh, S., Kraheh, R. & Moxleyj, R.T. (2003). Executive dysfunction and avoidant personality trait in myotonic dystrophy type 1 (DM-1) and in proximal myotonic myopathy (PROMM/DM-2). *Neuromuscular Disorders*, 13(10), 813-821.
- Miró, J., Raichle, K.A., Carter, G.T., O'brien, S.A., Abresch, R.T., McDonald, C.M., & Jensen, M.P. (2009). Impact of biopsychosocial factors on chronic pain in persons with myotonic and facioscapulohumeral muscular dystrophy. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 26(4), 308-319.

- 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.
- 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.
- Ortiz, L.B., Herrera, B.S., & González, G.M.C. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 39-47.
- Padua, L., Aprile, I., Frusciante, R., Iannaccone, E., Rossi, M., Renna, R., Messini, S., Frasca, G. & Ricci, E. (2009). Quality of life and pain in patients with facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Muscle & Nerve: Official Journal of the American Association of Electrodiagnostic Medicine*, 40(2), 200-205.
- 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.
- 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.
- Quiceno, 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.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Simon, V.A., Resende, M.B.D., Simon, M.A., Zanoteli, E., & Reed, U.C. (2011). Duchenne muscular dystrophy: quality of life among 95 patients evaluated using the Life Satisfaction Index for Adolescents. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 69(1), 19-22.
- 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.
- 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.
- Varni, J.W., & Limbers, C.A. (2009). The pediatric quality of life inventory: measuring pediatric health-related quality of life from the perspective of children and their parents. *Pediatric Clinics*, 56(4), 843-863.
- Vidal, A., Duffau, G., & Ubilla, C. (2007). Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 23(3), 160-166.
- Vincent, K.A., Carr, A.J., Walburn, J., Scott, D.L., & Rose, M.R. (2007). Construction and validation of a quality of life questionnaire for neuromuscular disease (INQoL). *Neurology*, 68(13), 1051-1057.
- Rahbek, J., Werge, B., Madsen, A., Marquardt, J., Steffensen, B.F., & Jeppesen, J. (2005). Adult life with Duchenne muscular dystrophy: observations among an emerging and unforeseen patient population. *Pediatric rehabilitation*, 8(1), 17-28.
- Stromberg, S.F., & Weiss, D.B. (2006). Depression and quality of life issues in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Current treatment options in neurology*, 8(5), 410-414.
- Walsh, S.M., Bremer, B.A., Felgoise, S.H., & Simmons, Z. (2003). Religiousness is related to quality of life in patients with ALS. *Neurology*, 60(9), 1527-1529.
- Yamaguchi, M., & Suzuki, M. (2015). Becoming a back-up carer: parenting sons with Duchenne muscular dystrophy transitioning into adulthood. *Neuromuscular disorders*, 25(1), 85-93.
- 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.
- Young, J.M., Marshall, C.L., & Anderson, E.J. (1994). Amyotrophic lateral sclerosis patients' perspectives on use of mechanical ventilation. *Health & social work*, 19(4), 253-260.

MANIFESTACIONES DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO. PENSANDO LOS MODOS DE TRANSITAR LAS ADOLESCENCIAS EN LA ACTUALIDAD

Ressia, Iris Del Valle; Sanchez, Maria De Los Angeles; Aldao Escobar, Camilo
Universidad Nacional de San Luis. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo general indagar indicadores de estados depresivos en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Luis. Consideramos al devenir adolescente como un proceso en el que existen diversos recorridos posibles, caracterizado por gran movilidad y desconcierto, propiciando la manifestación de comportamientos y emociones que pueden considerarse indicadores de estados depresivos. Todo aparato psíquico puede sufrir afectos de características depresivas sin que ello implique un cuadro psicopatológico depresivo. Los estudiantes cursaban el segundo ciclo de la escuela secundaria. Se construyó un cuestionario autoaplicable que indaga manifestaciones de estados depresivos a nivel anímico, cognitivo, motivacional, físico, vincular y factores asociados. Más de la mitad presentaron indicadores de irritabilidad y cansancio, expresiones características de estados depresivos. Consignaron tristeza y llanto en relación a situaciones de pérdida y cambio. La mitad reconoce que perdió el interés por actividades que antes disfrutaba; que le cuesta prestar atención y estudiar, aunque alcanzan los objetivos académicos. La tercera parte afirmó sentirse solo/sola pero cuentan con alguien para compartir su malestar. Se concluye que las manifestaciones de estados depresivos serían consecuentes al momento de cambio que están atravesando, vinculando los sentimientos disfóricos a pérdidas reales y experiencias de cambio propios de los procesos adolescentes.

Palabras clave

Estados depresivos - Indicadores - Adolescentes escolarizados

ABSTRACT

MANIFESTATIONS OF DEPRESSIVE STATES IN MIDDLE LEVEL STUDENTS. THINKING OF THE WAYS TO TRANSIT THE ADOLESCENTS TODAY

The main objective is to investigate indicators of depressive states in adolescents attending school in the city of San Luis. Adolescent is consider as a process in which there are several possible paths, characterized by great mobility and bewilderment, promoting the manifestation of behaviors and emotions that can be considered indicators of depressive states. Every psychic apparatus can suffer from depressive characteristics without implying a depressive disorder. The students were in

second level of high school. A self-applied questionnaire was constructed to investigate manifestations of depressive states at a psychic, cognitive, motivational, physical, bonding and associated factors level. More than half of the students presented indicators of irritability and fatigue, expressions characteristic of depressive states. Half of the students recognize that they have lost interest in activities that they once enjoyed, that it is hard for them to pay attention and study, even though they achieve academic goals. The third part of the sample said they felt alone but they have someone to share their discomfort. It is concluded that the manifestations would be consequent to the moment of change students are going through, linking dysphoric feelings to real losses and experiences of change typical of adolescent processes.

Key words

Depressive states - Indicators - Schooling adolescents

Introducción

Se presentan avances de una propuesta de investigación acerca de indicadores de estados depresivos en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Luis. Dicha propuesta surgió a partir de los resultados de investigaciones anteriores realizadas por este equipo y los informes de la Organización Mundial de la Salud respecto a depresión (OMS, 2016, 2017). En el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2014 acerca de la salud en los adolescentes, ya reconocía a la depresión como la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes y advertía que el suicidio era una de las tres principales causas de mortalidad entre los adolescentes a nivel mundial. En la Nota descriptiva del año 2017 se remarca que el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Esto motivó a que en el año 2017 la campaña anual se denominase: "Depresión: hablemos". Según este informe, más de la mitad de los afectados por este problema no recibe tratamiento, mencionando entre las razones la falta de recursos humanos capacitados en los centros sanitarios y la evaluación clínica errónea.

En investigaciones que realizamos en la ciudad de San Luis (Ressia et al, 2015) los profesionales integrantes de los equipos de salud de los hospitales públicos afirmaron que los motivos

de consulta más frecuentes por parte de los adolescentes son el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales (mayoritariamente alcohol y psicofármacos) y lo que denominan “crisis de ansiedad o angustia” e intentos de suicidio (mayoritariamente en mujeres). En otra investigación (Ressia et al, 2017) los profesionales médicos psiquiatras mencionaron como principal motivo de consulta en jóvenes y adultos de la ciudad de San Luis, en primer lugar la depresión, seguida de los trastornos de ansiedad, las crisis de angustia (ataques de pánico), adicciones a sustancias (drogas de diseño) y los trastornos psicósomáticos. Los resultados de estas investigaciones motivaron el interés por indagar la problemática de los estados depresivos en una muestra de adolescentes escolarizados entre 15 a 18 años.

Dado que los adolescentes transitan un proceso de construcción de identidad en un contexto específico, las contingencias del mismo afectan de distinta manera su autoestima. Como afirma Lerner (2008), algunos sucumbirán en este proceso pudiendo manifestar depresiones, enfermedades psicósomáticas, adicciones, entre otras; mientras la mayoría saldrá airoso, aunque los ensayos en esta búsqueda los coloque en situaciones apremiantes emocionalmente. En este sentido resulta importante considerar el contexto emocional y social en el que se produce el proceso de subjetivación del adolescente.

Marco conceptual

Actualmente se entiende que los comportamientos de los adolescentes como construcciones propias de la cultura en la que está inmerso, por ello se habla de “las adolescencias”. Se debe entender este periodo como un proceso de construcción y creación, donde existen múltiples y diversos recorridos posibles, contextualizados en un tiempo y espacio (Hornstein, 2017). En este transcurrir habrá periodos de mayor movilidad y desorden, alternados por momentos de estabilidad.

Sujoy (2017) considera que las características del discurso social actual interpelan las clasificaciones psicopatológicas. Las múltiples manifestaciones violentas, los comportamientos auto y heteroagresivos de los adolescentes no remiten fácilmente a la categoría de psicopatía; la anorexia, la bulimia, los consumos problemáticos y conductas de alto riesgo en general, plantean otros interrogantes al cuerpo como sede de expresión de conflictos.

Nasio (2014) considera que las diferentes problemáticas adolescentes contemporáneas podrían clasificarse conforme al grado de sufrimiento intrapsíquico que implica. Así, propone que el sufrimiento adolescente podría ordenarse en tres categorías o grados; a saber: el sufrimiento leve, el sufrimiento moderado y el sufrimiento grave. En relación al sufrimiento “moderado”, el autor incluye aquellas problemáticas o estados que no se resuelven tan solo con el paso del tiempo o el devenir evolutivo. Aquí menciona el caso de adolescentes deprimidos, con angustias más intensas o específicas. En esta etapa el sufrimiento es de característica inconsciente, por lo que puede sentirlo o no, y

si lo siente, no siempre puede verbalizarlo. Allí es donde aparecen las conductas de riesgo, entre las cuales el autor menciona: comportamientos depresivos y aislamientos, intentos de suicidio, fugas, consumo de sustancias psicoactivas, sobredosis, reviente alcohólico, vandalismo, violencia contra otros o contra sí mismo. En estos casos, se encubre muy a menudo una depresión particular que no se manifiesta por medio del aislamiento o la tristeza. Según Nasio, el sufrimiento propio de la adolescencia puede enquistarse en algún sentido tomando un cariz patológico, revelando una crisis de la que el sujeto no puede salir por sí mismo, requiriendo generalmente de intervención profesional.

El transcurrir tumultuoso, vertiginoso, hace propicia la manifestación de una serie de comportamientos y emociones que pueden considerarse indicadores de estados depresivos.

Según Hornstein (2006) no hay una sola manera de manifestar la depresión sino un amplio rango de humores y de expresiones afectivas. Es posible su presentación en todas las edades y en todas las estructuras de personalidad y como elemento común de su presentación se manifiesta decepciones vinculadas a la realidad y alteraciones en la autoestima. El autor menciona algunas manifestaciones frecuentes en el estado de ánimo y la afectividad (por ejemplo, tristeza, baja autoestima, pérdida de placer e interés, sentimientos de vacío, entre otras); en el pensamiento: concentración disminuida, indecisión, pesimismo, crisis de ideales, hasta pensamientos suicidas; y, manifestaciones somáticas: insomnio, hipersomnia, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual, dolores corporales y síntomas viscerales.

Según Casullo (1998) el término “depresión” se caracteriza por ser polisémico, dando lugar a diversas interpretaciones: como un sentimiento, un estado emocional transitorio, un estado de ánimo de determinada intensidad, una constelación psicodinámica (sistema integrado por ideas conscientes e inconscientes referidos a una pérdida), como síntoma (percepción subjetiva de malestar), como signo (indicador observable de comportamiento), como síndrome o cuadro psicopatológico.

Metodología.

Participantes: 249 estudiantes de 15 a 19 años, que cursan el segundo ciclo de escuela secundaria de establecimientos de gestión pública y privada de la ciudad de San Luis, que participaron voluntariamente, previo consentimiento informado de los adultos responsables.

Técnica de recolección de la Información: Se elaboró un cuestionario autoaplicable que consta de 33 ítems, 31 de respuesta cerrada y 2 con opción abierta de respuesta. Implica el autoreconocimiento de la presencia de manifestaciones de estados depresivos en el último mes. Se aplica en forma grupal aunque se responde individualmente.

Para elaborar los ítems se tuvo en cuenta los criterios diagnósticos mencionados por Casullo (1998) para indagar estados depresivos en adolescentes: presencia de estados afectivos dis-

fóricos, pérdida de interés en actividades educativas o recreativas; cambios en el apetito, insomnio o hipersomnio, cansancio, imposibilidad de concentración.

Para su análisis, los ítems fueron agrupados según las distintas manifestaciones: a) Indicadores anímicos: disforia, abatimiento, irritabilidad; b) Indicadores motivacionales: apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar; c) Indicadores cognitivos: valoración negativa de sí mismo y del entorno, de su futuro, disminución de la atención; d) Indicadores físicos: pérdida de sueño, fatiga, pérdida de apetito; e) Indicadores vinculares: deterioro de las relaciones con los demás, disminución del interés por las personas.

Además se incorporaron ítems que indagan factores asociados tales como: consumo de sustancias psicoactivas, situaciones de cambio y de pérdida, exposición a situaciones de riesgo, diagnóstico de enfermedad física propia y/o de una persona importante para su vida.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el SPSS versión 22. El análisis de la información que se presenta corresponde al grupo total, poniendo énfasis en aquellos ítems con mayor frecuencia de respuestas indicadoras de manifestaciones depresivas.

Resultados

La irritabilidad y el cansancio son expresiones características de un estado depresivo. Del total del grupo, el 60% reconoce enojarse fácilmente y la mayoría afirma sentirse cansado.

Casi la mitad de los estudiantes afirma sentirse triste y además, que lloran frecuentemente. Coincidentemente, estos estudiantes afirman que han perdido a alguien importante para ellos y que están atravesando situaciones de cambio. Los más mencionados fueron: las relaciones con amigos, novios, consigo mismo, en el grupo de convivencia; la personalidad, la forma de pensar y valorar las cosas y la pérdida de paciencia. Una línea de comprensión de estas manifestaciones se relacionaría con los procesos de duelo que atraviesan los adolescentes en relación a su posicionamiento infantil y enfrentarse a lo nuevo que implica acceder a la conformación de otra identidad. Caracteriza a los adolescentes la contradicción; así como en algunos momentos se muestran alegres, eufóricos, en otros momentos aparecen deprimidos o decepcionados; de apasionado, entusiasmado a desinteresado e indiferente; de sentirse omnipotentes y omniscientes a impotentes y poca cosa. En este sentido, al indagar acerca de la valoración de sí mismo y de su entorno, casi la mitad de los estudiantes expresaron que no se sienten conformes consigo mismos, que no son ni hacen nada importante para los demás. Recordemos que tanto los adolescentes como su familia se encuentran en un proceso de reorganización de sus lugares y funciones. En este proceso puede ocurrir que el mundo adulto los desatienda o no brinde las respuestas adecuadas a las demandas y necesidades generando en el joven un sentimiento de desvalorización o de no ser reconocido por el otro.

En relación a lo cognitivo, las tres cuartas partes de los estu-

diantes asegura que le va bien en los estudios, no obstante, la mitad reconoce que le cuesta prestar atención y más de la mitad, que le cuesta estudiar. Es decir que el grupo en general percibe alcanzar los objetivos académicos pero que esto implica un esfuerzo que probablemente incide en un estado de ánimo de características negativas. Al respecto, se observó que más de la mitad de los estudiantes afirmaron dormir menos de lo habitual. A pesar de la presencia de una serie de indicadores de afectos depresivos, muy pocos estudiantes mencionaron cambios a nivel físico tales como pérdida de sueño, pérdida de apetito, disminución de actividad, manifestaciones características de un estado depresivo.

La tercera parte de los estudiantes afirma sentirse solo/sola. No obstante ello, la mayoría sostiene que, frente a una situación problemática, se autopercibe capaz de compartir su malestar y no quedarse en una situación de aislamiento. Es decir que en el grupo no ha disminuido la interacción con las personas y además, las relaciones no han sufrido cambios o deterioro.

En relación a los factores asociados a manifestaciones de estados depresivos, el 22% de los estudiantes reconocieron exponerse a situaciones que los pueden dañar, entre las que mencionaron involucrarse en relaciones afectivas percibidas como perjudiciales, el consumo de sustancias psicoactivas ilegales y de alcohol en exceso, violencia ligada al alcohol y, muy pocas estudiantes expresaron autolesionarse.

Resultó llamativo el reconocimiento del 75% de los estudiantes que consumen alcohol y el 22% reconocen el consumo de drogas ilegales. A su vez, el 12% afirmó que estos consumos les traen problemas. Pudiéramos pensar que en este grupo de adolescentes se presenta una de las características contemporáneas ligadas al consumo problemático de sustancias, masivo y a corta edad, ligadas a situaciones de ocio y al tiempo libre. A pesar de ser uno de los hábitos sociales más difundidos, y que probablemente en algunos de ellos el consumo sea recreativo, una parte de ellos reconoce que les acarrea problemas. Estas prácticas dejan de ser conductas exploratorias propias del transcurrir adolescente, transformándose en una actuación comprometiendo su capacidad de pensamiento.

En relación a las autolesiones, podríamos pensar que algo se volvió traumático para estas adolescentes y que se intenta tramitar mediante el corte en la piel (la búsqueda de la identidad sexual, el desasimiento de la autoridad, la confrontación generacional, la alteridad, los duelos) (Caffese, 2017).

Otro aspecto que consideramos interesante señalar es que el 28% ha consultado con un profesional psicólogo/a, lo que nos lleva a pensar que, en estos casos, se ha necesitado de una intervención terapéutica que acompañe en etapa de tránsito, de nuevas experiencias en búsqueda del logro de la identidad.

Conclusiones

Si bien los estudiantes presentan algunas manifestaciones de estados depresivos, como por ejemplo, sentimientos de tristeza, irritabilidad y abatimiento, podemos considerar que los mismos son esperables y consecuentes al momento de cambio que están atravesando: cambio de nivel educativo, tránsito de un lugar de dependencia a una posición de mayor de autonomía y el embarcarse en un proyecto como parte del proceso de conformación de la identidad adulta. Estos cambios son frecuentemente acompañados por sentimientos de nostalgia y melancolía que despierta la noción de disrupción de la continuidad de sí mismo, como vivencia interior del joven.

Es importante tener en cuenta que un grupo reducido se encontraría en situación de vulnerabilidad, en tanto reconocen involucrarse en ciertos comportamientos como perjudiciales para sí mismos. Esto refleja como transitan los adolescentes este proceso en la cultura actual, con vertiginosas transformaciones de valores, ideales, nuevos códigos, que a su vez impacta en el contexto familiar. Entendemos estos comportamientos como modos de tramitación psíquica de los sufrimientos propios de la adolescencia, transitorios, sin que impliquen un sentido patológico. No obstante, es importante realizar estudios para investigar cómo se manifiestan estos procesos en los adolescentes, para planificar estrategias de prevención e intervención temprana para la resolución de afectos y comportamientos que pueden volverse problemáticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Caffesse, V. (2017). Autolesiones en Adolescentes. Nuevos aportes. En Morici, S. y Donzino, G. (comps.) (2017). *Problemáticas adolescentes. Intervenciones en la clínica actual*. Buenos Aires: Noveduc, 353-370
- Hornstein, L. (2006). *Las depresiones. Afectos y humores del vivir*, Buenos Aires: Paidós.
- Hornstein, L. (2017). Prefacio. En Morici, S. y Donzino, G. (comps.) (2017). *Problemáticas adolescentes. Intervenciones en la clínica actual*. Buenos Aires: Noveduc, 13-16
- Lerner, H. (2008). Adolescencia, Trauma, Identidad. En Rother Hornstein, M. (comp) (2008). *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. (2014). *Cómo actuar con un adolescente difícil. Consejos a padres y profesionales*. Bs. As.: Paidós.
- OMS, Nota descriptiva, Febrero de 2017. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>
- Ressia, I., Sanchez, M. (2015). "Concepciones de salud mental en profesionales de centros de atención pública de la ciudad de San Luis". En: Martínez-Núñez, V.A, Godoy Ponce, M.A. Piñeda, M.B (comp) (2015) *Avances y Desafíos para la Psicología*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria, 17-27.
- Ressia, I., Sanchez, M., Hauser, M. (2017). Aproximación a la perspectiva de los psiquiatras y psicólogos respecto de los criterios diagnósticos en salud mental. En *Memorias del IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIV Jornadas de Investigación. XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. (pp. 106-108). Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Sujoy, O. (2017). Catástrofes vinculares. Impulsiones en las adolescencias. En Morici, S. y Donzino, G. (comps.) (2017). *Problemáticas adolescentes. Intervenciones en la clínica actual*. Buenos Aires: Noveduc, 107-122

COMO ES ADENTRO ES AFUERA: MUJERES Y ENCIERROS

Sereno, Nora Natalia

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

Se presenta el avance de una investigación homóloga realizada con el título del trabajo, radicada en el Observatorio DESC de UNTREF. El trabajo se centró en la relación entre las prácticas psicológicas profesionales, los contextos de encierro carcelarios y las decisiones e intervenciones del poder judicial. Considerando que las “buenas prácticas” de profesionales de la salud son, desde una perspectiva de derechos, garantía de protección de los mismos y, las falencias en ellas, por consiguiente, representan vulneraciones a los derechos a la salud y a la salud mental en particular, cabe reflexionar sobre el estatuto de estas situaciones. Para ello se organizó una mesa de trabajo interinstitucional, donde participaron diferentes equipos, todos ellos ligados a prácticas psicológicas profesionales, y al ámbito jurídico.

Palabras clave

Salud - Derechos - Cárceles - Mujeres - Violencias

ABSTRACT

WOMEN AND PRISONS

It presents the progress of a homologous research carried out with the title of the work, based in the UNCREF DESC Observatory. The work focused on the relationship between professional psychological practices, the contexts of prison confinement and the decisions and interventions of the judiciary.

Key words

Health - Rights - Prisons - Women - Violence

Mujeres y encierros

De la casa a la cárcel

La cárcel, desde sus lógicas y sus prácticas, despliega mecanismos de opresión. particularmente, en el caso de las cárceles de mujeres, esos mecanismos devenidos en violencia, no son ajenos a las inscripciones y reproducciones sociales patriarcales estructurales, a los contextos de encierro en los que las mujeres llegan a ella.

Si bien, la igualdad de género está en el centro mismo de los derechos humanos y los valores de las Naciones Unidas; si bien en la Carta de las Naciones Unidas (aprobada en 1945), se erige el principio fundamental de igualdad, promoviendo “derechos iguales para hombres y mujeres” y la protección y el fomento de los derechos humanos de las mujeres como responsabilidad

de todos los Estados; si bien en nuestro país, incluso existe un cuerpo normativo que va desde la Constitución Nacional, con los tratados internacionales incorporados en el art. 75 inc. 22, y además a nivel nacional contamos con leyes antidiscriminatorias como la 26.485, cabe cuestionarse esa igualdad jurídica, en un orden social y cultural en el que las diferencias estructurales entre mujeres y hombres instalaron y sostienen aún inequidades estructurales que dificultan el ingreso de la ley.

En este contexto, el Estado, como garante responsable de derechos humanos, omite esta inequidad estructural, en esa omisión legítima un orden opresor hacia las mujeres, desde las prácticas cotidianas, desde las responsabilidades personales de aquellos que ejercen los poderes del estado como mandatarios, incluso evitando recurrir a una discriminación positiva en pos de una equidad, que posibilite el acceso a derechos, a aquellos sectores más vulnerados

Desde ésta perspectiva (que excede el marco lógico de una mera perspectiva), colocando la mirada sobre las cárceles de mujeres, se observan reproducciones institucionales de una lógica que precede a esta instancia.

El encierro, por sus mecanismos y sus prácticas cotidianas, mantiene lógicas propias que responden, no a un cuerpo legal regulado sino a otro orden que es político, económico, social y cultural.

Siguiendo con esta observación, otras instituciones como la familia, (incluyendo a la pareja basada en los ideales del amor romántico), los ámbitos escolares y laborales, son lugares en los que se reproduce una misma lógica de base y preconditionan la autodeterminación de las mujeres. Incluso cuando en esos ámbitos se recrudecen las situaciones de violencia recurren al encierro explícito: es allí donde se ejecuta el dominio simbólico más invisible: el encierro a puertas abiertas.

La sujeción simbólica se inscribe profundamente en la autopercepción de las mujeres limitando su capacidad de autodeterminación. Es importante destacar que la rebeldía en el cumplimiento de los mandatos patriarcales (buena madre, buena esposa, buena hija), tiene como consecuencia la condena social, a través de encierros y marginaciones, poniéndose en juego el mecanismo simbólico de destrucción subjetiva.

Desde esta premisa, el debilitamiento o destrucción subjetiva a través de la regulación de las sujeciones a través de la manipulación de la afectividad, del empobrecimiento económico y simbólico, de las políticas reproductivas, el control sobre la materni-

dad, el terrorismo sexual, los encarcelamientos, los femicidios y los feminicidios, el encierro es un lugar común para las mujeres y excede los marcos regulatorios a través de cuerpos legales.

La violencia contra las mujeres es un mecanismo que responde a un orden imperante hegemónico. El encierro es un dispositivo disciplinador con que se ejecuta el sostenimiento y la reproducción de la violencia. Su lógica no es la ley, sino su ausencia. El ejercicio del poder está a cargo de personas concretas que forman parte de un sistema de valores, de un orden. La autodeterminación, el desarrollo de liderazgos de mujeres, es clave en un proceso emancipatorio y la base material es la independencia económica. Deconstruir el orden dado y reconstruir un nuevo orden que incluya la formación de liderazgos femeninos, sin descuidar el contexto de responsabilidades estatales en salvaguarda del acceso a los derechos para todas las personas por igual, quizás pueda ser una de las claves para salvar esas desigualdades en el camino hacia una sociedad más justa.

Cárceles

Desde el punto de vista del sistema penal, la cárcel es una institución a través de la cual, el Estado debería cumplir su rol de controlar, aislar y resocializar a personas que se han desviado de la norma social.

En este sentido, institucionalmente, la cárcel, incluye actores sociales que desempeñan tareas en torno a las funciones que la organizan en la cotidianeidad y que desarrollan prácticas, constituyendo una realidad objetiva en sí. Las prácticas que realizan los actores constituyen una producción concreta que supone una historicidad y una objetividad, en tanto proceso histórico social determinado.

Dentro de la cárcel se despliegan todas las dimensiones de la vida, y, por lo tanto, puede considerársela como un producto de la práctica social y de la interrelación de los actores involucrados. Si bien la cárcel como institución y como dispositivo, tienen características delimitadas por las prácticas que la constituyen, en el caso de las mujeres, ocurren ciertas especificidades relacionadas con la problemática de género

Raúl Zaffaroni (1992) sostiene que, debido a la construcción social de género que a lo largo de la historia se fueron definiendo, en función del rol asignado a lo femenino (asociado principalmente a las tareas domésticas y a la maternidad), delitos y sanciones para las mujeres, focalizados. Principalmente, se circunscribieron en el orden moral y en la salud mental, más que en otros aspectos.

Por lo tanto, las conductas históricamente juzgadas en las mujeres, se relacionaban con el ámbito de lo privado, regido por lo religioso.

Los encierros de mujeres tenían que ver con lo que se denominaba “enfermedad” y pocas veces se recurría a la internación o al encierro por fuera del sistema que ya las contenía encerradas. Si tomamos en cuenta que muchas mujeres eran confinadas en sus propios hogares, ya podemos observar que la solución a la

transgresión femenina siempre rondó alrededor del aislamiento y el “encierro” en el ámbito privado.

Azaola (2005) manifiesta con respecto a la concepción del delito femenino que, este no varía demasiado hasta fines del siglo XIX. En este sentido, desde la Edad Media e incluso, con el advenimiento de la modernidad, las normas sociales para con las mujeres tenían que ver con reproducir conductas relativas a lo que se llamaba “honradez”, “buena fama”, contrapuesta a la “mujer de mala vida” siempre relativas a estrictas normas ligadas a la conducta sexual de las mujeres y, específicamente, ligadas fuertemente a la división sexual del trabajo, con el advenimiento del capitalismo.

Esta idiosincrasia, se mantiene incluso hoy en día en lo relativo los roles de género.

Prostitutas, vagabundas, huérfanas, mujeres que realizaban abortos, eran las desterradas de un sistema social en el que no encajaban y se las colocaba en encierros religiosos o en algunos casos, en encierros ligados a la locura, si no se las podía controlar mediante el encierro que el propio sistema familiar suponía para ellas.

Durante los siglos XVI y XVII, se crearon Casas de Arrepentidas que estaban a bajo ordenamiento religioso. En estas casas se internaba a lo que se llamaba “mujeres impuras”. Los delitos considerados graves podían ser castigados con castigos físicos y hasta con la muerte (Cervelló Donderis, 2006).

Recién en el siglo XVII, comienzan a crearse en Europa las primeras instituciones correccionales similares a lo que hoy conocemos como prisión. Nuevamente allí se alojaba a mujeres que ejercían la prostitución o que no tenían dónde vivir y el objetivo era encuadrarlas en las prácticas de una vida moral a través de la promoción del trabajo.

En el siglo XIX, Lombroso sostiene que las mujeres al igual que los niños tienen un sentido moral deficiente, son resentidas y tienden a ejecutar venganzas crueles, además de dictaminar el escaso desarrollo en su inteligencia. También dice que la maternidad, la falta de pasión y la frialdad sexual son elementos que atenúan los defectos femeninos.

Dice Azaola (2005) con respecto a las ideas de Lombroso, que este consideraba que, en ausencia de la maternidad, las mujeres se vuelven pasionales, intensamente eróticas y hábiles para la maldad, por lo tanto, potenciales criminales.

Estas ideas positivistas, con pretensión de verdad, fueron inoculadas desde y en el seno de la ideología patriarcal, reduciendo a las mujeres a madres/reproductoras en lo que el advenimiento del capitalismo ordena como división sexual del trabajo. La mujer, en su rol subalterno, queda confinada a un destino de maternidad, de cuidadora, de recurso doméstico, y toda subversión a este régimen ha sido explícita e implícitamente castigada, incluso hasta nuestros días, si tenemos en cuenta la dinámica propia de los femicidios.

Del fuego a otras formas de control social

Si tomamos en cuenta “la caza de brujas” en Europa Central, en el inicio de la Edad Moderna, la escritora y activista feminista Silvia Federici, sostiene que la “caza de brujas” está relacionada con la nueva división sexual del trabajo que confinó a las mujeres al trabajo reproductivo y que esto ocurre en los inicios del capitalismo, en el que era necesario aumentar el mercado de trabajo. Se trataba de aumentar a cualquier precio la producción de mano de obra. Para la autora, coinciden tres procesos: la caza de brujas, el inicio del comercio de esclavos y la colonización del Nuevo Mundo.

Otros autores, refieren con respecto de la persecución de la brujería, que se solía perseguir a mujeres que proveían hierbas abortivas y anticonceptivas, y que la denominación “brujas”, fue la excusa religiosa para exterminar con miles de mujeres en pos de las necesidades de un nuevo orden político, económico y social. Esta política pública de época, trascendió el tiempo y dejó sus huellas en el imaginario popular. En la actualidad, muchos femicidios, cuyo móvil sigue siendo lo que el sistema patriarcal considera transgresión femenina, sigue reproduciendo este “castigo” hacia las mujeres que van más allá de la norma implícita. En la Argentina, En el año 2011, Eduardo Vázquez, baterista del grupo Callejeros, prendió fuego a Wanda Tadei. Luego de días de internación, Wanda falleció bajo los sufrimientos extremos que produce la incineración en vida.

A partir de allí se intensificaron las denuncias por amenazas de hombres hacia mujeres en relación a “prenderlas fuego”, a modo de articular inhibiciones de conductas y recolocar a mujeres a una situación de sumisión y control social. Esta imagen, así historizada, produce el terror previo de quién se ve envuelta en llamas, paralizada, y de esa producción, deriva su efectividad. Por lo tanto, la práctica del control social a partir de los distintos dispositivos articulados por el poder, encarnado en la evolución de los Estados Modernos, se reproduce en prácticas de la vida privada, amparada como tal por las Constituciones de los mismos estados.

El art. 19 de nuestra Carta Magna erige que, “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados”. Si bien en la construcción de los Estados modernos se jubila a Dios de la responsabilidad sobre el orden social, quedan estos notorios resabios.

Si tenemos en cuenta, con respecto a la situación de violencias cometidas contra las mujeres, que suelen operar en el ámbito privado, que las amenazas o la desesperación o los lazos afectivos desarrollados, impiden que estas denuncien; que si bien a veces se pasa la barrera y se logra denunciar con poca efectividad, ya que los dispositivos y procedimientos no suelen ser demasiado efectivos para regular situaciones de violencia de género; que las prácticas de los actores sociales encargados de la recepción de denuncias son en muchos casos, revictimizan-

tes; es posible pensar que la mayoría de los actos de violencia contra las mujeres quedan confinados al encierro de lo doméstico, lugar a puertas cerradas donde es posible que el orden y la moral pública, no se enteren si son ofendidos y que el perjuicio a terceras no sea explicitado. Por lo tanto, los magistrados quedan exentos de responsabilidades, y solo queda la reserva de la justicia de un Dios.

A lo largo de este trabajo vamos a ver cómo ésta lógica se reproduce en la cárcel como otro dispositivo de disciplinamiento patriarcal sobre las mujeres.

Parirás con dolor

La maternidad entre rejas, constituye uno de los indicadores principales que muestra con claridad, como la temática de género ha sido invisibilizada como problemática que también atraviesa el dispositivo carcelario y constituye a la vez una problemática ligada a la salud pública.

A nivel nacional, la ley 26.485, de Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en marzo 11 de 2009, enuncia en su art. 6, de modo no taxativo, las modalidades en las que se manifiestan las formas de violencia contra la mujer. Particularmente encontramos derechos referidos a la violencia institucional y a la violencia obstétrica:

1. b) *Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;*
2. e) *Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.*

Si bien la pena de privación de libertad prevé la restricción del derecho a la libertad, no quedan suspendidos el resto de los derechos que constituyen a una persona como sujeta/o de derecho. En tanto a este presupuesto, la ley 26.485, enmarca derechos exigibles por las internas de la institución carcelaria. Así también las regulaciones de la **Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia contra la Mujer “CONVENCIÓN DE BELEM DO PARA”**, y la Convención **sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**, ambas de rango constitucional de acuerdo con el art. 75 inc. 22 de la CN, luego de la Reforma de 1994.

Por otro lado contamos con el **Protocolo de actuación** para el caso de reclusas que tiene como referente a **Reglas de las Na-**

ciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok), que surge de la voluntad de los Estados parte para que, entre otras cosas, se tomaran medidas positivas para hacer frente a las causas estructurales de la violencia contra la mujer y fortalecer la tarea de prevención y en la formulación de políticas contra la violencia contra las mujeres recluidas en instituciones o detenidas.

Luego también contamos con protocolos que dependen de cada unidad carcelaria, sobre todo los referidos a cuidados y controles médicos.

Más allá de las leyes, la situación de los embarazos y los partos de las internas suelen incurrir en varias violaciones a los derechos enmarcados en el cuerpo legal descripto.

Como dice la profesora española Ana Gabriela Braga “El problema del ejercicio de los derechos relacionados con la maternidad en el sistema penitenciario no es, la mayoría de las veces, la falta de leyes, sino que es cuestión de cumplir con las existentes”. En la situación real, las mujeres no cuentan con la seguridad o la higiene adecuada para llevar embarazos de acuerdo a los derechos que las asisten, los controles médicos, dependen del funcionamiento de las cárceles, la alimentación corre la misma suerte.

A través de un estudio realizado por la fundación Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz llamado “Nacido en prisiones: embarazo y el parto tras las rejas de Brasil”, se describió por primera vez el perfil de la población femenina que viven con sus hijos en las cárceles en Rio de Janeiro, Brasil. Violaciones durante su hospitalización, el uso de esposas mientras están en labor de parto y sufrir atención prenatal inadecuada, estos son algunos de los tormentos que deben soportar las mujeres que viven un embarazo en las cárceles de Brasil.

La investigación reveló que más de un tercio de las mujeres presas embarazadas reportaron el uso de grilletes durante su hospitalización al momento del parto, el 83 por ciento dijo tener más de un hijo viviendo con ella en la cárcel, el 55 por ciento aseguró no tener la atención prenatal adecuada, mientras que el 33 por ciento no tuvo exámenes clínicos y el 4.6 por ciento indicó que sus hijos nacieron con sífilis congénita.

En Brasil, la ley permite el uso de esposas durante la labor de parto.

En nuestro país, la situación no es muy diferente. En el prólogo al informe de la Procuración Penitenciaria de la Nación, “Parí como una condenada”, la Dra. Diana Maffía, manifiesta:

“El Informe que aquí se ofrece es en muchos sentidos excepcional. Lo es por el tema que aborda. La violencia obstétrica es de los modos más extendidos y menos visibles de la violencia, dado que la medicalización e institucionalización del embarazo y el parto ha enajenado a las mujeres de la centralidad de la experiencia para convertirlas en “pacientes” obedientes a mandatos por lo general decididos sin su participación ni autorización, en nombre de un supuesto beneficio para ellas y sus criaturas (be-

neficio de cuya definición integral también han sido privadas). Excepcional por el contexto de análisis: la situación de mujeres privadas de libertad durante algunas o todas esas etapas de la experiencia gestante, lo cual suma a la específica violencia obstétrica muchas otras formas de violencia, humillación y maltrato por parte de un sistema carcelario que la aísla de recursos, afectos y apoyos sin sustituir este aislamiento con cuidado estatal responsable. En tercer lugar, es excepcional por el marco de abordaje garantista en términos de derechos humanos y perspectiva de género; dos aspectos que deberían estar presentes en toda política pública y en toda medición de su aplicación y cumplimiento, pero por ignorancia, desdén o cinismo sólo en escasas instituciones se cumple”.

Este informe destaca que la normativa y las políticas públicas acerca de la protección de derechos y garantía, tanto de índole nacional como internacional, aplican a las mujeres en general; entre ellas, las que transitan el encierro carcelario, y que, dada esta condición particular requiere una serie de medidas especiales, en atención a las dificultades que a las mujeres presas se les presentan para acceder a sus derechos. A través de los informes, de los testimonios sobre mujeres en situación de cárcel, sabemos que el medio es hostil a las necesidades de las mujeres, hostilidad que se manifiesta en la existencia de estructuras inadecuadas; en la falta de tratamientos penitenciarios específicos; en la implementación de ofertas de educación, trabajo y salud sin perspectiva de género; en la desatención de los historiales de violencia y victimización que presentan esas mujeres, entre otros. El entramado de vectores de vulnerabilidad que afectan a las mujeres en prisión ha generado una tendencia a diseñar remedios jurídicos que atiendan a sus requerimientos. Otro de los puntos que destaca el informe es la situación acerca de la prohibición absoluta de tortura, al igual que la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes, es una norma *ius cogens*, por ende, absoluta e inderogable en toda y cualquier circunstancia. Esta prohibición se encuentra específicamente contemplada en la Convención de Naciones Unidas contra la Tortura Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y en la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, ambas con jerarquía constitucional (artículo 75 inciso 22 CN). Estas normas son complementarias a lo previsto en otros instrumentos de derechos humanos de carácter general, que consagran el derecho a la vida, la integridad física, la dignidad del hombre al derecho integridad física, psíquica, dignidad humana, igualdad y no discriminación.

Este informe destaca que:

“[L]os proveedores de servicios sanitarios tienden a ejercer una autoridad considerable sobre sus pacientes, lo que sitúa a las mujeres en una posición de indefensión, mientras que la falta de marcos jurídicos y normativos que permitan a las mujeres ejercer su derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva las hace más vulnerables a la tortura y los malos tratos”.

Con respecto a las prácticas carcelarias relatadas por mujeres

que tuvieron que parir en situación de cárcel, se destaca en el informe que:

“el uso de grilletes y esposas en mujeres embarazadas durante el parto e inmediatamente después de él está absolutamente prohibido e ilustra la incapacidad del sistema penitenciario para adaptar los protocolos a las situaciones que afectan exclusivamente a las mujeres. Cuando se utiliza como castigo o medida de coacción, por cualquier razón basada en la discriminación o para causar un dolor intenso, que pueda incluso suponer una amenaza grave para la salud, ese trato puede ser constitutivo de tortura o malos tratos”.

Destacando el discurso del Relator Especial refirió: “este tipo de vejaciones suelen estar motivadas por ciertos estereotipos sobre el papel procreador de la mujer e infligen un sufrimiento físico y psicológico que puede constituir malos tratos”. Asimismo, indicó que “[I] a mayoría de las políticas y servicios sanitarios de las prisiones no han sido diseñados para satisfacer las necesidades de salud específicas de las mujeres” y agrega a ello que “tampoco tienen en cuenta la elevada incidencia de exposición a diferentes formas de violencia en el marco de las políticas estatales de salud sexual y reproductiva”. En esa dirección el Relator mencionó que, en lo que a este estudio interesa, la falta de atención especializada como el acceso a médicos ginecólogos y obstetras, el trato deficiente ofrecido por el personal sanitario en las prisiones, así como la desatención médica y la denegación de medicamentos son prácticas que generan especial preocupación.

Por lo tanto, el informe visibiliza que “la falta de una atención sanitaria orientada específicamente a la mujer en los centros de detención puede constituir malos tratos o, cuando se impone de manera intencionada o con una finalidad prohibida, tortura. El hecho de que un Estado no garantice una higiene y un saneamiento adecuados ni facilite las instalaciones y los materiales apropiados puede también equivaler a malos tratos o incluso tortura. Es fundamental impartir la formación adecuada y capacitar a los funcionarios de prisiones y al personal sanitario para que aprendan a identificar y abordar las necesidades de salud e higiene específicas de la mujer”.

Caso publicado en el informe “Parir como una condenada”

Caso A.T. – Unidad N° 31 de Ezeiza A.T. fue alojada en la Unidad N° 31 de Ezeiza cuando estaba embarazada de tres meses. Por sus antecedentes obstétricos (muerte fetal previa en el octavo mes de gestación), su actual embarazo era de alto riesgo, con posibilidades de sufrir parto pretérmino. Sin embargo, esto no fue debidamente consignado en su historia clínica y por ende no fue tratada con los cuidados especiales que requería. El 29 de agosto de 2015, tras sentir fuertes contracciones durante varias horas, A.T. fue derivada al Hospital Eurnekian. Allí, el médico no comprobó contracciones durante diez minutos, pero dictó pau-

tas de alarma. A.T. fue reingresa en la Unidad donde, en lugar de monitorearla en el centro médico, la enviaron a su celda. Con posterioridad, volvió a requerir atención sanitaria, ya que los dolores persistían y eran similares a los que había tenido antes de dar a luz en el embarazo anterior. Le comunicaron que no podían llevarla aduciendo que ya había estado en el hospital. En la madrugada del 30 de agosto, cuando ya gritaba de dolor, trasladaron a A.T. al centro médico, en donde le inyectaron un analgésico. En dicha oportunidad, la médica del SPF dejó constancia en la historia clínica sobre la necesidad de adoptar “pautas de alarma”. Pese a ello, le ordenaron que regresar a su celda, sin monitoreo alguno sobre la evolución de las contracciones y del embarazo en general: la llevaron en silla de ruedas, pues no podía caminar por el dolor. Al llegar allí, A.T. volvió a pedir atención médica pero los agentes penitenciarios se lo negaron, invocando que acababa de ser atendida. A los pocos minutos, y con ayuda de dos compañeras de pabellón, A.T. comenzó a dar a luz en el piso de su celda. Todas las detenidas gritaban pidiendo ayuda por lo que la celadora llamó a la médica de guardia (pediatra) quien colaboró con la finalización del parto. Entre la celadora y la médica de guardia involucraron al bebé nacido prematuramente con una sábana, ataron el cordón umbilical y la trasladaron en una ambulancia con su hijo hacia el Hospital Eurnekian. El hijo de A.T. nació con múltiples problemas de salud y un mes más tarde falleció. Tres semanas antes, la mujer había sido excarcelada. A.T. denunció lo sucedido, dándose inicio a un proceso penal, que aún se encuentra en trámite.

Niñez entre rejas

Hablamos de la maternidad en prisión y no de la paternidad en prisión, porque el estereotipo de la mujer- madre se reproduce implícitamente hasta las situaciones, más siniestras, como es en el contexto carcelario, sin condiciones ni resguardos que propicien la situación de que van a haber niños criándose desde su primera infancia en ese ámbito.

El informe de Cosecha Roja, de 2014, recoge voces, microrelatos más que elocuentes. Las voces que sobrepasan los muros de las que crían en el horror de la convivencia entre rejas.

“ – A mí se me prendió fuego la celda con ella adentro. Yo me podía haber muerto con ella.

Noelia debe andar por los 38, aunque es difícil adivinar. Estuvo presa en la Unidad 33, la cárcel de Los Hornos en La Plata con su hija Agustina, que va a cumplir 2. Ahora ambas están libres.

– Hubo un cortocircuito por mal mantenimiento de la Unidad. Pero cuando me traían del hospital con mi hija, porque se había intoxicado con monóxido de carbono, mis compañeras me decían que me estaban echando la culpa a mí, decían que yo había incendiado la celda a propósito.”

“ – Pero sé que hay muchas madres que no pueden dormir. Que a la noche tienen que taparle los oídos a los chicos para que no les entren las cucarachas.”

De acuerdo con la Ley de Ejecución 24.660, las mujeres con hijos de hasta cuatro años, **pueden vivir** juntos en la unidad penitenciaria, sin condiciones adecuadas para su alojamiento. Una ampliación de este criterio fue introducida por la Ley 26.472, para que las mujeres con hijos de hasta cinco años de edad puedan sustituir la pena de prisión por arresto domiciliario. En este sentido, los derechos humanos, derechos de la niñez, en lo particular, quedan suspendidos ante el hiato legislativo y una praxis que no los favorece.

La Ley de Ejecución 24.660, en su art. 195, permite que las mujeres encarceladas tengan con ellas a sus hijos hasta los cuatro años. En su art. 195, prescribe que **“La interna podrá retener consigo a sus hijos menores de cuatro años.”** Dice luego: **“(…) Cuando se encuentre justificado se organizará un jardín maternal a cargo de personal calificado”.**

La misma ley, prevé, en su art. 32, que el Juez de Ejecución, podrá disponer de la medida de detención domiciliaria, para el cumplimiento de penas de prisión o reclusión, para mujeres con hijos menores de cinco años, o para mujeres con una persona con discapacidad a su cargo.

En este sentido, el derecho en juego, depende de la discrecionalidad del Juez de Ejecución, y nuevamente damos con la problemática de la perspectiva desde la cuál va a tomar la decisión. En esa potestad judicial, se pierde la posibilidad de que haya un protocolo de actuación y, en ese sentido, no hay posibilidad de establecer una adecuada regularidad.

En muchos casos, la decisión de que una mujer esté cumpliendo detención domiciliaria puede exponerla a mayores vulneraciones dado que sin recursos, sin trabajo, sin contar con medios para la subsistencia, sin recurso alguno, no va a ser posible que esa medida de pretendida “protección” tenga sentido tal sentido. Es aquí como la ausencia de políticas que acompañan a la legislación produce que los derechos sean solo una enunciación desprovista de posibilidad de ejercicio efectivo.

En estos casos, claramente se vuelve a responsabilizar a las mujeres que son madres por responsabilidades que las anteceden, como la responsabilidad estatal de garantizar el acceso igualitario al ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales. Nuevamente en la situación de cárcel vemos como se responsabiliza a las mujeres por las responsabilidades propias que impone la maternidad y no ocurre la misma condena social en hombres en situación de cárcel y deben hacerse cargo de sus hijos. Las responsabilidades propias de la paternidad quedan nuevamente invisibilizadas y la carga social queda depositada sobre las mujeres.

Es por ello que muchas madres solicitan cumplir su condena en ámbitos carcelarios que les permitan trabajar, tener una guardería para sus hijos, disponer de bienes de consumo mínimos como los alimentos.

En la Unidad Penitenciaria 31 de Ezeiza, existe un pabellón destinado a mujeres con hijos y cuenta con Jardín de infantes y con Guardería. No ocurre esta situación en todas las cárceles

de mujeres. En muchas unidades penitenciarias suelen convivir internas sin hijos con internas y sus hijos. Esta situación expone a más de un riesgo a los niños que viven en cárceles con sus madres, niños expuestos a una condena obligada, criados en ámbitos donde la seguridad, incluso, queda a cargo de sus madres desprovistas de posibilidades, ya que el sistema penitenciario y la unidad en sí, no establecen regulación ni medidas efectivas para disminuir los riesgos propios de la convivencia carcelaria para con sus hijos.

La Convención sobre los Derechos del Niño (1989), con rango constitucional desde el año 1994, reconoce el “interés superior del niño, como valor primordial a considerarse en toda medida institucional de bienestar social, pública o privada, tanto sea de orden administrativo, legislativo o judicial; también establece que “(…) el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia”. En este sentido, establece que los Estados deben velar porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos (art. 9). Nuevamente y, de acuerdo a la legislación vigente, teniendo en cuenta el art. 32 de la Ley de Ejecución, en esa potencialidad que libra a la discrecionalidad del juez, la decisión sobre el lugar de cumplimiento de la condena. Por lo tanto, un derecho que debería estar regulado para su cumplimiento efectivo y al amparo del “interés superior” del niño, queda librado a la potestad de un funcionario sin la posibilidad de regularizar su ejercicio.

Cabe preguntarse ¿en qué se fundamenta la norma? Existe una indisoluble vinculación de esta modalidad de cumplimiento de pena con roles sociales establecidos por ordenamientos sociales estereotipados. La mujer está ligada a su rol de madre y debe afrontar las responsabilidades y reproches encubiertos propios de este rol, incluso en condiciones de imposibilidad manifiesta, en las que ejercer este mandato, implica hasta un mayor riesgo para el niño que se cría en estas condiciones, dejando bajo las condiciones sesgadas de la madre en prisión, incluso, la posibilidad de su propia vida.

Tinta Revuelta es un colectivo editorial de mujeres que surge a partir del Taller de Periodismo y Escritura de “YoNoFui”. Muchas de las mujeres que conforman el taller estuvieron privadas de libertad. En el año 2014 lanzaron el primer número de la revista “YoSoy” con la intención de reflexionar sobre temas vinculados a la cárcel, pensando la cárcel no como algo cerrado sobre sí, sino como un continuo entre el adentro –la cárcel- y el barrio; y en particular la situación de las mujeres.

En el primer número de la revista “Yo Soy” en la nota “Infancia suspendida” (3) cuentan internas de la Unidad Penitenciaria 31 de Ezeiza, en el año 2012, como murió un bebé de apenas quince días y que las causas de su fallecimiento no fueron esclarecidas aún a la fecha de esa publicación.

Resulta no menos que dudoso, el hecho de que no pueda esclarecerse una muerte en un ámbito cerrado como lo es el de una cárcel.

Por lo tanto, dadas estas situaciones de hecho que distan tanto del espíritu normativo internacional de derechos humanos ¿Cuál es el vínculo que se está favoreciendo? Es evidente que pueden establecerse demasiados cuestionamientos a la premisa del favorecimiento del vínculo en un entorno de encierro, donde ***más allá de toda pretensión legislativa existe una realidad manifiesta en la que prima la violencia y una praxis que suspende derechos y garantías de los que están tras sus muros. En estas condiciones, los vínculos que puedan desarrollarse no pueden evitar verse alienado por estas condiciones.***

Si tomamos el fundamento de favorecer el vínculo madre-hijo, que como expusimos anteriormente es de dudosa argumentación, cabe cuestionar en qué lugar queda el “interés superior del niño”, estándar internacional en materia de derechos humanos que tiene en nuestro país rango constitucional a partir de la reforma de 1994.

La Convención de los Derechos del Niño (4) (con jerarquía constitucional desde el año 1994) reconoce en su Preámbulo que “el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de su familia”, así como también, es su art. 3 establece el principio rector la consideración del interés superior del niño “en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos”.

Los niños que nacen en prisión o que viven en prisión con sus madres, crecen en un espacio donde la inseguridad, el riesgo y la violencia son parte de la cotidianidad, donde no están dadas las condiciones para su sano desarrollo y crecimiento, donde las condiciones de higiene psicofísicas no son la adecuadas, donde hay hacinamiento, en definitiva, estos niños crecen con sus derechos suspendidos.

¿Qué pasa luego de los cuatro años? Este niño tiene que ser separado de su madre con la que desarrolló este vínculo sesgado y es puesto a vivir con algún familiar o en hogares de niños, a falta de familiares, en definitiva, con extraños con los que no ha desarrollado vínculo alguno. La brusquedad de tal medida vuelve a revitalizar los interrogantes acerca de qué vínculos se favorecen y cómo afectan todas estas medidas en el desarrollo de ese niño.

Cárcel de mujeres: un encierro más

La lógica del encierro, excede los barrotes de la cárcel y en el caso de muchas de las mujeres que fueron privadas de su libertad, el encierro ya era un estigma. Desde las familias, desde las distintas posiciones sociales en las que quedaban “entrapadas”, esas mujeres tuvieron que sobrevivir a otras limitaciones que hicieron al ejercicio de sus derechos y principalmente, a la dignidad como personas.

El caso de M (Entrevista en Anexo) es un caso paradigmático, presa de una familia violenta, de vínculos disfuncionales y escasos recursos, tanto ella como sus hermanos, desde muy chicos,

estuvieron expuestos a todo tipo de vulneraciones. Particularmente M, a los 14 años, de una temprana historia de exposición a las drogas, a la violencia y a otras vulneraciones, fue institucionalizada en un Instituto de Menores y luego cumplió condena en un penal de Mujeres adultas.

M lleva una vida de encierros institucionales que van desde la casa hasta la cárcel.

En la cárcel, M. aprendió que reclamar por los derechos (salud, educación, alimentos, trato digno) implica poner en riesgo, incluso, la propia vida.

Impulsada por la necesidad/demanda de una vida igualitaria en cuanto a derechos, tanto en la cárcel como en la cárcel, ocupó un rol demandante, en el que más de una vez quedó entrapada. Ese permanecer en este sistema la llevaban a la vez a “consumir más”. De acuerdo a la lógica neoliberal, sostenerse en la cárcel implica reforzar la medicalización ilegal pero que es parte de las prácticas cotidianas, y, en definitiva, que forman parte de la norma, de lo normal.

El encierro es un tatuaje difícil de remover. Una vez fuera, es su propia familia quien inscribe marcas en su cuerpo. Ser “tumbera” es el lugar al que queda relegada y empujada desde su propia familia.

En el aprendizaje de poner límites, como proceso de generación de recursos subjetivos, incluso hoy construye una vida afianzándose en otros lazos que surgieron de nuevas redes. Salir del encierro, para M, es salir del lugar estigmatizado que ocupa incluso en su propia familia y que demandan coactivamente, la obediencia a un mandato destructivo de lo propio. Dice M.: “No, es que di mucho y cuando no quiero dar, cuando digo no, me lo cuestionan y soy la reverenda hija de re mil...y ahora estoy aprendiendo a decir no. De hecho, ahora me voy a mudar a vivir sola”.

Apoyándose en nuevos vínculos, saliendo de encierros intersubjetivos, hoy M. sostiene una existencia apoyada en un proyecto de vida.

Conclusión

Desde muchos argumentos podemos inferir que las cárceles, desde sus lógicas y sus prácticas cumplen, con la función, entre otras, de control social, y, particularmente, en el caso de las mujeres, se agrega la funcionalidad de control y refuerzo de normas de orden cultural, en este sentido, las cárceles refuerzan un orden de géneros, una estructura que supone la sumisión de las mujeres a un orden establecido. Como dispositivo de control, la cárcel, ejerce una continuidad de la lógica institucional. Del mismo modo que las familias, como primera institución, la cárcel funciona como un encierro más para las mujeres. El encierro es un mecanismo simbólico clave en el orden patriarcal.

Es en el lugar de la familia como otra institución social, que los mecanismos y las lógicas de la violencia se instalan como dispositivos de sujeción. A través de la construcción de estereotipos, las niñas y mujeres, desde temprana edad, quedamos atrapadas en la reproducción de roles, que, en muchos casos, las conductas

disruptivas, con respecto al cumplimiento de los mismos, suelen ser castigadas con el encierro o la exclusión (ambos modos de marginación social y de producción de sufrimientos)

Estas instituciones, ejercen mecanismos de disciplinamiento, de acuerdo a modos de producción de subjetividades, no en grado de excepción. La producción de violencia de género, responde a una norma, a lo normal, y no a lo excepcional.

Si bien el funcionamiento de las instituciones supone una norma en el campo del derecho, existen normas implícitas que hacen a las costumbres del orden establecido y que, precisamente, en las cárceles, se filtra en sus prácticas, entre las fisuras que deja instaladas la ley e incluso a través de ella.

Rita Segato, sostiene que “la posición de la mujer, o, más exactamente, su sumisión, es y siempre lo ha sido, el índice por excelencia de la dignidad de un pueblo”.

Dice Rita Segato que “Es en el cuerpo femenino y en su control por parte de la comunidad que los grupos étnicos inscriben su marca de cohesión.” Sostiene que “Hay un equilibrio y una proporcionalidad entre la dignidad, la consistencia y la fuerza del grupo y la subordinación femenina”.

Por lo tanto, esta estructura compleja, de múltiples factores, obedece, como dice Rita Segato, “a un simbólico de orden patriarcal, que organiza relaciones tensas e inevitablemente crueles”, y donde la crueldad, dice Segato, es el orden sutil, moral. En este sentido, ¿cómo abordamos desde el derecho, la legitimidad moral de la violencia de género?

En este sentido, cómo podemos relacionar una reforma legal con la igualdad y el bienestar de las mujeres.

Drucilla Cornwell pone el énfasis en que el movimiento debe provenir de la aspiración ética y de allí producir la reforma legal y moral.

En este sentido, Segato afirma que, si bien la sensibilidad ética es la condición única para desarticular la moralidad patriarcal, es el Derecho quien tiene un papel decisivo en el proceso de transformación.

Desde una perspectiva contractualista, podemos, incluso observar el rol transformador de la ley. La potencia de la ley puede generar un sentimiento ético en la dirección de un bien mayor y así transformar la moral que sustenta a las costumbres. Es así como entendemos la eficacia simbólica del Derecho.

Dice García Villegas que, como todo discurso, la ley tiene el poder simbólico de dar forma a la realidad social. ahí reside su eficacia simbólica. No solamente representa a la sociedad, sino que, además, la ley tiene un carácter persuasivo.

En este sentido, impulsar una legislación de género que impulse un reordenamiento de prácticas, tiene implicancias transformadoras para una sociedad.

El problema del encierro de las mujeres en las cárceles, los disciplinamientos y las prácticas abusivas productoras de subjetividades arrasadas, sumisas a un sistema coercitivo y diferen-

cial, con respecto al acceso del ejercicio de los derechos con respecto a los hombres, no se soluciona con una nueva ley sin que esta esté acompañada de la potencia transformadora de las relaciones de géneros y de aquello conocido como lo normal. Desmantelar la naturalización de la violencia sobre las mujeres es una tarea necesaria que, si bien se observa en las cárceles, potenciada por el grado de vulnerabilidad de sus internas, atraviesa sus barrotes para refractarse en cada institución social.

Entrevista a M

Sábado 16 de marzo

M viene a la entrevista con su hijo de 4 años. Actualmente dice estar deconstruyendo su propia maternidad. Dice no sentirse sola ya que ha generado con otras mujeres una red de vínculos que no son lazos de sangre pero que la ayudan a “no ser una mamá sola”. Esa red de vínculos se constituye de compañeras que estuvieron detenidas con ella y hoy participan de la misma organización y que hoy están de un modo más “comprometidas” y con compañeras que no estuvieron detenidas que también hoy participan de la organización. Dice M que esas compañeras son un pilar para ella y que ella tiene el mismo compromiso para con sus compañeras

· ¿Cómo llegás a YoNoFui?

Bueno, yo llegue a YoNoFui en el 2009, cuando estaba detenida en el taller de Ezeiza, venía María Medrano con el taller de poesía y serigrafía y con Ramona que son dos de las fundadoras de la fundación. Ahí las conocí y participé casi toda mi condena en los talleres salvo el último año en que estuve detenida (...). Yo salí en el 2012 y si bien no salí y fui corriendo a participar de los talleres porque había problemas, salí con problemas de consumo y no podría sostener ninguna responsabilidad, aunque los talleres eran de una vez a la semana. Después me dieron una mano, decidí internarme. Me dieron una mano con eso. Estuve un año y medio en rehabilitación. Salí. Volví a mi casa. Donde todos me recomendaban que no vuelva...yo, cabeza dura volví.

· ¿A qué casa volviste?

A la casa con mi familia, mi mamá, mis hermanos. Bueno, volví, conocí al papá de mi hijo, quedé embarazada al muy poco tiempo, creo que a los tres meses de salir de la internación. A los cinco meses de embarazo el padre de mi hijo cae detenido y estuvo detenido tres años y pico. Salió, estuvo dos meses en la calle y ahora está detenido otra vez, así que con él yo no hablo. Me comunico con él poco y nada. Decidí correrlo de mi vida y por el momento de la de mi hijo.

· ¿cómo fue tu experiencia de encierros institucionales?

Yo antes de llegar a Ezeiza había tenido cuatro o cinco ingresos en un instituto de menores. A partir de los 14 años que empecé a entrar y salir del instituto.

· ¿por qué entrabas? ¿por qué salías?

y...en principio, me empecé a ir de casa por una cuestión... había mucha violencia (viene el hijo de M. abraza a su mamá) eh...bueno, como que ahora después de grande puedo entender

también por qué me fui. Vivía en un contexto de mucha violencia, de muchas necesidades, con muchos hermanos. Empecé a irme de casa, porque aparte de las necesidades yo era una de las más grandes así que tenía muchas responsabilidades sobre mí.

· *Demasiado...*

Sí... así que me empecé a ir, empecé a conocer amigos del barrio que estaban en la misma situación que yo: problemas económicos, situaciones de violencia, situaciones de abuso dentro de las casas. Y nada, empecé a estar así. Me iba, empecé llegando tarde una hora o dos horas del horario en que me decían que llegue. Después pasó a ser un día, después dos días, después siete meses y así.

· *Eras chica...*

Sí, era chica y nadie me iba a buscar.

Nadie me iba a buscar tampoco, estaba con un grupo de amigos y de amigas que, nada, andábamos, nada, bastante... bueno, empecé a consumir con ellos, después empecé a robar. Empecé a hacer de todo porque también para pertenecer a esos grupos tenés que hacer lo que hacen.

Así que, bueno, nada. Me empecé a ir. El primer ingreso que tuve en el instituto fue solo de 15 días. Mi mamá me sacó y después volvía a la misma. Después volví, estuve siete meses, después volví, estuve 4 meses, después cuando ya cumplí los 18, ya caí como mayor, ya tenía como cinco causas de menores, más la causa de "mayor" y me hicieron un juicio. Me unificaron todas las causas.

Yo cuando entré a Ezeiza tenía 18 años la primera vez, salí y la segunda vez estaba por cumplir los 19. Estuve dos años procesada esperando juicio, pensando que me iba a ir en libertad y en el juicio quedé con 7 años. Tenía dos años que fueron bastante duros. El primero fue muy duro y el segundo traté de calmarme un poco porque quería llegar con "conducta" al juicio, y ya cuando quedé condenada, no me importaba nada.

· *¿Qué significa llegar con "conducta"?*

Llegar con conducta al juicio, significa someterse al disciplinamiento del servicio penitenciario de tal manera que... así que bueno, después de eso dije: "se van todos a la mierda" porque en sí no es que yo hacía conflictos porque estaba aburrida.

· *¿Cómo era eso?*

Los conflictos se generaban por reclamos de cuestiones de salud, de cuestiones de salir a la escuela, de salir al trabajo, de que una compañera... o mismo de nosotras porque siempre eran reclamos colectivos, ahí la policía al no resolver esas situaciones, al no dar respuesta se armaban situaciones más violentas. Está el recuento, por ejemplo, que pasaba cuatro veces por día y si no nos resolvía algo y estaban cinco horas sin darnos una respuesta por algo que sabíamos que lo podían, por lo menos responder, si no lo hacían venían y les decíamos. "no va a

hacer el recuento si no nos respondes". A partir de eso, nada, se generaban situaciones... Tuve varias veces, varias bastantes veces en los "buzones de aislamiento".

· *¿Qué son los buzones de aislamiento?*

Son celdas de castigo. En la que nos quedábamos días. Podíamos estar siete días, cinco días, quince días.

· *¿Por qué los llaman "buzones de aislamiento"?*

Es un cuadrado que lo único que tiene para afuera es... como el buzón, viste (una hendidura). Nosotras le pusimos ese nombre. El nombre que le da la institución es "celdas de aislamiento y contención" (sonrisas)

· *¿Te sentías contenida ahí?*

Para nada (sonrisas). Cada vez que entraba ahí pensaba que no iba a salir nunca más.

Así literal. Es muy intenso estar adentro de los "buzones". Cada vez que entraba decía "uyy, de acá no salgo". A parte e durante de mi condena hubo nueve muertes adentro de la unidad de pibas.

· *¿Cómo se producían?*

Siempre, la mayoría, si no me equivoco... creo que sobre dos casos que pusieron como responsabilidad de otras compañeras, todo el resto... como si se ahorcaban... si, como un suicidio... nosotras sabíamos que no era así.

En sí, pudiendo volver un poco para atrás, siempre pasaba así, el penal si estaba como muy intenso, eso era lo que hacía bajar un poco, como al resto, es una manera de disciplinar, al resto, hoy lo puedo ver así. Yo en un momento pensé que no salía porque era bastante conflictiva para el servicio. Después de mi juicio, que perdí mi "conducta" tenía "cero pésimo". Calificás cada tres meses arrancás con un 7 si estás bien, si estás tranquila, si no generás situaciones ni con tus compañeras ni con el servicio. Yo tuve un año porque al principio me había dejado "sin conducta", me dieron un 8 y a la semana me dejaron en 0. Estuve todo un año... pero... eh... muy, muy tranquila y soportando un montón de cosas para llegar al juicio con conducta porque esto tiene mucho que ver en las decisiones que tomen los jueces.

· *¿Quién evalúa la conducta?*

Las diferentes áreas: educación, trabajo, el psicólogo, criminología, y las diferentes áreas.

· *¿Qué sentías cuando te quedabas "sin conducta"?*

y... que me iba a ir "cumplida" porque si no tenía conducta no podés gozar de los beneficios de libertad condicional, libertad asistida, transitoria, nada.

La segunda vez que me quedé sin conducta, después de un año de sometimiento fue por reclamar por una compañera que había ingresado hacía pocos días, tenía 18 años y se la había llevado a los buzones y no nos parecía justo. Se la habían llevado porque

se la habían llevado porque la habían golpeado del otro lado de la reja cuando nosotras habíamos visto todo. Yo estaba en el pabellón de jóvenes adultas y empezamos a reclamar que traigan a nuestra compañera porque...o sea...a parte que había ingresado hacía muy poco, no considerábamos que la tenían que llevar a un aislamiento a dos días de haber ingresado a un pabellón para mayores de 18 años.

· *¿Te acordás qué pasó?*

Sí, habían salido de una audiencia y cuando volvió por el pasillo venía corriendo, así como una nena y rompió un vidrio. Llega corriendo a la reja y dice “ay, pensé que era un plástico, era un vidrio y lo rompí” y vino la policía y se la llevaron a la rastra y a las trompadas, más o menos, más o menos no. Se la llevaron literalmente a las trompadas. Y era una piba que no pesaba más de 42 kilos.

· *¿Cuántas personas de la policía intervinieron?*

y...como diez, mínimo, hombres y mujeres.

· *¿Los hombres le pegaban?*

Sí, ese día nos pegaron a todas después, hasta el director.
(...)

Bueno, después de ese reclamo nos pusimos bastante intensas porque querían que reintegren a nuestra compañera. Entró la policía, éramos 6 y nos reprimieron, nos llevaron sancionadas y una vez por semana venía la requisa, nos revolvían todo, y a mí a partir de eso de 8 pasé a 0. Y el director me dijo, porque cuando te sancionan tenés una entrevista con el director que es el que te informa los días que vas a estar sancionada. Me dijo que no iba a calificar más en toda la condena y que me iba a ir cumplida. Que él medaba su palabra de que me iba a ir cumplida. Irse “cumplida” es no gozar de ningún derecho de libertad condicional o asistida. Si yo me iba con un 0 pésimo, me iba con una condena cumplida de punta a punto. Después de eso para mí fue durísimo porque o volvía calificar. Terminé mi secundario estando detenida.

· *¿Tenés derecho de apelar esa sanción?*

Sí. Te leen el supuesto hecho que vos hiciste, que siempre lo distorsionan. Te lo leen y te dicen que firmes con los días que vas a estar sancionada.

Yo iba a la escuela, participaba de las quinientas mil millones de actividades que había, y tenía 0 pésimo siempre.

· *¿Preguntabas por qué te calificaban así?*

Sí, en las juntas. Era más que obvio. Porque para el director, en el caso del conflicto que generamos era culpa mía. Yo lo había generado. Me decía, “parame este quilombo” y bueno, nada

O sea que, por reclamar, tenía 0 pésimo...por no parar los “quilombos que en realidad eran reclamos por los abusos institucionales hacia las internas.

Si, durante dos años mantuve un 0 pésimo, repitiendo cada tres meses cuando te evalúan.

Terminé el secundario, imagínate que hice dos veces 5 año. Dos años y medio de cursada

· *¿por qué?*

Yo había tenido varias sanciones, tenía que tener el 70 por ciento de asistencia a la escuela y en la semana en la que rindieron me sacan de educación, a mí y a una compañera, nos sacan de educación y nos llevan a los buzones porque tuvimos una discusión con una de las encargadas de educación, pero era algo de todos los días eso, para nosotras fue que nos sacaron para que no rindamos y que perdamos el año.

Yo lo perdí, perdí el año y tuve que volver a rendir todo el año otra vez, pero, nada, fue terrible.

· *¿Qué sentiste?*

Mucha importancia y a la vez me fortalecía, porque decía “estos me hacen la guerra, pero yo voy a terminar igual”. Ala vez empecé a consumir mucho. En el penal está muy habilitado el acceso al consumo de una manera que ni te imaginas, yo consumí mucho más adentro de la cárcel que estando en la calle. Y eso también es un tema, el consumo. Sentía mucha importancia. Muchas compañeras por mantener su conducta no reclamaban por sus cosas, ni por nada, ni por ir a la escuela, ni por si se sentían mal. No eran capaces de ir a gritar a las celadoras contra la reja para que las saquen al centro médico porque las amenazaban con que les iban a sacar la conducta. No reclamaban ni por ellas, menos iba a reclamar para el resto. Yo al tener 0 pésimo, estaba re jugada

· *¿Por qué reclamabas?*

Primero o porque no podía con mi genio, y segundo, porque si tenía un 0 pésimo, “ahora me va a bancar”. Es así, ese era pensamiento.

· *¿Cómo te llevabas con tus compañeras?*

Con mis compañeras bien, y con otro mal, depende, o sea, dependía del vínculo que tenías con el servicio, para mí. Con mis compañeras, con las que estuve toda mi condena teníamos como ciertos códigos que manejábamos.

Tenía que reclamar. Si venía algo que para mí estaba mal tenía que reclamar. Co el tiempo fui tomando más herramientas, para mí y para mis compañeras. No sabía que era peor. En principio pateaba la reja para que me llevaran a un centro médico y con el tiempo yo sacaba un habeas corpus acompañado con el reclamo de patear y fritar que siempre estaba, aprendí a hacer escritos, aprendí más sobre las leyes y sobre los derechos que nos correspondían. Y eso también es algo que para el servicio era...

nada por algo no nos querían en la escuela, no nos querían en la UBA, no nos querían en ningún lado donde pudiéramos generar herramientas.

Acceder a la escuela te llevo a aprender como reclamar por tus derechos porque, como me comentas ya había algo en vos que te llevaba a reclamar, pero no sabías cuál era la mejor forma de vehiculizarlo, de patear y gritar, pasaste a poder hacer escritos. Si, escritos individuales y escritos colectivos también en relación a las visitas o por cosas que ingresaba y no ingresaba.

Las visitas hay dos o tres visitas por semana. Los jueves tienen visitas las que trabajan, los miércoles las que tienen hijos menores de 12 años y los fines de semana, depende del sector en el que estés, sábado o domingo, te toca la visita común.

· *¿Había alguna traba?*

Si, te piden quinientos mil documentos. Yo tenía problemas porque tengo 8 hermanos y siempre le faltaba algo a mi mamá, entonces cada vez que venía mi mamá que era una vez por mes o cada dos meses, era tener que estar una hora haciendo un quilombo para que la dejen entrar porque sino, no la dejaban entrar, nada, y así pasaba con otras pibas todo el tiempo o con mujeres que tenía sus hijos y que al estar detenidas no podían acceder al afuera por una cuestión de gestión de que si no estaban ellas, nada y bueno, nada, cosas que siguen pasando.

· *¿Quiénes te visitaban?*

Mi mamá, mi papá y mis hermanos, se iban repartiendo, pero siempre tuve visita en comparación de otras compañeras que han estado años y años de condena sin una visita, sin tener un número para llamar a alguien.

· *¿Había compañeras que eran mamás en la cárcel?*

Si, en la unidad 31 hay una planta de madres. Hay mujeres embarazadas y con chicos hasta los 4 años. Yo el año pasado estuve yendo con un sector de Cuenta cuentos a la unidad 31 y después por una cuestión personal porque no podía sostener los dos penales todas las semanas, seguí yendo a Suarez y que mis compañeras sigan yendo a la 31.

· *¿Que viste en esas unidades? ¿Cuáles son los reclamos más habituales?*

y...ya no pasas a reclamar por vos. vos pasas a un segundo plano, pasas a reclamar si tu hijo está con mocos, si necesita esto o aquello. Y a su vez eso te juega en contra porque si vos generas conflictos no podés estar en esa unidad, no podés estar con tus hijos y nada, es una violencia...te tenés que someter a un montón de cuestiones, tenés que soportar ciertas cosas. No podés llegar a la instancia de reclamos a la que llegábamos en otra unidad. Tenés que desistir de derechos, más todavía, que siempre son los derechos básicos, salud, educación, trabajo.

· *¿Con que te encontraste cuando saliste?*

Cuando salí me encontré con la familia más grande, las situaciones de violencia seguían estando, las necesidades también, si bien mis hermanos estaban un poco más grandes si bien mis hermanos estaban algunos un poco más autónomos que otros por una cuestión de edades, nada, yo salí muy golpeada. La semana que yo salí fue que fallece, que aparece muerta la China (...) que era una amiga mía, muy amiga mía y eso me afectó. Eso a mí me marcó mucho. Nada. Salí y como en el penal estaba consumiendo mucho seguí consumiendo. Yo cuando entré al penal no consumía pastillas y salí tomando mucha medicación. Me auto medicaba,

· *¿Cuáles son las drogas de la cárcel?*

Las pastillas, el porro, la merca, todo...lo que haya, lo que pinte.

· *Es muy difícil hablar de la violencia, por lo que me contás vos tenés una historia de violencia desde la cuna, que siguió en la cárcel a nivel institucional. Salís y te volvéis a encontrar con la violencia de tu casa, ¿qué podés contar de esa violencia?*

Si bien mi familia me re acompaña, yo hasta el día de hoy, con todos los cambios que tuve sigo siendo "la tumbera", estoy estigmatizada desde siempre.

· *¿Alguien más estuvo detenido o detenida en tu familia?*

Si, mi hermana estuvo detenida y mi hermano estuvo una semana nada más pero bueno, yo sería la tumbera de la familia por así decirlo. Eso a mí me pesa, con cosas hasta mínimas, tontas. Hace poco había comprado un arbolito de Navidad, y era un arbolito común y corriente como todos, y mi hermano viene y me dice "ay, este arbolito es tumbero", claro, porque es mío, es tumbero. Entonces, así, lo llevan un montón de cosas y así es como me perciben, es un estigma y así es que veo que como yo pasé por a cárcel y por un montón de cosas más, a mí me hacen cosas que al resto de mis hermanos no se los hacían.

Y yo quise acompañarlos en un montón de cosas a ellos.

· *¿Reclamos?*

No sé si yo reclamarles a ellos pero que sí ellos aprendieran a reclamar o a generar herramientas, un poco más de autonomía.

· *Vos vas y pones el pecho, vas y reclamás...*

Bastante pero ya uno lo toma como...al ya ser así ellos lo ven como algo normal, como que ya tiene que ser así y yo lo hago porque yo quiero.

· *¿en el contexto de tu familia, es "normal" que vos reclames?*

Si, que haya un conflicto y que salga yo a resolverlo o buscar alternativas posibles para resolver esas cuestiones, y eso es algo que yo hago porque yo quiero, pero para el otro es una demanda ya. Mismo con mis hermanos más chicos. De la manera en que se comunican conmigo es así, porque a mí me demandan cosas

que ni a mi mamá se las demandan, o sea, como si fuera yo la madre. No sé si se entiende, un cambio de roles

· *Te demandan que des más de lo que podés dar...*

No, es que di mucho y cuando no quiero dar, cuando digo no, me lo cuestionan y soy la reverenda hija de re mil...y ahora estoy aprendiendo a decir no. De hecho, ahora me voy a mudar a vivir sola.

· *¿Cómo es esto del aprendizaje a decir no?*

Es todo un proceso, porque al no poder nosotras distintas cosas, tener que reproducirlo de alguna manera es todo un...yo todavía estoy ahí...

· *Es un aprendizaje de por vida...*

Sí, yo entiendo que estoy ahí, teniendo que cortar con algunas cosas porque si no nada, sigo reproduciendo.

· *¿Con qué tenés que cortar?*

Yo hice tratamiento, yo veo muchas actitudes de violencia, de manipulación de, sometimiento y de todo eso que, nada, yo no lo soporto y yo ahora lo planteo, yo planteo esas situaciones que para mí familia fueron normales siempre y que yo ahora las veo como un problema y yo soy la loca, entonces como ninguno va a resolver las cuestiones que yo veo, que percibo violentas y de riesgo, nada, me tengo que correr yo lamentablemente porque por más que yo insista que algunas cosas se pueden mejorar, no dependen de mí y eso a mí me pone mal.

· *Es una deconstrucción...*

Ahí es cuando entiendo que este camino no es tan fácil porque yo en el camino de la deconstrucción y de la conciencia estoy perdiendo cada vez más mis vínculos familiares que con todo el dolor del mundo entiendo que no los quiero más y si los quiero será de otra manera y no como venía funcionando hasta ahora, nada, estoy prácticamente divorciándome de toda mi familia.

A mí me costó mucho porque cuando yo salí estaba muy acelerada con todo y justo mi mamá estaba con mucho conflicto con mis tías entonces mi mamá me decía "matá a aquel" y yo lo hacía sin cuestionamiento. Era así como yo fusionaba. Mi papá también, todos, la mayoría.

· *¿por qué lo hacías?*

Porque era la manera de responder a un acompañamiento que hicieron conmigo.

· *¿te sentías en deuda?*

Sí, la verdad que sí porque aparte todos los días me pasaron factura, no era gratis.

· *¿creías que te iban a querer más así?*

Sí, y cuando dije, no voy a pegarle a mi prima, no voy a insultar a mi tía, el día que dije, no, me hicieron una denuncia

· *¿Quién te hizo una denuncia?*

Mi hermana, me inventaron una situación de violencia en la que yo ni siquiera estaba y me hicieron una exclusión de hogar. A ese nivel. Después de todo eso yo retomé vínculos, perdoné, seguí, viste, pero y ahora no, ya basta.

· *¿Qué es el perdón para vos?*

El perdón es para mí, aprender, que sé yo, aprender de situaciones. Para mí si yo perdono algo es no guardarme la bronca.

· *El perdón es para vos...*

Sí, yo a mi mamá la perdono hoy en día porque no me voy a quedar con ese odio, si yo perdono muchas cosas no voy a quedar expuesta a que estas situaciones se sigan repitiendo.

· *¿Cómo te sentís hoy?*

Hoy me siento mejor, me siento muchos mejor, estoy un poco más tranquila ahora que sé que está en camino el contrato y que sé que me voy a poder mudar. Sé que empiezo otra etapa, pero me siento bien, me siento acompañada y que los acompañamientos que hago tienen resultados.

· *¿Te sentís acompañada al acompañar?*

Sí, totalmente

· *¿Qué es YoNoFui para vos?*

Es uno de los pilares que tengo y de los que me agarro y que no estoy sola en este camino. Ahora dentro de poco vamos a retomar un taller de los que soy tallerista, ...en realidad ni siquiera sé si es un taller, porque cuando empecé a ir a los talleres estaba embarazada y empecé a sumar a chicas que vengan al taller y todas tenían chicos y de repente nos encontramos con que, en un taller de periodismo como hablas, como escribís si hay chicos. A partir de eso se pasaron talleres a la casona que es un lugar más grande, y se empezó a pensar en un espacio la niñez. Empezó a funcionar desde el año pasado. Ahí funcionan otros colectivos también. No solamente el de YoNoFui. A partir de ese espacio se surgió la necesidad porque todo lo que va surgiendo es a partir de las necesidades concretas que van surgiendo en el transcurso de que van sucediendo las cosas. A partir del espacio de niñez se comenzó a pensar desde las maternidades, como nos atraviesan a nosotras, porque también tenemos compañeras con arresto domiciliario que están todo el día en sus casas con sus hijos, no pueden trabajar, no pueden ir al médico, no puede hacer un montón de cosas si o tienen los permisos.

· *hay más reclamos para hacer, pero esta vez desde afuera...*

Claro, o sea, la idea del taller es mirarnos a nosotras, porque las

que tenemos hijos es todo no y todo para el niño y quedamos siempre en un segundo plano, en un último plano, lo que nos pasa a nosotras, lo que nos gustaría, como quisiéramos o como nos nombramos o como llevamos la maternidad así que os empezamos a juntar con tres compañeras más a llevar ese espacio y lo arrancamos antes de fin de año, un encuentro semanal, es un espacio más de reflexión que de oficios. Los otros talleres tiñen algo concreto: la serigrafía, la encuadernación. Si bien en otros espacios se trabaja algo de lo que le s pasa a las pibas, en este espacio lo profundizamos más lo politizamos, de alguna manera. La idea es vernos a nosotras como madres, pero no dejar de vernos como mujeres para poder desarmar ese mandato social que tenemos de que la madre tiene que ser así, que tiene que ser así, bueno (sonrisas) todo lo que demanda la sociedad o el concepto e familia que tiene porque la mayoría, además, son madres solteras y a muchas les da vergüenza decirlo.

· *¿Por qué?*

Qué se yo, a mí no sé si me daba vergüenza decirlo, a mi creo que me daba culpa que mi hijo no tuviera a su papá. Recién hoy entiendo que... (silencio)

· *¿Que no es tu culpa? O sea, él es responsable por lo que hace y de sus ausencias también...*

Si pero, hoy entiendo que no tiene su papá pero tiene un montón de personas que lo acompañan y que era una cuestión más mía, una cuestión social con la que todos cargamos de la familia, del padre y la madre, de que yo también tuve padres separados, como también esa necesidad de que mi hijo no pase eso, y mi hijo no va a pasar eso porque las condiciones, más allá de que o este el padre son otras, pero bueno, entenderlo y poder llegar a decirlo tuvimos un proceso.

· *¿Cuáles son hoy tus necesidades como mujer?*

Como mujer, estar satisfecha con lo que yo hago, poder complacerme, por ejemplo, quiero estudiar derecho, pero bueno, nada, me cuesta un poco por mi hijo que ahora es chiquito todavía, pero bueno, uno de los motivos por los que me mudo es para poder estar tranquila. Lo que yo más quiero es estudiar.

· *¿Cómo te ves en diez años?*

Uhh... risas... por lo menos tengo que tener más de la mitad de la carrera porque si no... risas. Depende de que le ponga pilas nada más, que no me correr del eje, que siga como voy que voy bien.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 - http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/convenciones/cedaw.html
- 2 - https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf
- 3 - https://issuu.com/yonofuiorganizacionsocial/docs/ynfrevistayosoy_gp_xpag
- 4 - <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- 5 - Buttler, J. Cuerpos que importan. Paidós. 2018.
- 6 - Di Corleto, J. Género y justicia penal. Didot. 2017.
- 7 - Hendel, L. Violencias de Género. Las mentiras del patriarcado. Paidós. 2017.
- 8 - Giberti, E. Mujeres y Violencias. Noveduc. 2018.
- 9 - Segato R. L. Gerra contra las mujeres. Prometeo. 2018
- 10- Segato, R. Las estructuras elementales de la violencia. Prometeo. 2018.

BARRERAS DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD DE VARONES ADOLESCENTES: SIGNIFICADOS Y PRÁCTICAS DE USUARIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD. CONSIDERACIONES Y RESULTADOS PRELIMINARES

Tajer, Debora; Reid, Graciela Beatriz; Solis, Mónica; Cuadra, María Eugenia; Lo Russo, Alejandra Isabel; Fernández Romeral, Juliana; Saavedra, Lucia Daniela; Lavarello, Maria Laura; Fabbio, Rocío Paola
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 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 cual se desprende del Proyecto UBACyT anterior, realizado por el mismo equipo, en el cual se indagó la equidad de género en la calidad de atención en la adolescencia. La siguiente presentación tiene por objetivos, por un lado, presentar algunas consideraciones teóricas en las cuales se enmarca el tema de investigación y, por otro, presentar resultados preliminares que se desprenden del trabajo de campo realizado por el equipo.

Palabras clave

Género - Adolescencia - Sistema de salud - Varones

ABSTRACT

GENDER BARRIERS IN THE PREVENTION AND CARE OF THE HEALTH OF ADOLESCENT BOYS: MEANINGS AND PRACTICES OF USERS AND HEALTH PROFESSIONALS. CONSIDERATIONS AND PRELIMINARY RESULTS

The present work is part of the research project UBACyT “Gender barriers in the prevention and health care of adolescent males meaning and practices of users and health professionals”, which is clear from the previous UBACyT Project, carried out by the same team, in which gender equity was investigated in the quality of attention in adolescence. The following presentation aims, on the one hand, to present some theoretical considerations in which the research topic is framed and, on the other hand, to present preliminary results that emerge from the field work carried out by the team.

Key words

Gender - Adolescence - Health System - Males

Introducción

La investigación “Barreras de género en la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes: significados y prácticas de usuarios y de profesionales de la salud” se enmarca en la programación UBACyT 17/19. A partir de los resultados obtenidos en una investigación anterior –Proyecto UBACyT 13/16 “Equidad de Género en la Calidad de Atención en Adolescencia”– se identificó la dificultad para incluir las experiencias y necesidades de los varones adolescentes en el diseño de los modelos clínicos dirigidos a esa franja etaria y etapa vital (Tajer, D. *et. al.*; 2014, 2015). Razón por la cual se decidió indagar la dimensión subjetiva de género en las prácticas que el sector salud dirige a la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes.

Según refieren diversos autores pioneros en el campo de las masculinidades (Gilmore, 1994; Connel, 1997), los varones, “supuestos sabidos” en la conformación del sujeto universal de la Modernidad, resultan aún desconocidos en sus prácticas y necesidades reales. Si bien desde hace varios años se aprecian avances en la producción científica sobre salud y masculinidad (Giffin, 1994; De Keijzer, 2006; Tajer, 2006, 2009), la comprensión de la problemática de la vulnerabilidad en varones y de los procesos de salud-enfermedad-cuidado, aún no incluye integralmente la experiencia de los mismos y sus dificultades específicas, más allá del impacto de la esfera del trabajo o la preparación futura para el mismo, en el caso de adolescentes (Tajer, 2009; De Keijzer, 1997; Bernales, 2015).

Acerca de la masculinidad hegemónica

Según De Keijzer (1997), existe un modelo hegemónico de masculinidad que produce una subjetividad esencialmente dominante que se expresa en la discriminación y subordinación de las mujeres y otros varones que no se adaptan a dicho modelo. Esta forma hegemónica de socialización representa algunas claras ventajas para el varón pero el paso del tiempo y su estereotipamiento van implicando riesgos en materia de salud en tres vectores principales: a) Riesgo hacia mujeres, niños y niñas: el

cual se expresa en la violencia de género, el abuso sexual infantil, el embarazo impuesto y la falta de participación masculina en la anticoncepción; b) Riesgo hacia otros varones: a través de la legitimación de la burla, la presión y la violencia; y c) Riesgo para sí mismo: en tanto la temeridad se presenta como prueba de la masculinidad, lo que aumenta el riesgo de accidentes desde la infancia. De esta forma, ciertos comportamientos masculinos, considerados legítimos y hasta “esperados”, los sitúan en situaciones de vulnerabilidad tales como accidentes, consumo problemático de alcohol y drogas (Jeifetz, V. y Tajer, D., 2010), violencia o ausencia de cuidado del propio cuerpo (Promundo-Ecos, 2015). Los roles estereotipados de género los llevan a negar sus problemas de salud, no mostrar su vulnerabilidad (Garita Arce, 2001) y les dificulta pedir ayuda e incorporar medidas de autocuidado (De Keijzer, 1997; Aparicio Aviña, Ibarra Casals & Rodríguez, 2015).

Preguntas y objetivos de la investigación

La pregunta que guía la investigación está centrada en la invisibilidad de componentes de la dimensión subjetiva de género en las prácticas en salud dirigidas a la prevención y atención de varones adolescentes. En este sentido, la relación entre los servicios de salud y los usuarios varones podría traducirse en distintas barreras de accesibilidad para estos últimos.

Los objetivos de la investigación están orientados, por una parte, a actualizar el estado del arte sobre la salud de los varones adolescentes desde una perspectiva de género, salud colectiva y subjetividad. Y, por otra, a producir insumos para establecer acciones preventivas en este campo desde una perspectiva del derecho a la salud, con el fin de poder utilizar los mismos en estrategias de capacitación del personal de salud en este ámbito. Se espera producir herramientas de transversalización de género en las políticas públicas en salud dirigidas a la prevención, promoción y atención de la salud de varones adolescentes, con el propósito de impactar en las etapas vitales siguientes.

De tales objetivos se desprenden distintas acciones u objetivos específicos: identificar y analizar los imaginarios profesionales acerca de los varones adolescentes, sus necesidades y sus tipos de demandas en salud. Para ello, se realizaron entrevistas a profesionales de servicios de salud adolescente. Se desprende de las mismas que éstos/as no suelen tener registro consciente de los imaginarios profesionales^[1] que se entran en sus prácticas cuando intervienen. Es relevante distinguir dichos imaginarios puesto que, en general, los/as profesionales creen que están operando sólo desde sus conocimientos científicos, los cuales también se encuentran generizados y pueden presentar sesgos en sus desarrollos. Por otro lado, también es necesario identificar y analizar si las prácticas de los/as profesionales incluyen la consideración de los riesgos específicos de los varones adolescentes en la identificación de los problemas epidemiológicos, los modos de consulta, los modelos de prevención y de atención.

En relación a los varones adolescentes, interesa identificar los imaginarios acerca de los riesgos específicos y las prácticas en su vida cotidiana en la medida en que tendrán impacto en su salud integral y en su interacción con el sistema de salud. Asimismo resulta necesario poder identificar y analizar desde la perspectiva de los varones adolescentes usuarios y potenciales usuarios, la respuesta del sistema sanitario frente a sus problemas de salud.

En este artículo se presentan avances respecto a los objetivos planteados por la investigación. El trabajo de campo abarca en esta etapa un total de veinte entrevistas a profesionales de distintas disciplinas (N=20) y doce entrevistas a varones adolescentes usuarios de servicios de salud (N=11). El mismo, hasta el momento, se ha realizado en tres servicios de adolescencia de dos hospitales públicos y uno de comunidad de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo se han llevado a cabo dos dispositivos grupales de indagación a adolescentes varones estudiantes de una escuela secundaria pública de la Ciudad de Buenos Aires. Los jóvenes consultados tienen entre 15 y 19 años de edad.

Los varones adolescentes y su presencia/ausencia en las consultas de salud

Los/as profesionales entrevistados/as identifican que las consultas de los adolescentes varones en los servicios de salud son muy poco frecuentes, refieren que sólo consultan por el “apto médico” -certificado de salud solicitado por las instituciones educativas y deportivas-. Algunos/as profesionales aprovechan esta demanda como “oportunidad ganada” para llevar adelante un examen de salud por el cual los jóvenes no demandarían espontáneamente.

El otro modo en el que los varones adolescentes se presentan en el sistema de salud es a través del servicio de guardia debido a traumatismos y urgencias varias relacionadas con la exposición a situaciones riesgosas. Los/as profesionales identifican como comportamientos a predominio masculinos con graves consecuencias en salud a los accidentes, los consumos problemáticos de alcohol y drogas, la violencia y la ausencia de cuidado del propio cuerpo. Estas acciones y conductas legitimadas como parte de la masculinidad social, los sitúan en situaciones de vulnerabilidad específica (Tajer, 2012).

Respecto de su salud sexual y reproductiva (SSR), los/as profesionales refieren que los adolescentes varones no consultan espontáneamente y que estos temas solo aparecen cuando son introducidos por el personal de salud. Las pocas consultas que se realizan aparecen cuando presentan dificultades para el desempeño sexual ligado a la penetración. Mientras que los procesos reproductivos, incluyendo su responsabilidad en los mismos, son considerados como irrelevantes en comparación con el desempeño y rendimiento sexual, al cual le dan mucha importancia (Garita Arce, 2001; Promundo-Ecos, 2015).

Por lo anteriormente señalado, los/as profesionales identifican que existe una brecha entre lo que el sistema de salud valora

que debiera ser un motivo de consulta de los varones adolescentes -ligado a los indicadores epidemiológicos de género y generación- y las razones efectivas por las cuales estos últimos acuden al sistema de salud. Por tal motivo, señalan la importancia de incluir la voz de los varones adolescentes al momento del diseño y definición de las políticas de atención que el sistema de salud fija para ellos. Esto implicaría incluir información acerca de cómo quieren ser atendidos y cuáles identifican como sus necesidades, para incorporarlas en las acciones de promoción, prevención, atención y cuidados. Al mismo tiempo, señalan la necesidad de que los adolescentes conozcan sus riesgos específicos en salud de manera comprensible y que dicha información adquiriera un sentido para ellos.

En esta línea, al consultarles si las prácticas incluyen la consideración de los riesgos específicos de los varones adolescentes en los modelos de atención y de prevención, los/as profesionales entrevistados/as hasta el momento identificaron dificultades para hacer efectivos los mensajes preventivos y de promoción de la salud. Otro obstáculo señalado es la dificultad de generar dispositivos necesarios para el acceso y la atención de los varones adolescentes. Estas dificultades podrían estar operando como barreras materiales y simbólicas de accesibilidad al sistema de salud de los varones adolescentes. En este sentido, identifican el valor de la propuesta de disponer de consejerías y talleres en sala de espera, con el objeto de utilizarlo como dispositivos para concientizar a los varones y hacerlos participar activamente del cuidado de su salud, como modo de ampliar la accesibilidad.

Las problemáticas con mayor prevalencia en la salud de los varones adolescentes

Los/as profesionales entrevistados/as identifican que los problemas que representan mayor impacto en la salud de los varones adolescentes son: el consumo problemático de sustancias, las conductas de riesgo, la obesidad y la salud sexual y reproductiva.

Aspectos vinculados al consumo problemático de sustancias y prácticas de riesgo

En uno de los servicios donde se llevó adelante el trabajo de campo, consideran el alcohol como una “batalla” perdida por la salud pública y ganada por el mercado. Explican que este consumo está instalado masivamente en los adolescentes como una propuesta de época, mediante la cual se obtiene placer y es aprovechado para vencer la timidez, poder relacionarse e identificarse con un grupo de pertenencia y animarse a seducir. Los/as profesionales consideran como problemático la naturalización por parte de los/as adultos/as responsables de dicho consumo frente al avance del mercado de bebidas alcohólicas y hayan asumido -a modo de estrategia de reducción de daños espontánea- que “la previa” es mejor que la hagan en una casa con bebidas alcohólicas de mayor calidad que la que podrían

llegar a consumir en otros lugares. Lo señalado no colabora en dirección a una propuesta de conductas saludables para los/as adolescentes, lo cual se expresa con alto impacto en los indicadores de morbimortalidad de género y generación.

Uno de los indicadores del consumo problemático que consideran los/as profesionales es la función que cumple la sustancia para cada sujeto, lo cual determina el límite entre si se trata de un consumo problemático o recreativo/social. Aclaran que trabajan con estrategias de reducción de riesgos y daños, articulando con los servicios de salud mental y con centros especializados en la temática.

También hacen referencia a lo que denominan consumos de *élite* o, en palabras de una profesional: “*Son chicos que el alcohol como depresor les da sueño, les termina dando sueño, se sienten muy nauseosos, no quieren tomar o vomitan, pero el energizante los despabila, los despierta, les da cafeína, los vigoriza entonces siguen tomando. Son los ‘borrachos despiertos’...*” (Médica especializada en adolescencia, Hospital de Comunidad). Cabe señalar que en este caso predomina la combinación de psicofármacos, alcohol y drogas de diseño. Esta forma de consumo genera riesgos altísimos cuando los adolescentes llegan a la guardia ya que no se sabe cuál es la combinación de sustancias ingeridas y sus efectos pueden ser letales. Por otro lado, estos “policonsumos” llevan a sostener prácticas de riesgo, entre las que se pueden destacar: abusos, sexo sin protección, acoso y violencias asociadas al modelo de masculinidad hegemónica. En los adolescentes de mayor vulnerabilidad social se identifica una fuerte presencia de consumo de pasta base (paco) que es de alta toxicidad. Y aún cuando desde el sector salud se intenta que no tengan barreras de acceso al centro de salud, refieren poco impacto dado que es muy baja la posibilidad de reducir el riesgo en estos adolescentes. En síntesis, estas prácticas riesgosas se hacen presentes en esta población, con mayores o menores riesgos para sí y para otros/as implicados/as, según los condicionamientos de clase social. Asimismo, surge la escasa posibilidad de los servicios de salud de llevar adelante acciones que impacten en dicha situación.

Aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva (SSR)

La mayoría de los/as profesionales de los servicios coinciden en que, estadísticamente, los varones asisten menos a consulta. De existir un motivo, el mismo está relacionado con un síntoma en los genitales, asociado generalmente con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Señalan que el hecho de que las campañas de SSR están mayoritariamente dirigidas a las mujeres no colabora para incluir a los varones, quienes espontáneamente no se sienten convocados. Para superar estas dificultades y barreras de accesibilidad, una de las estrategias que utilizan es aprovechar cualquier consulta que realicen para abordar este tema. Al mismo tiempo que identifican que el escaso tiempo del cual dispone cada profesional con un paciente para abordar la diversidad de temas

que incluye la historia clínica integral, resulta más escaso aún para motivar e informar a quienes se presentan más reticentes. Los/as profesionales identifican dos barreras en la participación de los varones adolescentes que acompañan a sus parejas embarazadas: por un lado, la falta de información y, por otro, la salida al mundo laboral que se precipita frente a la necesidad de asegurar la subsistencia económica del nuevo grupo familiar. Los/as profesionales consultados/as valoran la “escucha abierta”, la entienden como una vía a que los usuarios tengan la confidencialidad asegurada, a la vez que les permite transmitir información y no “emitir órdenes” porque evalúan que atenta contra la adherencia. Intentan de este modo que los adolescentes participen activamente con aquello que les pasa y por lo que consultan.

Los/as entrevistados/as señalan que es importante que en un Servicio de Adolescencia no haya solo ginecólogos/as dado que esa presencia -cuando es la única especialidad médica presente- produce que los varones digan: “*para qué voy a ir yo, si soy varón*” (Médica especializada en pediatría y adolescencia, Hospital Público). Resaltan la importancia de la oferta de urólogos, hebiatras y que esté contemplada la presencia de médicos varones para aquellos que puedan sentir pudor de ser revisados por mujeres.

En los casos de mujeres atendiendo varones, las profesionales anticipan: “*Si te da mucha vergüenza y preferís podemos llamar un médico varón que lo haga*” (Médica especializada en pediatría y adolescencia, Hospital Público), algunos aceptan y otros no tienen problema en continuar la consulta con una médica mujer. Refieren que este recaudo en la oferta de atención colabora para romper barreras y algunos servicios ya lo ofrecen.

La mayoría de los/as profesionales entrevistados/as refieren que en la consulta preguntan si el/la adolescente tuvo relaciones sexuales, a qué edad, cuántas parejas tuvo y si usa o no usa algún método anticonceptivo. Con los varones se indaga si se encuentran en una relación sexo-afectiva y algunas características puntuales de la misma ya que hay casos en los cuales pueden ser ellos los vulnerados. Esto puede suceder al iniciar relaciones bajo coerción, aunque es más común en el caso de las mujeres.

Salud alimentaria y problemáticas específicas

La mayoría de los varones con sobrepeso -como problemática de alto impacto en la salud de los adolescentes- observan que es mínimo el porcentaje que tiene compulsión por la comida o ansiedad por comer. Identifican que la mayoría vive en contextos familiares donde la mayor parte de sus integrantes son obesos/as y ello no se significa como un problema. Esto sucede con más frecuencia en familias en situación de vulnerabilidad social, en las cuales la alimentación se basa, principalmente, en el consumo de hidratos de carbono (fundamentalmente harinas).

Otro factor que favorece el desarrollo de esta problemática es el miedo o la inseguridad, que ha hecho que las familias valoren el barrio de residencia como inseguro y se “encierren”. Al

respecto una profesional señala: “*Desde la niñez están guardados por el miedo. Eso ya genera un sobrepeso que lo arrastran desde la niñez y lo recibimos en la adolescencia (...) están con el telefonito o la tablet que reciben en la escuela, comiendo y sentados*” (Médica Pediatra, Hospital Público). Entonces, esta población está conformada por jóvenes sedentarios, conectados a dispositivos electrónicos, que realizan poca actividad física, limitados por el temor de los/as adultos/as a la inseguridad, sumado a la falta de recursos para ir a clubes, que se consideran lugares seguros.

En cuanto a la vigorexia es más común en los adolescentes de clase media y es una tendencia que va creciendo. La preocupación está centrada en el consumo de anabólicos en etapas donde los varones aún no han alcanzado el desarrollo total. Según los/as profesionales los síntomas que presentan están relacionados con la elevación de enzimas producto del agotamiento muscular por el exceso de actividad física para aumentar la masa muscular o por la ingesta de anabólicos. Para los/as entrevistados/as resulta preocupante el poco registro que los varones tienen al respecto.

La mirada de los varones adolescentes sobre su propia salud

En relación al trabajo estipulado con los varones adolescentes, uno de los objetivos planteados es identificar los imaginarios acerca de los riesgos específicos y las prácticas en su vida cotidiana que tendrán impacto en su salud integral y en su interacción con el sistema de salud. Para lo cual, hasta el momento, se han entrevistado individualmente a doce varones adolescentes en la sala de espera de tres Servicios de Adolescencia. De la información preliminar de estas entrevistas se desprende la poca presencia de varones consultando, cuestión que se tradujo en algunas dificultades y obstáculos encontrados para el abordaje del trabajo de campo.

A modo de síntesis, los datos arrojados por dichas entrevistas guardan convergencia con lo expresado por los/as profesionales en ciertos aspectos.

Respecto de la SSR, los jóvenes refieren que el uso del preservativo es una decisión individual ligada al cuidado de su salud. Sin embargo, al consultarles si los cuidados o los métodos son los mismos si la pareja sexual es ocasional o no, los varones adolescentes entrevistados piensan, dudan o afirman que la decisión puede ser compartida y aparece la opción de relegar el cuidado al uso de pastillas anticonceptivas por parte de su pareja. Por otro lado, al preguntarles de qué se cuidarían utilizando métodos anticonceptivos, la mayoría refiere que se cuidarían del embarazo, teniendo esto como prioridad frente a las ETS.

En relación al inicio de la vida sexual de los adolescentes, la mayoría respondió que los/as profesionales no preguntan si ya han tenido relaciones, como así tampoco indagan si tienen relaciones con parejas del mismo género o no. Un adolescente menciona que en una consulta le han preguntado si tenía novia, asumiendo

una relación heterosexual: “*me preguntaron si tenía novia*”. Por otra parte, las preguntas referidas al consumo problemático de sustancias fueron mayormente respondidas como “problemas que tienen otros”, en una asociación directa de lo problemático del consumo a situaciones de adicción. Ante las preguntas que buscaban relevar lo ocurrido en el marco de salidas o las referidas a situaciones personales o de personas cercanas, aparecieron relatos y asociaciones con situaciones de riesgo al conducir o de violencia. Estos datos preliminares también guardan convergencia con lo expresado por los/a profesionales.

Sobre las preguntas referidas a violencia y conductas violentas los entrevistados identifican conductas violentas en la vida cotidiana entre pares en el ámbito escolar, en la calle o en deportes competitivos. La mayoría de los entrevistados refiere que las conductas violentas tienen una raigambre social. Uno de los entrevistados refiere que “*Si, he escuchado muchas veces, a mi mismo me han dicho, que si alguien me pega yo se la tengo que devolver [...] porque sino te dicen que sos un buchón, un cagón*” Y otro de los entrevistados refiere “*si sos hombre tenés que ser más violento, más fuerte*”.

Asimismo, una minoría de entrevistados no encuentra que la sociedad colabore y justifique estas conductas violentas en varones.

Las actitudes mal vistas entre adolescentes varones refieren a situaciones de violencia física o verbal, las burlas y acciones contra la voluntad de las personas. Las actitudes bien vistas entre pares hacen hincapié en participar de las actividades grupales, “divertirse”, compartir los mismos códigos.

A los entrevistados se les consultó por las relaciones de pareja violentas e identificaron que la misma se produce cuando hay celos, agresión física o verbal y/o desconfianza.

Conclusiones

Se observa en la información relevada hasta el momento, que los/as profesionales relacionan la presencia masculina adolescente en el sistema de salud con situaciones de alto riesgo y que sitúan a esta población en situaciones de vulnerabilidad específica. En este contexto, se considera de vital importancia que las y los profesionales de la salud incorporen un análisis de género en las consultas, puesto que permitiría comprender con un mayor grado de integralidad las causas específicas de dichas problemáticas, como así también sus manifestaciones. En esta línea, un abordaje temprano de estas situaciones les permitiría llevar adelante acciones de promoción y prevención en salud. Asimismo, considerar los requerimientos específicos por género en las campañas de prevención de las ITS contribuiría a reducir la morbilidad y mortalidad prematura en la población estudiada. Se ha identificado que las propias dinámicas institucionales no responden de modo adecuado a los riesgos que enfrentan los varones adolescentes -dentro de los cuales las construcciones hegemónicas de género cumplen un importante papel- ya que

están anclados en paradigmas biopolíticos de exclusión.

Para finalizar, los/as profesionales entrevistados/as ubicaron la importancia de incluir la voz de los varones adolescentes al momento del diseño y definición de las políticas de atención del ámbito sanitario. Puesto que identifican la brecha existente entre lo que el sistema de salud valora que debiera ser un motivo de consulta de dicha población -ligado a los indicadores epidemiológicos de género y generación- y las razones efectivas por las cuales los jóvenes acuden al sistema de salud. Estas dificultades podrían estar operando como barreras de accesibilidad materiales y simbólicas al sistema de salud de los varones adolescentes.

NOTA

[1] Entendiendo a estos como universos de sentidos o naturalizaciones que rigen los sistemas de creencias, certezas teóricas y/o técnicas que configuran los valores, sensibilidades, criterios éticos y estéticos, pautas conductuales y/o actitudinales de su hacer/pensar cotidiano del oficio en un determinado momento histórico-cultural.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio Aviña, G., Ibarra Casals, D. & Rodríguez, F. (2015). Beneficios de abandonar los privilegios masculinos del sexismo. Documento presentado en *IV Coloquio Internacional de Estudios sobre varones y masculinidades. Patriarcado en el Siglo XXI: Cambios y Resistencias*. Santiago de Chile.
- 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.
- Connel, R.W. (1997). La organización Social de la Masculinidad. En T. Valdés y J. Olavarría (Eds.). *Masculinidad/es. Poder y Crisis*, N°24, p. 31-48. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres
- 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. Recuperado de: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/EI%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf
- De Keijzer, B. (2006). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *La Manzana, Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 1(1). Recuperado de: <http://www.estudios-masculinidades.buap.mx/paginas/frames.htm>
- Jeifetz, V., Tajer, D. (2010). Equidad de Género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y Prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. En *XVIII Anuario de Investigaciones*, tomo II. p.362. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Garita Arce, C. (2001). *La construcción de las masculinidades. Un reto para la salud de los adolescentes*, San José de Costa Rica: Caja Costarricense de seguro social, PAIA, OPS, OMS, UFGA, Agencia Sueca de desarrollo internacional. Disponible en: <http://www.binnasss.sa.cr/adolescencia/masculinidades/JOB01.html>

- Giffin, K. (1994). Esfera de reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. En *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 4(1), p. 23-40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311994000100002&lng=pt&tlng=pt
- Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*. 1° Ed. Buenos Aires: Paidós.
- PROMUNDO- ECOS. (2015). *Sexualidad y Salud Reproductiva*. San Pablo: Laranjas Comunicação. Recuperado de: <https://promundo-global.org/wp-content/uploads/2015/01/Programa-H-Trabajando-con-Hombres-Jovenes.pdf>
- Tajer, D. (2006). Varones y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en varones jóvenes. Documento presentado 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. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Tajer, D. (Comp.) *Género y Salud. Las Políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tajer, D., Reid, G., Ceneri, E., y Solís, M. (2014). Equidad de Género en la Calidad de Atención en Adolescencia. En *XXI Anuario de Investigaciones*, tomo I, p. 233-240. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.
- Tajer, D., Reid, G., Lo Russo, A., y Salvo Agoglia, I. (2015). Equidad de Género en la Calidad de Atención en Adolescencia. Parte 2. En *XXII Anuario de Investigaciones*, tomo I. p p. 301-308. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.

INCLUSIÓN SOCIO-HABITACIONAL Y HABITABILIDAD: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Tisera, Ana; Lenta, María Malena; Lohigorry, José Ignacio; Hepner, Liliana Ruth; Paolin, Carla
Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

La perspectiva de derechos en salud mental debate la atención serializada y cronificante subsidiaria del modelo asilar y psicopatológico, apelando a dispositivos de intervención que trabajan con la singularidad del sujeto y su padecimiento garantizando el acceso a derechos sociales, políticos y económicos. Las prácticas de salud mental deben adoptar una organización que favorezca la propuesta de la continuidad de los cuidados mediante equipos interdisciplinarios, estrategias intersectoriales y una perspectiva comunitaria para desarrollar el trabajo terapéutico global individual. Sin embargo, la persistencia de los límites en la implementación de dispositivos que favorezcan la inclusión en la comunidad de las personas con padecimientos mentales graves, interroga la viabilidad de los procesos de inclusión sociohabitacional. En este marco se propone el desarrollo de una investigación con diseño de estudio de caso intrínseco en el que se aborda la experiencia de la residencia con apoyo denominada “Santa María” que se estableció en el marco del Programa Residencial de Salud Mental del Hospital Borda. Se implementaron entrevistas en profundidad, observaciones participantes y registro de cuaderno de campo con profesionales del programa y los participantes de la experiencia. Se analizó el contexto social de creación del proyecto y las estrategias implementadas.

Palabras clave

Residencia asistida - Salud Mental - Dispositivo - Innovación

ABSTRACT

SOCIO-HOUSING INCLUSION AND HABITABILITY: AN INNOVATIVE EXPERIENCE IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

The perspective of rights in mental health debates the serialized and chronifying attention subsidiary of the asilar and psychopathological model, appealing to intervention devices that work with the uniqueness of the subject and its suffering, guaranteeing access to social, political and economic rights. Mental health practices should adopt an organization that favors the proposal of continuity of care through interdisciplinary teams, intersectoral strategies and a community perspective to develop individual global therapeutic work. However, the persistence of the limits in the implementation of devices that favor the inclusion in the community of people with serious mental illnesses,

questions the feasibility of the processes of sociohabitational inclusion. In this framework, the development of a research with an intrinsic case study design is proposed in which the experience of residency with support called “Santa María” is discussed, which was established within the framework of the Mental Health Residential Program of Borda Hospital. In-depth interviews, participant observations and field notebook registration were implemented with program professionals and experience participants. The social context of the creation of the project and the strategies implemented were analyzed.

Key words

Assisted residence - Mental Health - Device - Innovation

La comprensión de la salud mental desde el enfoque de los derechos humanos no restringe su incumbencia al conjunto de entidades psicopatológicas definidas como *enfermedad* o *trastorno*, sino que incluye a las representaciones, las experiencias del mundo de la vida y las expresiones de las formas de *padecer* (Gaona, 2007; Fernández Liria, 2001; Mebarak et al. 2009; Faraone, 2013). Esta mirada configura el soporte de los procesos que interpelan y desafían las lógicas manicomializantes. Supone la garantía de los derechos sociales y políticos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental.

La noción de padecimiento o sufrimiento involucra, por lo tanto, un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades psicopatológicas delimitadas (Galende, 2017). Y refiere a que el conjunto de los sujetos sociales, a lo largo de sus vidas, presentan sufrimientos cuya afectación en su trayectoria de vida no solo alude al orden psicopatológico del padecimiento sino también a los sentidos subjetivos relativos al padecimiento, al imaginario social en cuanto al sufrimiento, a las representaciones y el horizonte de sentido de la sociedad en torno a dicha expresión y al acceso a la atención y al cuidado frente al sufrimiento.

En este marco surge el interrogante en cuanto a la existencia efectiva de los denominados *pacientes crónicos* en el campo de la salud mental. Amendolaro (2013) resalta que más que una característica intrínseca de los sujetos con sufrimiento o padecimiento mental, la cuestión de la cronicidad debería pensarse

en referencia a la incapacidad social y operativa del sistema de salud y la sociedad en relación con ciertos tipos de padecimientos cuyas respuestas requieren abordajes más complejos fundados en el reconocimiento de la autonomía de las personas etiquetadas de tal modo. Asimismo, afirma que noción podría ser un pretexto de las instituciones para persistir en prácticas y modalidades de atención serializantes, frente al requerimiento de intervenciones singularizadas para fortalecer la participación social de las personas con sufrimiento mental. Sin embargo, como afirman Tisera y Lohigorry (2018a) la hegemonía en las prácticas en las instituciones monovalentes de salud mental es la de producir una habituación institucional manicomializante. Este planteo no niega la posibilidad de que frente a determinadas circunstancias la situación de una persona con diagnóstico en salud mental pueda evolucionar hacia el deterioro y la cronicidad, sin embargo, nos obliga a reflexionar en torno a los dispositivos de intervención y, especialmente, a reconocer el lugar que las personas usuarias ocupan como objetos de intervención o como sujetos derechos.

En este marco, el desarrollo de estrategias que impliquen el apoyo necesario a las personas con sufrimiento mental constituye un elemento central para garantizar los derechos humanos de las personas. La revisión de los estigmas sociales, el trabajo en la conformación de vínculos de confianza y respeto, el fortalecimiento de las habilidades necesarias para que las personas puedan retomar y conducir sus propias vidas, y la vida integrada en la comunidad son requisitos centrales (Amendolaro, 2013; López Mosteiro, 2017; Tisera y Lohigorry, 2018b; Bottinelli, 2018) que se incluyen en las transformaciones paradigmáticas enunciadas en los marcos normativos y acuerdos internacionales (Convención de Caracas/1990, Principios de Brasilia/2005), nacionales (ley 26.665/2010) y de la CABA (ley 448/2001).

Leal Rubio (2006) afirma que el desmantelamiento de las instituciones totales así como también, de las prácticas de salud totalitarias ha incorporado desde el inicio de la experiencia basagliana en Italia la reivindicación de lo comunitario como alternativa. Ello implica no solo un modo diferente de comprender el malestar y el sufrimiento mental sino también las estrategias de cuidado que deben exceder al modelo asistencial tradicional basado en el hospitalocentrismo. Por lo tanto, no basta con descentralizar los espacios de atención sino que resulta central transformar cabalmente la función de los profesionales de la salud e incorporar a otros actores territoriales en las estrategias de salud, lo cual podría sintetizarse en la propuesta de la continuidad de los cuidados. Desde este enfoque, se propone considerar la situación de vulnerabilidad de la persona, no solo en cuanto a los aspectos psicopatológicos sino también en relación a su red social y su condición socio-económica. También involucra la elaboración de respuestas diferentes en los diversos momentos de padecimiento. Por ello, López Gómez (2014), González (2011), Alonso y Fombuena (2006). y Mochales (2018) coinciden en que es necesario contar con equipos interdiscipli-

narios, estrategias intersectoriales y una perspectiva comunitaria para desarrollar el trabajo terapéutico global individual.

Sin embargo, diversos estudios señalan límites en la implementación de la ley nacional de salud mental y adicciones 26.657. En Zaldúa et al. (2013), MPT (2013) y Zaldúa et al. (2016) se da cuenta de obstáculos económicos, epistémicos y políticos en la implementación de la ley registrados en los dispositivos y desde la perspectiva de los/as trabajadores/as de la salud de CESACs, hospitales generales y monovalentes. Mientras que el Consejo Consultivo Honorario, órgano creado en 2014 en el marco de la normativa, señala en sus informes de 2016 y 2018 que en el campo de las políticas de salud mental a nivel nacional resultan alarmantes la baja de contratos de trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA) que cumplieran funciones estratégicas en la implementación de la normativa, sin prever su renovación. Así como también el cierre de programas territoriales que promovían la atención en la comunidad, entre otras problemáticas.

En este marco de transformación sinuosa del modelo tutelar manicomial y la existencia efectiva de políticas y dispositivos efectivos para la inclusión social de personas con larga data de internación, surgen interrogantes en torno a ¿cuáles son las estrategias posibles de inclusión sociohabitacional de personas sufrimiento mental y larga data de internación? ¿Cómo favorecer estrategias colectivas para la vida autónoma de las personas con padecimiento mental en la comunidad? ¿Qué prácticas de continuidad de cuidados son requeridas por los dispositivos de transición a la comunidad?

Estrategia metodológica

En función del problema planteado se desarrolló un estudio de caso único de valor intrínseco (Yin, 2013) con enfoque metodológico cualitativo (De Souza Minayo, 2009). El estudio de caso es un diseño de investigación que supone que el objetivo es conocer y comprender la especificidad de una situación definida como caso, distinguir sus componentes y relacionar sus partes con la totalidad. El carácter intrínseco plantea la valoración del caso en sí mismo por su carácter extremo o atípico y no requiere comparabilidad. El enfoque cualitativo plantea que todo proceso de producción de conocimiento es una construcción teórica que surge a partir de la acción desde una dialéctica de subjetivación y de objetivación de la realidad que se busca conocer. Valora la producción de sentidos y significados de los sujetos participantes desde su indexabilidad, es decir, desde su relación con el dispositivo en el que se producen.

En este marco este trabajo se propone desarrollar el objetivo de analizar una experiencia innovadora de inclusión sociohabitacional de personas con padecimientos mentales graves y larga data de internación en el marco del Programa Residencial de Salud Mental del Hospital Borda (PRSM).

Universo y muestra: el Programa Residencial en Salud Mental del Área Programática del Hospital Borda, es un programa co-

munitario de inclusión socio-habitacional, complementario de la atención en salud, que se propone acompañar los procesos de externación de personas que presentan diagnósticos de salud mental complejos e internaciones de media y larga data en el hospital monovalente y que cuentan con la alta clínica interdisciplinaria. Funciona con un nuevo proyecto institucional desde enero de 2017 cuyo énfasis es la autonomía y continuidad de los cuidados de las personas usuarias. El PRSM está conformado por una Casa de Medio Camino ubicada en el barrio de Flores, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Hospital de Noche, situado en el predio del Hospital Borda. Entre ambos espacios, el programa tiene la capacidad de alojar a 16 personas en simultáneo (8 en cada uno de los espacios). Y cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por 8 profesionales de planta a tiempo completo o parcial de diferentes disciplinas (psicología, trabajo social y psiquiatría).

Entre mayo de 2018 y enero de 2019 participaron en el PRSM 20 personas tanto en la instancia de admisión como de alojamiento en uno de los dos dispositivos y en el seguimiento en el momento posterior al egreso. En ese período la media de permanencia de alojamiento en el PRSM fue de 9 meses, encontrando luego de ese período la inclusión en la comunidad a través de una vivienda el 86 por ciento o la reinternación el 14 por ciento. Entre las personas que se incluyeron habitacionalmente en la comunidad, el 50 por ciento lo hicieron en hoteles, 17 por ciento en una vivienda propia o familiar y 33 por ciento en el dispositivo "Santa María".

El dispositivo "Santa María" es una casa ubicada en un barrio en la zona sur de la CABA en la que viven cuatro señores participantes del PRSM que ha adquirido la modalidad de vivienda asistida por el programa. La misma es propiedad de uno de los participantes del PRSM y ha sido definida como el caso a estudiar en este trabajo.

Instrumentos: para el desarrollo del estudio se implementaron observaciones participantes en reuniones de equipo, en reuniones de convivencia y registro en cuaderno de campo de conversaciones formales e informales del proceso de elaboración de la estrategia de inclusión socio-habitacional, del seguimiento y de las percepciones del proceso por parte de los señores habitantes del dispositivo "Santa María".

Resultados

La inclusión socio-habitacional y la crisis de las políticas de salud mental

Desde el PRSM el objetivo de que los usuarios logren la inclusión sociolaboral implica el desarrollo de diversas estrategias. Al momento de realizar la admisión muchas personas mencionan que la posibilidad de obtener un lugar dónde vivir, ya sea alquilando una habitación de hotel o regresando a un domicilio propio, será a partir de obtener un empleo.

Las dificultades en poder conseguir un trabajo para las personas

usuarias del sistema de salud mental en contextos de crisis socioeconómica que permita solventar los gastos cotidianos conllevan a que sea mediante los recursos de la seguridad social la forma en que los usuarios puedan viabilizar su establecimiento en la comunidad (Tisera, Lohigorry y Lenta, 2016).

Así la gestión del Certificado de Discapacidad, de la Pensión No Contributiva, de la Cobertura Ciudadanía Porteña y del Subsidio Habitacional posibilita adquirir recursos de la seguridad social que favorezcan el acceso a derechos y a la vida en comunidad. En el actual contexto político, económico y social la gestión de estos recursos toma tiempos extendidos que no se adecuan a los procesos de cada una de las personas en su camino de externación. Además, aquellas personas que sean propietarias de un inmueble, más allá que esa vivienda no sea habitable o sea compartida con otras personas, dificulta aún más la gestión de los recursos de la seguridad social, lo que implica la presentación de documentación e informes extra para solicitar que los mismos sean otorgados, incluyendo estrategias de justiciabilidad del derecho a la vivienda puesto que se debe someter el derecho a la acción del sistema de justicia para garantizar su acceso (Zaldúa et al., 2016).

Así, la experiencia de una residencia asistida surgió como estrategia de intervención dentro del PRSM en cogestión con los usuarios y con los equipos intervinientes de otros programas de salud mental: Programa de Externación Asistida para la Integración Social y Laboral (PREASIS) y Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, así como la articulación con la Comisión de Personas con Discapacidad (COPIDIS).

La experiencia de la casa Santa María se conformó con cuatro integrantes, participantes del PRSM, a partir de distintos factores y características que posibilitaron pensar la experiencia en común:

- *Omar, Osvaldo, y Víctor poseían vivienda, pero, por diversos motivos ninguno podía residir en las mismas. Además, Osvaldo y Víctor figuraban como propietarios, por lo que se les dificultaba gestionar distintos recursos de la seguridad social. Osvaldo, como proyecto individual durante el proceso de admisión al Programa Residencial, planteó volver a vivir a su domicilio, ubicado en el barrio de Barracas. En ese momento, estaba alquilado por una persona desde hacía varios años, con el contrato de alquiler vencido y abonando un monto de dinero muy bajo. Luego de acompañar la recuperación de la vivienda y al ser la casa lo suficientemente grande como para que puedan vivir cuatro personas (la misma cuenta con dos dormitorios, un comedor y una sala de estar) se propuso y se acordó con Osvaldo que pueda alquilarles a otras tres personas una habitación generando un ingreso económico al no poder tramitar la pensión no contributiva por tener una vivienda. En el caso de Víctor, vía instancias judiciales, solicitó revisión de la denegación de otorgamiento de la pensión no contributiva. Posteriormente solicitó al Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación un subsidio que permita reparar su casa para poder vivir allí. Como no obtuvo res-*

puestas solicitó y obtuvo el subsidio habitacional, teniendo que adjuntar, a los documentos y requisitos que se solicitan, copias de las escrituras y diversos informes de los equipos intervinientes. Omar posee una casa familiar donde manifestó que podría regresar a vivir, pero que también necesitaba arreglos, además de esperar que un familiar que residía allí logre su mudanza. Es por ello por lo que decidió en un primer momento tramitar el subsidio habitacional y sumarse al proyecto de la casa Santa María (Observación participante). - Omar, Osvaldo y Víctor antes de ingresar al Programa Residencial tuvieron internaciones de entre dos y tres años. En el caso de Silvio la misma se extendió durante diez años. Es por ello, que, pese a contar con la pensión no contributiva y gestionar la Cobertura de Ciudadanía Porteña, se dificultaban sus posibilidades de inclusión sociohabitacional, ya que, por diversos aspectos singulares, no se proyectaba viviendo en una habitación de hotel solo. Es por ello que, a partir de su buen vínculo con Omar a quien ya conocía del servicio de internación y con quién compartió el proceso en Hospital de Noche, se propuso que puedan sumarse juntos a la vivienda Santa María. De esta forma Silvio gestionó con el acompañamiento del PREASIS el subsidio habitacional comenzando a residir junto a sus tres compañeros (Observación participante).

- Víctor y Osvaldo también compartieron durante unos meses la convivencia en Casa de Medio Camino, lo que favoreció que puedan generar un buen vínculo y que decidieran compartir la experiencia de la vivienda Santa María (Observación participante).
- La ubicación de la vivienda en Barracas también fue un aspecto importante, ya que favoreció el acompañamiento e intervención de los distintos equipos participantes en el proceso de externación e inclusión sociohabitacional de los usuarios (Observación participante).

Tal como se observa en la narrativa de la observación participante que sintetiza el proceso de conformación de la estrategia de inclusión sociohabitacional, una vez que se conformó el grupo, comenzó un segundo momento que consistió en poder equipar la vivienda para que sea habitable. De esta forma se realizó una convocatoria a diferentes actores sociales: a equipos intervinientes del hospital, a los familiares de los residentes e instituciones solidarias que aportaron muebles, electrodomésticos, ropa, transporte, etc. para poder poner en marcha el proyecto. Este proceso comenzó en enero de 2019 y se extendió durante dos meses; tiempo en el que los usuarios iban turnándose para dormir en la casa, alternando con su estadía en los dispositivos residenciales. El establecimiento progresivo en la vivienda fue acompañado por el equipo del PRSM trabajando aspectos subjetivos, relacionados al habitar y con la gestión de los recursos de la seguridad social pendientes, que configuraron un andamiaje en el proceso transicional a la vida en comunidad (Bruner, 1997).

Hacer lazo social, construir la habitabilidad

Los grupos suelen conformarse para garantizar una acción común o ciertos intereses compartidos que no podrían lograrse de modo aislado. Se torna necesario allí institucionalizar el proyecto y regular la convivencia de sus distintos componentes mediante la construcción de un marco simbólico que regule las relaciones sociales (Kaës, 1995). En este caso, las dificultades de armar lazo por parte de los participantes de la experiencia requirieron de un apuntalamiento del equipo que permitió conformar una red intersectorial de acompañamiento de los procesos. Por ello desde enero de 2019, mientras se acondicionaba la vivienda de Santa María, se mantuvieron desde el PRSM reuniones periódicas con los equipos que intervenían desde PREASIS, Talleres de Rehabilitación y COPIDIS. De esta forma se fueron consolidando estrategias de acompañamiento en la vivienda, consensuada con sus residentes, por ejemplo, pensando qué aspectos de la dinámica de los dispositivos residenciales podrían retomarse, cómo acompañar la vinculación con los vecinos (la vivienda de Santa María se encuentra en una propiedad horizontal compartida con otras tres viviendas) y cómo promover los vínculos entre los residentes y de ellos con sus referentes familiares y vinculados. Junto con esto fue fundamental poder hacer un seguimiento y acompañamiento del subsidio habitacional que implica la presentación mensual del recibo de alquiler en una oficina zonal para que sea habilitado el próximo pago.

De esta forma se comenzó a asistir una vez por semana a la casa realizando distintas actividades, además de las reuniones de convivencia. Durante estos meses cabe destacar que:

- Se trabajó y acompañó respecto de la reparación de distintas averías en la casa (cambiar el cuerito, identificar el disyuntor y la instalación eléctrica, instalación de la heladera, etc.) (Observación participante).
- Se acompañó la organización de tareas (comidas, limpieza, etc.), participando todos con comentarios y apreciaciones (Observación participante).
- Se acompañó los cálculos respecto de los servicios y los montos a abonar, así como al manejo de dinero en general (Observación participante).
- Se acompañó distintas situaciones subjetivas de malestar o dificultades para continuar con los tratamientos. Así como aspectos familiares que requirieron distintas estrategias de intervención (Omar, Víctor, Silvio con sus familiares y con su participación en Talleres de Rehabilitación y PREASIS) (Observación participante).

Construir la habitabilidad de un espacio no solo implica el desarrollo de acciones para su recuperación efectiva, su funcionalidad material y su sostenimiento económico a largo plazo, sino que implica especialmente la elaboración de estrategias singulares y grupales que resultan fundamentales cuando se trata de personas con padecimientos graves. El derecho a vivir en comunidad debe ser apuntalado por las diversas interven-

ciones de diferentes instituciones del campo de la salud/salud mental que promuevan la autonomía progresiva de los participantes del proyecto.

Comentarios finales: tensiones entre la norma y la excepción

Las experiencias de los pisos o casas asistidas o acompañadas en el mundo no son novedosas (David Lascorz, et al, 2018; Guimón, 2016). Sin embargo, la experiencia del proyecto Santa María se instituye como una propuesta innovadora en tanto parte de la propuesta de un programa de inclusión sociohabitacional ante la falta de políticas y recursos adecuados para garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos de las personas a vivir en la comunidad.

Y habilita la posibilidad de pensar en nuevos proyectos habitacionales a partir de los recursos efectivos de los propios participantes del PRSM, lo que hace énfasis en la relevancia de las estrategias de fomento de la grupalidad, de justicia de derechos y de trabajo intersectorial. Al mismo tiempo abre interrogantes en función del acceso a los derechos a partir de la excepción y no como componente de las políticas en el sector.

BIBLIOGRAFÍA

- AGT (2014). La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Visitado en https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn20_de_la_ley_al_barrio.pdf
- Alonso Alfonso, R., Fombuena Valero, J. (2006). La ética de la justicia y la ética de los cuidados. *Portularia*, VI (1), 95-107.
- Amendolaro, R. (2013). Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos. En *Revista de Salud Mental y Comunidad* 3(3), 19:28.
- Bottinelli, M. (2018). El derecho a la salud, la salud como derecho. En Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M. y Longo, R. Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental. Buenos Aires: Teseo.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar.
- Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (2017). Documento: Actualidad de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina. Visitado en <https://www.redsaludmental.org.ar/2017/01/documento-del-consejo-consultivo-honorario-en-salud-mental-y-adicciones/>
- Dirección General de Estadísticas y Censos (2018a). Promedio de camas disponibles en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por especialidad según hospital. Ciudad de Buenos Aires. Año 2017. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda GCBA. Dirección General de Estadísticas y Censos (2018b). Egresos, indicadores de internación y consultas externas por hospital. Año 2017. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda GCBA.
- Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. En *Revista de Salud Mental y Comunidad* 3(3), 29:40.
- Faraone, S. y Valero, A. (2012). Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina). En *Delito y Sociedad* 23, 96:109.
- Faraone, S., Valero, A., Torricelli, F., Rosendo, E., Méndez, M. y Geller, Y. (2012). Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en santa fe y tierra del fuego. En *Revista Argentina de Salud Pública* 3(12), 28:33.
- Fernández Liria, A. (2001). Una confluencia en las narrativas. En Fernández Liria A., Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, Estado Español: Desclee de Brouwer
- Galende, E. (2017). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Gaona, C. (2007). Los procesos comunicativos de la salud: La construcción de la experiencia de salud en el análisis concreto del desarrollo local del municipio Campo de Níjar (Almería). En *Intersticios Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 1 (2), 62-81.
- González, A. (2011). Programas de continuidad de cuidados: el ejemplo del distrito de Chamartín de Madrid. *Estudios de Psicología*, 16(3), setiembre-diciembre/2011, 313-317
- Guimón, J. (2016). De la cuna al asilo: ¿Cuál es el futuro de la Salud Mental en Europa? Bilbao, Estado Español: Deusto.
- Kaës, R. (1995). La impunidad amenaza contra lo simbólico. En Kordon Diana y otros. *La impunidad, una perspectiva psicosocial y clínica*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Lascorz, D., Serrats, E., Ruiz, B., Ximenes, A., Vegué, J. y Pérez, V. (2018). Estudio descriptivo de la evolución experimentada por los usuarios de una residencia de salud mental, tras 10 años de funcionamiento. En *Actas Esp Psiquiatría* 46(1), 12:20.
- Leal Rubio, J. (2006). La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental. En Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*. Madrid, Estado Español: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- López Gómez, D. (2014). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. En *Rehabilitación psicosocial* 3(1), 17:25.
- López Mosteiro, V. (2017). *El trabajo vivo en acto*. Buenos Aires: Topía.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. y Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. En *Psicología desde el Caribe* 23, 85:112.
- Minayo, C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.
- Mochales, M. (2018). *La rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental en Madrid: la experiencia de un servicio de salud mental comunitario MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR M^a Concepción Vicente Mochales Directora Alfonsa Rodríguez Rodríguez Madrid, Universidad Complutense de Madrid*.
- OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.



- OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OPS (2013). Salud Mental. Guía del promotor comunitario. México: OPS.
- Sarraceno, B. (2013). La liberación de los pacientes psiquiátricos. México, México: Editorial Pax.
- Tisera, A. y Lohigorry, J. (2018a). Modelos de atención en salud mental. Dispositivos asilares versus dispositivos comunitarios. En Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M. y Longo, R. Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental. Buenos Aires: Teseo.
- Tisera, A. y Lohigorry, J. (2018b). Prácticas inclusivas socio-habitacionales. Programa Residencial en Salud Mental, Hospital José T. Borda. En Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M. y Longo, R. Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental. Buenos Aires: Teseo.
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. y Joskowicz, A. (2016). Salud mental y desinstitucionalización en los procesos de externalización. En Zaldúa, G. (comp.) Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales. Buenos Aires, Argentina: Teseo.

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y POLÍTICAS DE SUFRIMIENTO

Vázquez, Andrea Elizabeth
Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El viraje de las políticas de salud viene produciendo el desmantelamiento de derechos ciudadanos cuyos efectos a largo plazo aún son difíciles de calcular. El análisis integral de estas transformaciones, permite visualizar una operatoria de políticas que sostienen los núcleos más retrógrados y duros del neoliberalismo: mercantilización de la salud, omisión de la implementación de normativas específicas en la temática y de sus principios, definición del problema desde una perspectiva individual y centrada en las sustancias y, finalmente, la profundización de los procesos de estigmatización y de prácticas discriminatorias. Desde el cambio de gestión a nivel nacional, se viene obstaculizando y –finalmente- deteniendo el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) que se inició en 2010. El problema central sobre el cual avanzar, no tiene relación específica con las sustancias consumidas sino con el problema de la accesibilidad a los servicios de salud y una decena de derechos que suelen ser vulnerados a las personas con estos problemas.

Palabras clave

Consumos - Problemas - Políticas - Sufrimiento

ABSTRACT

PROBLEMATIC CONSUMPTION AND SUFFERING POLICIES

The change in health policies has produced the dismantling of citizen rights whose long-term effects are still difficult to calculate. The comprehensive analysis of these transformations, allows us to visualize an operative of policies that support the most retrograde and hard core of neoliberalism: health commodification, omission of the implementation of specific regulations on the subject and its principles, definition of the problem from a perspective individual and substance-focused and, finally, the deepening of the processes of stigmatization and discriminatory practices. Since the change of management at the national level, it has been hampered and -finally- stopping the implementation process of the National Mental Health Law (LNSM) that began in 2010. The central problem on which to move forward has no specific relationship with the substances consumed but with the problem of accessibility to health services and a dozen rights that are often violated to people with these problems.

Key words

Consumptions - Problems - Policies - Suffering

Introducción

El viraje de las políticas de salud viene produciendo el desmantelamiento de derechos ciudadanos cuyos efectos a largo plazo aún son difíciles de calcular.

El retorno de la institución manicomial como organizadora del sistema de atención de los problemas de salud mental, la jerarquización del discurso médico[i] psiquiátrico desvalorizando el abordaje interdisciplinario y el desconocimiento de las instancias previstas para la discusión y monitoreo del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, parecen indicar que va teniendo lugar algo aún más regresivo que una vuelta los lineamientos de las políticas de salud mental de los años '90.

Los cambios de lineamientos políticos[ii]

El impacto de estas políticas se puede analizar en cuatro ejes. El *primero* de los ejes, es la profundización de unas políticas que no son de salud ni sociales sino de asignación de recursos propias del modelo neoliberal de mercantilización de la salud y la producción de nichos de derivación de fondos públicos. El circuito de derivaciones previsto, supone utilizar efectores que no forman parte del sistema de salud estatal y cuyo financiamiento se sostiene a partir de la transferencia de fondos del Estado al ámbito privado. Tal es el caso del establecimiento de convenios con Comunidades Terapéuticas del ámbito privado utilizado en sus comienzos para dar respuesta a la internación de personas con sufrimientos mentales y luego extendido a la atención de los problemas de adicciones.

El *segundo* eje se refiere a la centralización, especialización y medicalización. Se da la implementación de acciones contrarias a los principios establecidos en las normativas vigentes que configura un verdadero proceso de vulneración de derechos ciudadanos. Se abandona la tendencia a la descentralización y se avanza en una centralización de admisiones y posterior derivación. Esta idea alude no solamente a una lógica organizativa del sistema de salud sino también territorial, para favorecer la accesibilidad de las personas a servicios de salud cercanos a los lugares en que viven y con ello mejorar la equidad en salud. La centralización, a la vez que puede producir problemas de accesibilidad, puede favorecer la segregación al reunir en un solo lugar la atención de personas con padecimientos psíquicos. En el caso de las personas con consumos problemáticos, esto produce efectos de exclusión.

La profundización de la especialización, supone una regresión

en términos de reforma del campo de la salud mental. Queda de lado la pretendida “*desespecialización*” que abona una concepción de salud integral. El ideario de fortalecimiento del enfoque comunitario, la inclusión de los problemas de salud mental en el primer nivel de atención y en los hospitales generales, supone la *despatologización* orientada a disminuir la estigmatización e identificación por la problemática de salud que padece la persona. La atención en “*centros especializados*” propicia la segregación, profundiza la estigmatización y produce la discriminación de las personas con estos problemas.

Lejos de la perspectiva de salud mental comunitaria, se invierte en la ampliación y remodelación de estructuras de raigambre manicomial. La inversión en servicios de salud mental de base comunitaria supone la decisión política de realizar un trabajo en dos sentidos: mantener financieramente y limitar ideológicamente la centralidad de los servicios tradicionales existentes a la vez que crear y fortalecer los servicios comunitarios.

El *tercero* de los ejes se refiere a la definición misma del problema de los consumos y los modos de abordaje. Se lo plantea como un problema de conductas y de sustancias en el contexto de una propuesta de abordaje de políticas sociales, mostrando una profunda incongruencia. No se lo trata como un problema de salud, tampoco como un problema social y se le aplica un modelo de tratamiento enfocado en la rehabilitación. Conceptualización que ha sido fuertemente criticada por ser reduccionista y por omitir la complejidad de la problemática. El modelo de tratamiento por pago de cápitas[iii] ha sido largamente cuestionado también tanto desde el financiamiento como en cuanto a las prácticas que ha posibilitado. En muchos casos se han extendido internaciones infundadas o fundadas en criterios económicos en desmedro de los intereses de los pacientes, se ha omitido la atención profesional y en ocasiones se han instaurado prácticas centradas en el castigo[iv]. Existe un importante número de denuncias[v] sobre Comunidades Terapéuticas por irregularidades en el financiamiento y en los tratamientos, entre otros. Muchas de estas comunidades, conveniadas con ministerios de salud provinciales.

El *cuarto* eje de análisis se refiere a la multiplicidad de denominaciones atribuidas a la problemática que muestra una gran desorientación sobre el tema bajo una investidura de promoción de derechos ciudadanos. Políticas que se difunden como inclusivas, pero que producen y reproducen los núcleos duros de la estigmatización sobre las personas con consumos problemáticos. Este es un proceso de objetivación que se produce por medio de una operación que supone individualizar el proceso salud-enfermedad-cuidado y reducir ese sufrimiento a un cuadro psicopatológico y al sujeto a un constructo. Esta reducción conlleva la negación de la complejidad del proceso. Aunque la psicopatología sea útil como herramienta terapéutica, es clave tener en cuenta que el sufrimiento subjetivo no puede reducirse a un cuadro diagnóstico.

El análisis integral de los ejes referidos, permite visualizar una operatoria de políticas que sostienen los núcleos más retrógrados y duros del neoliberalismo: mercantilización de la salud, omisión de la implementación de normativas específicas en la temática y de sus principios, definición del problema desde una perspectiva individual y centrada en las sustancias y, finalmente, la profundización de los procesos de estigmatización y de prácticas discriminatorias.

En general prevalece la fragmentación de las respuestas estatales. Sigue habiendo desarticulación en la conceptualización del problema que, cuando no es designado como un problema de (in) seguridad es nombrado como un problema de salud desarticulado de la situación social en que se encuentran los sujetos. La estigmatización[vi] de estas personas es un viejo y poderoso proceso social con plena vigencia. Lo novedoso es la existencia de políticas que refuerzan los procesos de estigma en un escenario macro de reforma del campo de la salud mental. Lejos de considerarlo coyuntural, entendemos que estos lineamientos configuran un *proceso político de producción de segregación de personas y exclusión en salud*.

La producción de políticas de sufrimiento

En *La patetización del mundo*, Fassin (1990) analiza la forma en que los gobernantes desarrollan políticas sociales y sanitarias a partir de un modelo mediante el cual tiene lugar una *representación patética de las desigualdades* sociales y la introducción del *pathos en lo político*

Se trata de un minucioso proceso de modelización social mediante el cual se difunde y profundiza la idea de naturalizar las desigualdades sociales (para homologarlo a un estado natural de la situación) y luego, utilizando el mismo caudal signifiante y comunicacional, se producen políticas, planes y programas cuyo eje central es la reproducción sistemática de esa inequidad. Esa orientación en las políticas no solo omite proteger a grupos poblaciones que ya han sido vulnerados, sino que asegura su vulneración permanente. El artilugio por el cual se sostiene la mascarada de ampliar derechos con políticas que tienen como objetivo hacerlos desaparecer es el proceso que puede denominarse aquí como la producción de *políticas de sufrimiento*.

Valga como ejemplo de este poderoso proceso a la confusa denominación de personas con consumos problemáticos que no permite distinguir si se trata de políticas sanitarias o represivas. El viejo Informe “*Invertir en Salud*” (Banco Mundial, 1993) vuelve a convertirse en un actualizado *Manual sobre recorte de derechos[vii]* al releer el análisis en el que plantea que del total del porcentaje del gasto público en salud “(...) una excesiva proporción de esa suma se destina a atención especializada en establecimientos de nivel terciario, que ofrece escasos beneficios en relación con el dinero gastado” (p.iii).

Desde el cambio de gestión (Vázquez y Ferreyra, 2017) a nivel nacional, se viene obstaculizando y –finalmente- deteniendo el

proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) que se inició en 2010. Estos obstáculos se expresan en dos dimensiones. Por un lado se van neutralizando los espacios creados para la discusión y monitoreo de la ley y por otro lado vuelve a jerarquizarse un enfoque unicausal, individualista, biologicista y orientado a buscar explicaciones en teorías basadas en evidencias y en las neurociencias. La apelación a una responsabilidad individual por un padecimiento, la promesa de las píldoras como panacea frente a signos y síntomas abona un contexto de invisibilización de que las condiciones sociales en que viven las personas producen sufrimientos. Y que estos, devienen de la inequidad y de la imposibilidad de ejercer derechos ciudadanos.

El cambio de prácticas de base comunitaria a intervenciones basadas en individuos se aleja del enfoque de derechos cuyo andamiaje es la inclusión social.

Retorna la discusión con respecto a la hipervalorización del poder médico por encima de la intervención de profesionales de otras disciplinas atentando contra la necesidad de un abordaje interdisciplinario.

La retracción de las intervenciones territoriales y comunitarias, la recentralización de la mirada médica en la producción de diagnósticos y, lo más importante, la toma de distancia de las vivencias de los propios sujetos en cuanto a sus padecimientos; se transforma en un pilar central del fortalecimiento de la alianza con la industria farmacéutica y los laboratorios. La supervalorización de los efectos de los psicofármacos en la producción de bienestar subjetivo al alcance de unos pocos, supone un retorno, y con ello una regresión, a prácticas pensadas para intervenir sobre una sintomatología que ignora la centralidad de los sujetos.

Laboratorios, corporaciones, asociaciones profesionales y otros actores vuelven a aparecer en la escena que pone en discusión los aspectos centrales de la Ley Nacional de Salud Mental. En paralelo, se vienen desfinanciando programas e ignorando instancias de discusión y participación que se crearon con la finalidad de monitorear el cumplimiento de los derechos previstos en la ley.

Discusión

El problema central sobre el cual avanzar, no tiene relación específica con las sustancias consumidas sino con el problema de la accesibilidad a los servicios de salud y una decena de derechos que suelen ser vulnerados a las personas con estos problemas. Se trata de poner el eje en los sujetos y en su inclusión social; captar las realidades locales y desarrollar intervenciones que reconozcan sus especificidades históricas, sociales, culturales; potenciar el pleno acceso a los derechos y la capacidad transformación de la realidad de personas y grupos; construir estrategias de trabajo que propongan un abordaje integral y que dé cuenta de la complejidad de la problemática. Estos son los puntos relevantes que debieran transformarse para asegurar un

marco de políticas respetuosas de los derechos humanos. Estas políticas, deberían partir de la convicción de que: donde hay un sujeto que sufre, debe haber una institución de salud que lo atiende, la convicción de que un sujeto con trabajo, tiene menos posibilidades de aislarse, la convicción de que un sujeto que tiene menos posibilidades de aislarse tiene más posibilidades de producir y mantener sus lazos sociales, la convicción de que un sujeto incluido, tiene menos posibilidades de tener un consumo problemático. Ese es el desafío en curso.

NOTAS

[i] Puede consultarse el artículo sobre Medicalización y consumos. Stolkiner, Vázquez y Quercetti (2016). Op. Cit.

[ii] Publicado en Revista Soberanía Sanitaria (2018). Op. Cit

[iii] Alude al pago por prestación de salud/persona (“por cabeza”) que organismos estatales realizan a instituciones de salud a cambio de la prestación realizada, A falta de instituciones propias, se contrataban prestaciones de Comunidades Terapéuticas. Esta modalidad fue muy utilizada durante los años '90, aplicada al tratamientos para personas drogadependientes. Luego muy discutida al analizar que la misma operatoria produjo sobredemanda de prestaciones que en ocasiones produjo extensiones innecesarias de internaciones.

[iv] En la investigación recientemente publicada sobre la Fundación San Camilo, el periodista Pablo Galfré denuncia las prácticas de castigo padecidas por los pacientes internados en esa Comunidad Terapéutica. Galfré (2017). Op. Cit.

[v] Puede verse: El castigo como un tratamiento (1998): <http://www.pagina12.com.ar/1998/98-03/98-03-29/pag23.htm> Menores tratados por expertos (1998): <http://www.pagina12.com.ar/1998/98-04/98-04-26/pag21.htm> Denuncian irregularidades en la comunidad terapéutica de Chapadmalal (2014): <http://www.loquepasa.net/web/?p=45955>

[vi] Vázquez y Stolkiner (2008). Op. Cit.

[vii] En las 351 páginas del Informe no se utiliza la palabra derecho.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud. Washington. D.C. E.E.U.U.
- Fassin, D. (1999). La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento. En Viveros Vigoya, M y Garay Ariza, G. (Comps.) *Cuerpos, diferencias y Desigualdades* (pp.31-41). Colombia: CES.
- Galfré, P. (2017). *La comunidad: un viaje al abismo de una granja de rehabilitación*. Buenos Aires: Cuadernos Sudestada.
- Ley 26.657 (3/12/2010). Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). Ley Nacional de Salud Mental.
- Vázquez, A. (2018). Las políticas de sufrimiento. Dossier Salud Mental. *Soberanía Sanitaria*. Año 2, 4, 47-50.
- Stolkiner, A., Vázquez, A., Quercetti, F. (2016). Medicalización y consumos ¿Problemáticos? *Memorias de VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología. UBA*, 2, 108-11.



Vázquez, A., Ferreyra, J. (2017, 30 de noviembre). Consumos problemáticos o “consumidores problemáticos”. *Psicología. Diario* Página 12. Recuperado el 25 de mayo de 2019 de: <https://www.pagina12.com.ar/79325-consumos-problematicos-o-consumidores-problematicos>

Vázquez, A., Stolkiner, A. (2008) Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, XVI*, 295-303.

UN ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE EL IMPACTO PSICOLÓGICO MATERNO EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN Y NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Vázquez, Natalia; Ortega, Javiera; Scavone, Kevin; Samaniego, Virginia Corina
Pontificia Universidad Católica Argentina. 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 las características del impacto psicológico que tienen las madres de niños con diagnóstico de Síndrome de Down (SD) y las madres de niños con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Para ello se entrevistó a 18 madres, 9 por cada diagnóstico, en la sección de genética médica del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG). 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 Genetic Health Literacy Screening Tool, Psychological Adaptation Scale, Genetic Counseling Outcome Sacale y Adult Self Report. Como conclusiones preliminares del estudio, sobre madres de niños con SD y TEA puede decirse que: el impacto psicológico repercute de manera más negativa en la salud mental; y de manera más positiva en el empoderamiento, la aceptación del diagnóstico y la comprensión de términos genéticos.

Palabras clave

Impacto psicológico materno - Enfermedades genéticas SD TEA

ABSTRACT

A PRELIMINARY STUDY ON THE MATERNAL PSYCHOLOGICAL IMPACT IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME AND CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

From the framework of the psychology of health, it has been demonstrated how the diagnosis of certain chronic medical conditions significantly affects the family environment. The present investigation was aimed at analyzing the characteristics of the psychological impact of mothers of children diagnosed with Down Syndrome (DS) and mothers of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD). For this, 18 mothers were interviewed, 9 for each diagnosis, in the section of medical genetics of the Dr. Ricardo Gutiérrez Children's Hospital (HNRG). It is a non-experimental, descriptive, cross-sectional design study. The administered protocol consisted of an informed consent, a sociodemographic data questionnaire, and the Genetic Health

Literacy Screening Tool, Psychological Adaptation Scale, Genetic Counseling Outcome Sacate and Adult Self Report instruments. As preliminary conclusions of the study, about mothers of children with DS and ASD we can say that: the psychological impact has a more negative impact on mental health; and in a more positive way in the empowerment, the acceptance of the diagnosis and the understanding of genetic terms.

Key words

Psychological maternal impact - Genetic diseases Down Syndrome Autism Spectrum Disorder

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se propone analizar las características del impacto psicológico que tienen las madres de niños con diagnóstico de Síndrome de Down (SD) y las madres de niños con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Para ello se entrevistó a 18 madres, 9 por cada diagnóstico, en la sección de genética médica del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG), evaluado aspectos del empoderamiento, alfabetización en genética, adaptación psicológica al diagnóstico y salud mental.

Distintos estudios han demostrado que el diagnóstico de condiciones que comprometen la salud pediátrica y que involucran un componente genético en su etiología, genera en los padres un impacto psicológico en términos de estrés, ansiedad, dolor, tristeza y depresión; dando lugar a la aparición de sentimientos de preocupación, incertidumbre, ira, vergüenza y culpa (Biesecker, 2010; Dinc & Terzioglu, 2006; Kessler, Kessler, Ward & Opitz, 1984; McAllister et al., 2008). Esta crisis a nivel familiar se vincula directamente con el anhelo de los padres de tener un hijo "sano" (Biesecker & Erby, 2008; González-Lamuño & Fuentes, 2008). La llegada de un hijo con discapacidad pone en movimiento aspectos físicos, psicológicos y emocionales en los padres, y esto se complejiza aún más cuando se trata de una enfermedad crónica (Campbell-Araujo & Figueroa Duarte, 2001). El cuidado de un hijo con una condición crónica genera un desgaste físico y emocional (Eiser, 1990). Particularmente en las madres, se ha estudiado que el impacto psicológico es aún mayor, por ser quienes más se preocupan por la salud y el desarrollo de sus hijos (Ballesteros De Valderrama et al., 2006;

Samaniego, 2007). Esto puede llevar a que las madres se muestren más controladoras y con menor tolerancia hacia el comportamiento infantil, lo cual se convierte en un factor de riesgo para la salud mental del niño (Vázquez, 2015).

Se demostró, en madres de niños con condiciones genéticas, que los niveles de adaptación psicológica al diagnóstico de su hijo se asociaban con mejores niveles de empoderamiento, alfabetización en genética y menores problemas en la salud mental (Vázquez, Ortega, Samaniego & Arberas 2018). Pero hasta el momento, estos estudios no se han centrado en diagnósticos específicos, eran familias que acudían al servicio de genética por diferentes diagnósticos genéticos o por la falta del mismo. Por ello, se decidió investigar qué características tiene el impacto psicológico en la madres que tienen un hijo con una condición de causa exclusivamente genética cuyo diagnóstico se da de manera temprana (durante el embarazo o al nacimiento) como sucede en el caso del SD, y el impacto psicológico en las madres que tienen un hijo con una condición de causa multifactorial, como es el TEA, cuyo diagnóstico suele demorarse algunos años.

El SD, es una de las condiciones genéticas con mayor conocimiento social, dada su alta prevalencia y posibilidades de diagnóstico temprano. Su etiología se debe a una trisomía del par cromosómico 21. Entre sus características clínicas más distintivas pueden mencionarse que es la causa más frecuente de origen cromosómico de Discapacidad Intelectual. Las personas con SD presentan un retraso en el desarrollo psicomotor y el lenguaje, y en su comportamiento si bien suelen ser mayormente sociales y simpáticos, pueden también mostrarse obstinados y caprichosos (Ruggieri & Arberas, 2003). Su diagnóstico genera un impacto psicológico importante en las madres, se ha demostrado la presencia de sentimientos de negación, shock, tristeza, ira. En otros casos, las familias pueden reorganizarse y lograr la aceptación del diagnóstico (Torres & Maia, 2009).

El TEA es una condición de salud frecuente, que se manifiestan en la infancia, caracterizado por dificultades en las habilidades sociales y la presencia de intereses restringidos. Pueden mostrar retraso y/o alteración en la adquisición y uso del lenguaje; patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas o poco flexibles. En su etiología multifactorial se reconocen factores genéticos y epigenéticos, tóxicos y ambientales (Ruggieri & Arberas, 2015; Ruggieri & Arberas, 2017). Se ha demostrado que estos diagnósticos generan estrés parental y afectan significativamente la calidad de vida familiar (Ayuda-Pascual, Llorente-Comí, Martos-Pérez, Rodríguez-Bausá & Olmo-Remesal, 2012; Canal, Martín, Bohórquez, Guisuraga, Herráez, Herráez & Posada, 2010).

OBJETIVO

Analizar las características del impacto psicológico que tienen las madres de niños con diagnóstico de Síndrome de Down (SD) y las madres de niños con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA).

METODOLOGÍA

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

Instrumentos y procedimientos

El protocolo administrado consistió en un consentimiento informado, un cuestionario de datos sociodemográficos, y los instrumentos *Genetic Health Literacy Screening Tool*, *Psychological Adaptation Scale*, *Genetic Counseling Outcome Scale* y *Adult Self Report*.

Los niveles de alfabetización en genética fueron evaluados a través de la escala *Genetic Health Literacy Screening Tool* REAL-G-Sp (Rodríguez et al., 2015). Incluye una tarea de reconocimiento de 62 palabras (puntaje entre 0 y 62), considerando como nivel adecuado de alfabetización cuando la persona puede reconocer la menos 59 términos (Erby et al., 2008). Otra actividad donde se debe indicar por un lado el grado de familiaridad con 8 vocablos (puntaje entre 1 y 7): genética, cromosoma, susceptibilidad, mutación, variación, anormalidad, herencia y esporádico (Hooker et al., 2014). Y por el otro, debe responder un múltiple choice para ver sus niveles de comprensión (puntaje entre 0 y 8) de estos mismos términos (Hooker et al., 2014). Por último incluye una medida de aritmética (puntaje entre 0 y 3), que hace referencia a la habilidad de la persona para procesar conceptos numéricos y de probabilidad básicos (Schwartz, 1997).

El nivel de adaptación psicológica a la enfermedad genética se midió a través de la escala *Psychological Adaptation Scale* (PAS). Fue diseñado para ver la extensión o el alcance de la adaptación psicológica al diagnóstico en un momento determinado (Biesecker, 2013). Está compuesto por 15 ítems con opciones de respuesta tipo likert que componen cuatro sub-escalas, cada una de las cuales representando un dominio del concepto de adaptación, siendo estos: afrontamiento eficaz, autoestima, bienestar espiritual o existencial, e integración social. Tiene un puntaje de corte para determinar cuándo se ha alcanzado un nivel esperable en esa dimensión, el puntaje debe ser igual o mayor a 3.

Para conocer los niveles de empoderamiento se usó la escala *Genetic Counseling Outcome Scale* (GCOS-24). Es un instrumento diseñado con el fin de que sea un patient-reported outcome measure (PROM) para los servicios clínicos de genética. Está compuesto por 24 ítems con opciones de respuesta tipo likert (McAllister, Wood, Dunn, Shiloh & Todd, 2011).

Por último, para evaluar la salud mental se utilizó el *Adult Self Report* (ASR). El ASR fue diseñado por Achencach y Rescorla con el fin de evaluar problemas emocionales, sociales, de comportamiento y de pensamiento, así como también fortalezas personales y funcionamiento adaptativo en adultos de 18 a 59 años. El ASR consta de 126 ítems que evalúan problemas comportamentales y emocionales y uso de sustancias, estos ítems se evalúan como 0 (no verdadero), 1 (de alguna forma o algunas veces cierto) y 2 (muy cierto o generalmente cierto) consideran-

do los últimos 6 meses; la versión que se empleará en el estudio será la de auto-reporte. Este cuestionario cuenta con niveles adecuados de confiabilidad, validez de contenido y validez de constructo (Achenbach & Rescorla, 2003).

Participantes

La muestra total se compuso de 18 madres que fueron entrevistadas en la sección de genética médica del HNRG. Las madres tenían entre 25 y 53 años $M=40.39$ ($DE=7.90$), un 70.6% vive en provincia de buenos aires y un 29.4% en capital federal. Un 44.4% no completó sus estudios secundarios, un 44.4% tiene estudios secundarios completos y un 11.1% tiene estudios universitarios. Un 88.9% se encuentran casados o viviendo juntos, un 5.6% madre sola y 5.6% separada.

El 50% de los niños tenían un diagnóstico de SD y el otro 50% un diagnóstico de TEA, entre 4 meses de edad y 12 años $M=5.56$ ($DE=4.38$). En cuanto al sexo, en el caso de SD, el 66,7% era femenino y un 33,3% masculino, y en el caso de TEA, el 66,7% era masculino y un 33,3% femenino. Un 44.4% de los niños de la muestra no concurre a ningún tipo de educación, 38.9% escuela especial primaria y 16.7% escuela primaria común.

La cantidad de consultas en la sección de genética médica variaban entre 1 y 9 $M=2.89$ ($DE=2.49$). En los casos de SD todos los diagnósticos fueron en el momento del nacimiento, mientras que los diagnósticos de TEA fueron en promedio a los 5 años ($DE=2.54$).

RESULTADOS

En primer lugar, se buscó conocer aspectos de la salud mental de las madres, la escala general de problemas indicó una $M=56,33$ para las madres de niños con SD y una $M=54,63$ para las madres de niños con TEA.

En relación a la alfabetización genética, se propuso conocer el grado de la misma en sus componentes: comprensión y aritmética. Se evaluó la comprensión de ocho términos utilizados en la consulta genética y se encontró una $M=5,11$ para las madres de niños con SD y una $M=4,56$ para las madres de niños con TEA. Para el componente de aritmética se encontró una media de 0,56 para las madres de niños con SD y una $M=0,78$ para las madres de niños con TEA.

Por otro lado, se buscó conocer los niveles de empoderamiento materno en cada grupo. Se encontró una $M=135,89$ para las madres de niños con SD y una $M=142,56$ para las madres de niños con TEA.

Por último, en cuanto a la adaptación psicológica de las madres, al diagnóstico de sus hijos, los resultados mostraron en la escala general una $M=4,23$ para las madres de niños con SD y una $M=4,23$ para las madres de niños con TEA. Los resultados de las dimensiones de adaptación psicológica se encuentran en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las dimensiones de la adaptación psicológica a la enfermedad

Dimensiones	Madres Síndrome de Down	Madres TEA
	Media	Media
Afrontamiento eficaz	4.11	4.64
Autoestima	4.20	4.20
Integración social	4.15	3.78
Bienestar espiritual	4.52	4.19

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo buscó conocer los niveles de adaptación psicológica, alfabetización genética, empoderamiento y salud mental de las madres de niños con Síndrome de Down y Trastorno del Espectro Autista.

Si bien el presente estudio se encuentra en sus inicios, los resultados preliminares ya nos advierten sobre una información que resulta alarmante, la presencia de problemas elevados en la salud mental materna. Los problemas, tanto en el comportamiento como en las emociones, de las madres de niños con TEA ($M=54,63$) y SD ($M=56,33$) son mucho más elevados que los adultos argentinos de población general ($M=40,83$) y se asemejan más a la población clínica ($M=55,60$), es decir a aquellos adultos que están iniciando un proceso terapéutico. Pero además, las madres de niños con estos dos diagnósticos específicos mostraron peores problemas que a la los encontrados en otras familias que reciben asesoramiento genético por variados diagnósticos ($M=44,13$). (Samaniego y Vázquez, sf; Vázquez et al., 2018). Surge entonces la necesidad de reflexionar sobre el rol que estamos desempeñando los psicólogos en esta área. Empezar a exigir políticas públicas que mejoren las oportunidades de estas familias para acceder a un tratamiento psicológico, identificar qué tipo de abordaje terapéutico sería el más adecuado, y demostrar la eficacia de este de estas intervenciones. Respecto de la comprensión de términos genéticos, las madres de niños con SD mostraron mejores niveles, esto podría vincularse con la posibilidad de recibir un asesoramiento genético desde una etapa más temprana (nacimiento) en comparación con lo que ocurre en los casos de TEA, donde la edad promedio de diagnóstico es a los 5 años. En ambos grupos, se encontraron niveles muy bajos en la dimensión de aritmética, es decir que las madres no comprenden nociones de probabilidad, que muchas veces se ven involucrados en el asesoramiento genético, influyendo en la interpretación del riesgo de recurrencia y la toma de decisiones de la familia (Lea, Kaphingst, Bowen, Lipkus & Hadley, 2011).

En cuanto al empoderamiento, los valores de este estudio (SD $M=135,89$ y TEA $M=142,56$) son mejores que los reportados en otros estudios de asesoramiento genético ($M=115$ Tira-

do, McDermott, Thomas, Ferrick Harris, Edwards & McAllister, 2017) y asesoramiento genético para enfermedades psiquiátricas (M=137 Inglis, Koehn, McGillivray, Stewart & Austin, 2015). Siendo que se encontraron valores más altos en Argentina, más aún en el grupo de madres de niños con TEA, podría pensarse que estas madres tendrían una mejor capacidad para tomar decisiones, y el sentimiento de tener control sobre aspectos relacionados con la salud de sus hijos (McAllister, Dunn, Payne, Davies & Todd, 2012; McAllister, Wood, Dunn, Shiloh & Todd, 2011). Un resultado que es muy positivo para el futuro de estas familias y la crianza de sus hijos con SD y TEA es que ambos grupos de madres presentan niveles de adaptación psicológica al diagnóstico de sus hijos, que resultaron adecuados. Es importante recordar que la adaptación psicológica es considerada como un constructo dinámico y multidimensional capaz de abarcar tanto los aspectos emocionales como cognitivos del afrontamiento (Austin et al., 2014; Biesecker et al., 2013). Específicamente las madres de niños con SD parecerían tener niveles más elevados en las dimensiones de bienestar espiritual e integración social; mientras que las madres de niños con TEA presentan valores más altos en la dimensión de afrontamiento eficaz. Como conclusiones preliminares del estudio, sobre madres de niños con SD y TEA puede decirse que: el impacto psicológico repercute de manera más negativa en la salud mental; y de manera más positiva en el empoderamiento, la aceptación del diagnóstico y la comprensión de términos genéticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ayuda-Pascual, R., Llorente-Comí, M., Martos-Pérez, J., Rodríguez-Bausá, L., & Olmo-Remesal, L. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación. *Revista de neurología*, 54(1), S73-80.
- Ballesteros De Valderrama, B.P., Novoa Gómez, M.M., Muñoz, L., Suárez, F., & Zarante, I. (2006). Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas perspectiva del cuidador principal. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 5(3), 457-473.
- Biesecker, B.B. (2010). Genetic Counselling: Psychological Issues. *Encyclopedia of Life Sciences (ELS)*. doi: 10.1002/9780470015902.a0005616.pub2
- Biesecker, B.B., & Erby, L. (2008). Adaptation to living with a genetic condition or risk: a mini-review. *Clinical genetics*, 74(5), 401-407.
- Biesecker, B.B., Erby, L.H., Woolford, S., Adcock, J.Y., Cohen, J.S., Lamb, A., Lewis, K.V., Truitt, M., Turriff, A. & Reeve, B.B. (2013). Development and validation of the Psychological Adaptation Scale (PAS): Use in six studies of adaptation to a health condition or risk. *Patient Educ Couns*. 93(2).
- Campbell-Araujo, O.A., & Figueroa-Duarte, A. S. (2001). Impacto del autismo en la familia, la percepción de los padres. *Archivos de Neurociencias*, 6(1), 6-14.
- Canal, R, Martín, M.V., Bohórquez, D., Guisuraga, Z., Herráez, L., Herráez, M. & Posada, M. (2010). La detección precoz del autismo y el impacto en la calidad de vida de las familias. *Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII Seminario de actualización metodológica en investigación sobre discapacidad. Salamanca: INICO*, 91-98.
- Dinc, L., & Terzioglu, F. (2006). The psychological impact of genetic testing on parents. *Journal of clinical nursing*, 15(1), 45-51.
- Eiser, C. (1990). *Chronic childhood disease: An introduction to psychological theory and research*. Cambridge University Press.
- Erby, L.R., Roter, D., Larson, S., & Cho, J. (2008). The rapid estimate of adult literacy in genetics (REAL-G): a means to assess literacy deficits in the context of genetics. *American journal of medical genetics Part A*, 146(2), 174-181.
- González-Lamuño, D., & García Fuentes, M. (2008). Enfermedades raras en pediatría. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 31, pp. 21-29).
- Hooker, G.W., Ormond, K.E., Sweet, K., & Biesecker, B.B. (2014). Teaching genomic counseling: preparing the genetic counseling workforce for the genomic era. *Journal of genetic counseling*, 23(4), 445-451.
- Inglis, A., Koehn, D., McGillivray, B., Stewart, S.E., & Austin, J. (2015). Evaluating a unique, specialist psychiatric genetic counseling clinic: uptake and impact. *Clinical Genetics*, 87(3), 218-224.
- Kessler, S., Kessler, H., Ward, P., & Opitz, J.M. (1984). Psychological aspects of genetic counseling. III. Management of guilt and shame. *American journal of medical genetics*, 17(3), 673-697.
- McAllister, M., Payne, K., Macleod, R., Nicholls, S., Donnai, D. & Davies, L. (2008). Patient Empowerment in Clinical Genetics Services. *Journal of Health Psychology* 13(7) 895-905.
- McAllister, M., Wood, A.M., Dunn, G., Shiloh, S., & Todd, C. (2011). The Genetic Counseling Outcome Scale: a new patient-reported outcome measure for clinical genetics services. *Clinical genetics*, 79(5), 413-424.
- Ruggieri, V.L., & Arberas, C.L. (2003). Fenotipos conductuales. Patrones neuropsicológicos biológicamente determinados. *Revista de Neurología*, 37(3), 239-253.
- Rodríguez, S.A., Roter, D.L., Castillo-Salgado, C., Hooker, G.W., & Erby, L.H. (2015). Translation and validation of a Spanish-language genetic health literacy screening tool. *Health Psychology*, 34(2), 120.
- Ruggieri, V. L., & Arberas, C. L. (2015). Abordajes terapéuticos en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 60(supl. 1), s45-s49.
- Ruggieri, V.L., & Arberas, C.L. (2017). Autismo: importancia de la dimorfología en la identificación de entidades médicas asociadas. *Revista de neurología*, 64(1), 26-31.
- Samaniego, C. (2007). Percepción de la relación con sus padres y tolerancia parental en niños que padecen enfermedades orgánicas crónicas. In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Samaniego, V.C. & Vázquez, N. (en elaboración). Estandarización del Adult Self Report (ASR) y del Adult Behavior Checklist (ABCL) para población urbana de Argentina de 18 a 59 años.
- Schwartz, L.M., Woloshin, S., Black, W.C., & Welch, H.G. (1997). The role of numeracy in understanding the benefit of screening mammography. *Annals of Internal Medicine*, 127, 966–972.
- Tirado, A.C., McDermott, A.M., Thomas, C., Ferrick, D., Harris, J., Edwards, A., & McAllister, M. (2017). Using patient-reported outcome measures for quality improvement in clinical genetics: an exploratory study. *Journal of genetic counseling*, 26(5), 1017-1028.
- Torres, L., & Maia, E. (2009). Percepción de las madres acerca del contenido de la información del diagnóstico de Síndrome de Down. *Revista chilena de pediatría*, 80(1), 39-47.
- Vázquez, N. (2015). Problemas comportamentales y emocionales en niños preescolares, su relación con la calidad del vínculo parental: comparación entre niños que padecen enfermedades genéticas, trastornos psíquicos y población general. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Católica Argentina. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Recuperada 20 de septiembre de 2018 de <https://core.ac.uk/download/pdf/83630838.pdf>
- Vázquez, N., Ortega, J., Samaniego, V.C. & Arberas, C.L. (2018). Conferencia Magistral “Enfermedades genéticas en población pediátrica argentina: una mirada desde la Psicología de la Salud”. *X Congreso Internacional de Psicología: Promoviendo el Bienestar Psicológico en Niños y Adolescentes*. Octubre 2018, Lima, Perú.

INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE PERSONAS EN FINAL DE VIDA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE SUS FAMILIARES EN DUELO

Veloso, Verónica; Tripodoro, Vilma; Gonzalez, Natalia Carolina
Pallium Latinoamerica. Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Argentina

RESUMEN

Como parte de proyecto internacional de mejora de la calidad para la atención de personas con cáncer en el final de la vida y sus familiares ERANet-LAC CODE (2017-2020) se realizó una encuesta internacional (i CODE) sobre la calidad de la atención de pacientes con cáncer que mueren en el hospital según la percepción de sus familiares en duelo. Objetivos: 1. Implementar cambios claves en últimos días de vida en el Instituto Lanari a partir de los resultados del i-CODE. 2. Evaluar el impacto directo inmediato de estos cambios desde el punto de vista familiar y profesional. Diseño: cualitativo de mejora de la calidad a través de Investigación Acción Participativa en contexto hospitalario para implementar cambios clave en las áreas de interés. La línea de base identificó la comunicación familiar en los últimos días como área de mejora siguiendo un ciclo de Planificar - Hacer - Estudiar - Actuar con la participación de usuario y equipos de salud. 1. Fase exploratoria, 2. Fase de cambio de facilitación (Prueba de concepto) y 3. Fase de evaluación. Conclusiones Se espera demostrar que utilizando el iCODE y la IAP, se pueden efectivizar y evaluar cambios en el entorno clínico de instituciones de salud pública en Argentina.

Palabras clave

Cuidados Paliativos - Mejora de Calidad - Investigación Acción Participativa

ABSTRACT

RESEARCH PARTICIPATORY ACTION TO IMPROVE THE QUALITY OF CARE FOR PEOPLE AT THE END OF LIFE

As part of the international quality improvement project for the care of people with cancer at the end of life and their relatives, ERANet-LAC CODE (2017-2020), an international survey (i CODE) on the quality of care was carried out with cancer patients who die in hospital setting according to the perception of their bereaved relatives. Aims: 1. To implement key changes in last days of life in the Lanari Institute based on the results of the i-CODE. 2. to evaluate the immediate direct impact of these changes from family and professional point of view. Design: it is

qualitative improvement of quality through Participatory Action Research in a hospital context to implement key changes in the areas of interest. The baseline identified communication with relatives in the last days as an area to be improved following a Plan - Do - Study - Act cycle, with users and health teams involvement. 1. Exploratory phase, 2. Facilitation change phase (Proof of concept) and 3. Evaluation phase. Conclusions: It is expected to demonstrate that using the iCODE and Participatory Action Research, key changes in the clinical environment of public health institutions in Argentina could be done and evaluated.

Key words

Palliative Care - Quality Improvement - Participatory Action Research

Desde un cambio de paradigma en la medicina tradicional, los Cuidados Paliativos (CP)

proponen un modelo de atención integral y preventivo del sufrimiento de personas en contextos de enfermedades crónicas y avanzadas (ECA). La identificación temprana y el tratamiento multidimensional de las necesidades que las personas con ECA y sus familiares requerirán a lo largo del proceso de enfermedad, incluyendo el final de vida, imponen un cambio en la fragmentación asistencial que el sistema de salud local presenta. Investigaciones en el área de CP (Tripodoro VA et al, 2019; Tripodoro VA et al, 2013; Veloso V y Tripodoro VA, 2013) dan cuenta de la importancia de continuar, profundizar y desarrollar nuevas líneas de investigación con múltiples actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Sin embargo, en contextos neoliberales los procesos de investigación se tornan marginales frente a las empobrecidas políticas sanitarias. Las relaciones solidarias y consorcios entre diversas instituciones y organizaciones, nacionales e internacionales, habilitan condiciones de posibilidad para gestiones asociadas en investigaciones colaborativas en CP.

El proyecto actual ERANet-LAC CODE se aprobó para su financiación en virtud del séptimo programa marco de la Comisión Europea (1). Se lleva a cabo en cuatro países europeos y tres

sudamericanos (Alemania, Polonia, Noruega, Reino Unido, Argentina, Brasil y Uruguay) dentro del período 2017-2020. Los objetivos del proyecto son informar y desarrollar un enfoque basado en la evidencia para sistematizar la evaluación y el cuidado de calidad en personas con cáncer en final de vida, utilizando los resultados generados por los propios usuarios. La participación de los actores en el diseño, implementación y evaluación de las transformaciones se inscribe en la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP) que a nivel regional tiene sus antecedentes en la Psicología Comunitaria Crítica.

Proporcionar atención de alta calidad para las personas en situación de últimos días de vida (SUD) y sus familias es muy importante. Un modo de evaluar dicha atención es solicitar a los familiares en duelo que completen un cuestionario que incluya preguntas acerca de sus experiencias y sus pensamientos sobre la atención en el final de la vida de su familiar.

Uno de estos cuestionarios, llamado CODE™ de su nombre en inglés Care of the Dying Evaluation (Mayland, Williams y Ellershaw, 2012; Mayland et al, 2014), es la "Evaluación de la calidad en el cuidado de pacientes oncológicos según la percepción de sus familiares en duelo". Se desarrolló en simultáneo en siete países diferentes de Europa y América Latina, para observar las opiniones de los familiares en duelo sobre la atención que se brindó en los últimos días de vida de su familiar. El proyecto consta de tres módulos interrelacionados, a los fines de ésta presentación se describirá una síntesis del Módulo 1 y 2 para comprender el proceso investigativo y se profundizará en los desarrollos metodológicos del Módulo 3. Actualmente se está ejecutando el mismo en Argentina y Polonia.

En el Módulo 1, el cuestionario CODE (Mayland et al 2012; 2014) se tradujo y validó a los idiomas de los siete países de acuerdo con una metodología reconocida y estandarizada. Se recopilaron los comentarios de todos los grupos de prueba, y se acordó una versión central internacional el "i-CODE" (Vogt, Heckel, Gerlach, Weber, 2018).

En el Módulo 2 se utilizó el i-CODE, para indagar sobre la atención de personas con cáncer en SUD y el apoyo a los familiares en: Atención recibida de enfermerxs y médicxs; Control del dolor y otros síntomas; Comunicación con el equipo sanitario; Apoyo emocional y espiritual recibido; Apoyo y atención en el momento de la muerte y el período inmediato posterior; Impresiones generales. El objetivo fue recopilar al menos 100 cuestionarios completos de cada país. En Argentina se realizaron 105 encuestas en 3 centros asistenciales que cuentan con un equipo interconsultor de CP, Instituto Investigaciones Médicas "A. Lanari", Hospital Privado de Córdoba y Hospital B. Udaondo.

Para el Módulo 3, se utilizaron los resultados previos, para identificar las áreas de mejora e implementar cambios en las prácticas clínicas. En ésta fase, los profesionales de la salud, los investigadores y los familiares en duelo serán los actores participantes del diseño, implementación y evaluación de un proceso de IAP para poner en práctica los cambios en los hospitales de-

finidos. El objetivo global es mostrar que los resultados de CODE pueden usarse para introducir cambios efectivos, en una o dos áreas principales de preocupación identificadas en cada país u hospital, que sean factibles de realizarse y evaluarse.

PROBLEMA

En el marco de trabajo de ERANet-LAC CODE se observó la necesidad de mejorar la calidad de atención de personas con cáncer en últimos días de vida y sus familiares. En Argentina entre agosto de 2017- setiembre de 2018) algunas áreas se percibieron menos satisfactorias, en su mayoría relacionadas con el apoyo, la información, la toma de decisiones y el ambiente en internación. La IAP en articulación con la metodología de Mejora de la Calidad podría ser útil como prueba de concepto, para demostrar que se pueden identificar áreas de mejora a partir de un instrumento de pesquisa, implementar cambios y evaluar el impacto inmediato en la calidad de atención en SUD.

ASPECTOS METODOLOGICOS

La presente investigación cualitativa, se inscribe en la metodología de Mejora de Calidad (ACT s.f.; Deming, s.f.; HQO, 2012; Ogrinc et al., 2016) y en la Investigación Acción Participativa, con antecedente en la propuesta de praxis de Fals Borda (1985) y sistematizada como herramienta metodológica en la Psicología Social Comunitaria por Maritza Montero (2006).

Mejora de Calidad

La mejora de calidad se puede definir como "un proceso de cambio en el comportamiento humano, impulsado en gran medida por el aprendizaje experiencial" (Ogrinc et al., 2016). Aunque los esfuerzos de mejora se centran principalmente en tratar de mejorar la atención en sitios locales específicos, el trabajo de mejora de la calidad local puede generar nuevos conocimientos generalizables importantes sobre los sistemas de atención y sobre la mejor manera de cambiar estos sistemas (Ogrinc et al., 2016). Este enfoque es especialmente pertinente al considerar la diversidad cultural y los diferentes niveles de integración general de los CP especializados.

Un modelo de mejora de la calidad (Deming, s.f.) es particularmente útil para probar un cambio en una escala más pequeña, evaluar su impacto y luego utilizar el aprendizaje de los ciclos anteriores de manera estructurada antes de una implementación más amplia (ACT, s.f.; HQO, 2012). El modelo ayuda a facilitar la participación de los principales interesados ??en términos de acuerdo, probando y reflexionando sobre los cambios realizados. El Modelo de Mejora (Deming, s.f.; HQO, 2012; Langley, 2009) tiene dos componentes básicos. La primera aborda tres preguntas fundamentales 1. ¿Qué estamos tratando de lograr?, 2. ¿Cómo sabremos si un cambio es mejora?, 3. ¿Qué cambios podemos hacer que resultarán en una mejora? El segundo es el proceso de mejora rápida del ciclo que comprende una serie de pasos PDSA (Planificar, Hacer, Reflexionar/Estudiar, Actuar) para desarrollar,

probar e implementar cambios para la mejora. El ciclo PDSA es la herramienta para probar un cambio en el entorno de trabajo real: planificándolo, probándolo, observando los resultados y actuando sobre lo que se aprende (ACT, s.f.). Este es el método científico adaptado para el aprendizaje orientado a la acción.

Las **ideas para el cambio** pueden provenir de quienes trabajan en el sistema o de la experiencia de otros que han mejorado exitosamente (Buenas Prácticas). En el presente proyecto, todos los socios del proyecto ERANet-LAC CODE recopilarán ideas para el cambio y las analizarán en un taller común. La intervención ideal es la que conduce a un cambio importante por un esfuerzo menor.

Investigación Acción Participativa

Esta metodología de investigación propicia la acción que conduce al cambio, a la transformación social. Esta acción es llamada por algunos de sus impulsores, praxis (proceso de síntesis entre teoría y práctica), la cual es el resultado de una reflexión – investigación continua sobre la realidad abordada no sólo para conocerla sino para transformarla. En el enfoque de la IAP, la investigación no es sólo realizada por los expertos, sino con la participación de la comunidad involucrada en ella. Es una actividad grupal con un valor crítico explícito y se basa en una asociación entre investigadores de la acción y participantes, todos los cuales están involucrados en el proceso de cambio (Waterman et al 2001; Reason and Bradbury, 2008). La investigación y la ciencia están comprometidas con los problemas y necesidades de los colectivos sociales. De allí que la estrategia metodológica de la IAP, que fue desarrollada por Orlando Fals Borda en la década de 1960, haya sido incorporada en las prácticas de investigación e intervención de la psicología social comunitaria, no solo como una opción metodológica, sino como un posicionamiento ético-político. (Lenta 2018; 30)

La IAP es útil en entornos de atención médica para identificar problemas en la práctica clínica y desarrollar soluciones potenciales. El método se centra en el problema, es específico del contexto y está orientado hacia el futuro. El problema que desencadena el proceso ha de ser identificado por la comunidad y desarrollado en ambientes naturales, son definidos, analizados y resueltos por los propios afectados. (Zaldúa, s.f)

Muchos de los factores que se consideran pertinentes para la planificación, ejecución y evaluación de la IAP se relacionan con el enfoque de mejora de calidad presentado anteriormente. Estos factores incluyen tener una declaración clara de objetivos y metas para cada etapa del trabajo; los participantes y las partes interesadas están claramente definidos y justificados; y teniendo en cuenta el contexto local al considerar el cambio (Waterman et al, 2001). Los objetivos de la IAP serán: Concientizar a la comunidad con su realidad, sus necesidades y los factores que la condicionan. Propiciar destrezas y capacidades para la toma de decisiones en la solución de sus necesidades. Lograr el compromiso de la comunidad para la puesta en marcha de la

acción transformadora. (Zaldúa, s.f.)

La IAP interpela las prácticas del campo psicosocial y propone una praxis crítica, dialógica, participativa, reflexiva, problematizadora de las situaciones de desigualdad, opresión y violencias. Sin embargo, no se renuncia por ello a la producción de conocimiento científico. Es precisamente en el proceso dialéctico entre la acción y la reflexión, entre el acercamiento a los sujetos con los que se investiga y el distanciamiento que permite objetivar la experiencia, donde produce un conocimiento, siempre discutido y validado en la acción (Lenta 2018; 31)

El proceso metodológico de la IAP, que se detalla a continuación, se encuentra altamente ligado con el proceso de mejora de calidad antes mencionado: 1- Fase preliminar. Investigación exploratoria o diagnóstica. 2-Proceso organizativo. Identificación de participantes potenciales. 3- Diseño metodológico. Formulación del problema, objetivos, métodos, procedimientos. 4-Recopilación y análisis de la información. Acción y reflexión colectiva. 5-Usos de los resultados. Planificación de las posibles acciones que se desarrollarán. 6-Elaboración de los programas y proyectos de acción comunitaria. 7-Puesta en práctica de los programas y proyectos de acción comunitaria (Zaldúa, s.f.)

ESTRATEGIA METODOLÓGICA IMPLEMENTADA: DATOS PRELIMINARES

· Fase preliminar. Investigación exploratoria o diagnóstica.

Se detalla a continuación que el insumo del cual se parte en este apartado metodológico se obtienen de los pasos previos del proceso investigativo, considerando los resultados de la encuesta internacional CODE (Módulos 1 y 2) como línea base de referencia para las acciones de mejora de calidad en el Módulo 3. Al analizar la encuesta CODE™, se midieron los siguientes resultados (Vogt et al.,2008; Mayland et al, 2018)

Resultados primarios: - Si el fallecido fue tratado con respeto y dignidad en los últimos días de la vida, tal como lo percibió el familiar; - La proporción de familiares que percibieron que ellos mismos recibieron un apoyo adecuado durante los últimos días de vida del paciente. Resultados secundarios: siete sub escalas i-CODE: 1. Apoyo y tiempo de médicos y enfermeras. 2. Apoyo espiritual y emocional. 3. Información y toma de decisiones. 4. medio ambiente 5. Información sobre el proceso de morir. 6. Presencia de síntomas. 7. Apoyo en el momento real de la muerte y después. Resultados terciarios: puntuación para cada elemento individual del cuestionario CODE.

En el Módulo 3 se aplican los datos obtenidos en el Módulo 2 de la siguiente manera: Los resultados primarios darán una estimación de la calidad general de la atención, los resultados secundarios identificarán el área con la calificación más baja y, en consecuencia, la mayor necesidad de mejora y los resultados terciarios mostrarán qué factor (es) único (s) debe ser dirigido con una iniciativa de mejora. Se presentará la metodología aplicada en Argentina (particularmente en Buenos Aires, Instituto Lanari).

Línea Base en Argentina

Las percepciones generales indicaron que la atención a los personas en SUD y el apoyo a sus familias era bastante bueno al igual que en los de otros países participantes. Sin embargo, algunas áreas se percibieron menos satisfactorias, en su mayoría relacionadas con el apoyo, la información, la toma de decisiones y el entorno. Con respecto al 'apoyo y el tiempo de los médicos y enfermeros', Argentina obtuvo los puntajes más bajos en el grupo. Las puntuaciones bajas para "Ambiente hospitalario" pueden estar relacionadas con la falta de privacidad, como habitaciones individuales para pacientes y áreas específicas designadas para familiares. Se seleccionaron sugerencias de familiares para iniciativas de mejora de calidad en estos aspectos.

En agosto de 2018, se realizó un análisis preliminar de los datos del módulo 2. En cada uno de los países se ha llevado a cabo grupos focales (GF) con familiares o pacientes y representantes públicos y pacientes con experiencia relevante. Las 2 o 3 preocupaciones principales se discutieron para obtener sugerencias de los usuarios sobre cómo mejorar la atención de las personas en SUD. Se facilitó una discusión grupal, centrándose en:

- Las percepciones y entendimientos de los participantes del problema identificado
- Ideas sobre cómo abordar el problema.
- Sugerencias para intervenciones que puedan generar cambios.
- cómo se puede identificar, monitorear o medir un cambio
- Lo que considerarían un resultado óptimo.

La retroalimentación de las entrevistas de los GF en los siete países se presentó en un grupo de trabajo en Buenos Aires (noviembre 2018) para sugerir intervenciones apropiadas como parte del Módulo 3.

De los resultados obtenidos, se identificaron 2 áreas de mejora: 1. la comunicación e intercambio de información entre los profesionales sobre las necesidades individuales de los pacientes SUD; 2. La creación de un "espacio seguro" para la familia con intimidad, privacidad y contención para brindar información y favorecer la toma de decisiones.

2-Proceso organizativo. Identificación de participantes potenciales.

Meta Principal, mejora de la comunicación en las reuniones familiares en SUD

Los familiares expresan un deseo de obtener más información / discusión sobre el proceso de morir. Los cuidadores familiares son parte de la red de cuidado formal e informal, y también necesitan apoyo como "unidad de cuidado". La comunicación sobre el final de la vida, la toma de decisiones compartida y el apoyo a los miembros de la familia brindan una oportunidad y son aspectos centrales al evaluar la calidad en los CP. La efectividad de este tipo de intervención debe ser una prioridad importante (Cahill, Lobb, Sanderson, Phillips, 2017).

Identificación de Participantes:

El equipo investigador convocó a personas con diferentes perspectivas involucradas en la comunicación con familiares en SUD

1. Profesionales de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, jefes de áreas de internación)
2. Pacientes, familiares, voluntarios.

En febrero de 2019 se concretaron 3 GF distribuidos en Usuarios, Profesionales de la salud y equipo de CP.

3-Diseño metodológico. Formulación del problema, objetivos, métodos, procedimientos.

En los 3 GF se utilizó la matriz de análisis FODA para facilitar los procesos de cambio (Hill y Westbrook, 1997) consiste en un método analítico para describir las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del objeto, estructura o proceso analizado. De los intercambios en los GF se logró co-construir un objetivo a trabajar como área de mejora

Objetivo: que el 60% de las reuniones familiares en los últimos días de los pacientes hospitalizados en SUD se realicen en un "espacio seguro", garantizando la privacidad y la información clara según sea necesario, según las mejores prácticas de comunicación.

Actividades diseñadas para cumplir con las metas y objetivos: Planear-Hacer- Estudiar-Actuar como ciclo iterativo

1. Se diseña una Herramienta de Observación Estructurada (PLAN). La misma incluye información sobre la reunión familiar, participantes, espacio físico utilizado, tiempo de duración, planificación de la misma, percepciones de los profesionales y percepciones de los familiares inmediatamente posterior a la reunión familiar en SUD
2. Se identifica la disponibilidad de salas privadas u oficina especial para estas reuniones familiares en SUD (PLAN)
3. Se planificará cada reunión familiar para evitar conversaciones en el corredor, para garantizar la privacidad, la intimidad y el apoyo (PLAN-HACER).
4. Se coordina la realización de una sesión de entrenamiento a médicos residentes con el personal de CP sobre "conversaciones difíciles" y actualización de comunicación compasiva (HACER).
5. Se intenta involucrar a las partes interesadas con respecto a los compromisos de políticas para mejorar esta área de atención (PLAN-HACER-ESTUDIAR).
6. Se implementa el cambio durante 75 días con los lineamientos acordados en los grupos focales (HACER).
7. Se realiza una base de datos digital para carga y análisis de los mismos (PALN-HACER).

4- Recopilación y análisis de la información.

Acción y reflexión colectiva.

Se realiza una primer recopilación de datos y un análisis preliminar para la evaluación y revisión de los datos en un nuevo

espacio participativo. Se convoca nuevamente a los profesionales de la salud (Mayo 2019) para la realización de un GF de devolución de los datos preliminares y evaluación participativa del proceso: adhieren miembros del equipo de CP, medicxs, residentes que han participado de las reuniones familiares, enfermerxs, jefes de áreas, voluntaria, trabajadora social. Se exponen los resultados preliminares recolectados con la Herramienta de Observación Estructurada, se abren preguntas y se trabaja sobre la base de una Matriz SODA-MECA que permite identificar elementos Satisfactorios, Oportunos, Desfavorables y Amenazantes a la vez que invita a pensar la Acción o estrategia para Mantenerlos, Explorarlos, Corregirlos y Afrontarlos.

Actualmente en curso las últimas fases de la IAP: -Uso de los resultados. Planificación de las posibles acciones. -Elaboración de los programas y proyectos de acción comunitaria. -Puesta en práctica de los programas y proyectos de acción comunitaria; las cuales darían la continuidad al proceso de mejora alcanzado, que se valoró como favorable por los participantes, - Identificar estrategias para apoyar el cambio cultural institucional en torno a la comunicación entre pacientes en SUD y sus familiares con el equipo de salud.

A MODO DE CIERRE

El objetivo global de este proyecto de mejora de la calidad es demostrar que al utilizar los resultados de iCODE y la IAP, los cambios clave pueden facilitarse en el entorno clínico de instituciones sanitarias. Como prueba de concepto, el impacto directo inmediato de estos cambios es evaluado desde el punto de vista de la familia y el profesional de la salud. En Argentina, es el primer desarrollo de esta envergadura desarrollado en áreas de mejora tan sensibles como los últimos días de vida de las personas de manera participativa. Con este trabajo esperamos se abran oportunidades hacia la mejora de calidad si se parte de un posicionamiento ético-político en la construcción de Buenas Prácticas en el final de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

ACT Academy Online Library of Quality, (s.f.). Service Improvement and Redesign Tools: Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. NHS improvement. Recuperado en: <https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf>

Cahill PJ, Lobb EA, Sanderson C, Phillips JL. (2017). What is the evidence for conducting palliative care family meetings? A systematic review. *Palliat Med*; 31:197-211.

Deming WE (s.f.). Model for Improvement. Recuperado en: <http://www.apiweb.org/>

Fals Borda O (1985). Conocimiento y poder popular. Siglo XXI Editores. Colombia

Health Quality Ontario (HQO) (2012). Quality Improvement Guide. Recuperado en: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-quality-improve-guide-2012-en.pdf>

Hill T, Westbrook R. (1997). SWOT Analysis: It's time for a Product Recall. *Long Range Planning*; 30:46-52.

Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2nd edition). *San Francisco: Jossey-Bass Publishers.*

Lenta MM (2018). Niños, niñas y adolescentes. Entre la retórica de derechos y la realidad de la exclusión. *Dispositivos Instituyentes en Infancias y Derechos*. Editorial Teseo. 2:23-44

Mayland CR, Williams EMI, Ellershaw JE. (2012). Assessing quality of care for the dying: the development and initial validation of a postal self-completion questionnaire for bereaved relatives. *Palliat Med*; 26:897-907.

Mayland CR, Lees C, Germain A et al. (2014). Caring for those who die at home: the use and validation of 'Care Of the Dying Evaluation' (CODE) with bereaved relatives. *BMJ Support Palliat Care*; 4:167-74.

Mayland, Catriona & Gerlach, Christina & Sigurdardottir, Katrin & Irene Tuen Hansen, Marit & Leppert, Wojciech & Stachowiak, Andrzej & Krajewska, Maria & Garcia - Yanneo, E & Tripodoro, Vilma & Goldraij, Gabriel & Weber, Martin & Zambon, Lair & Nalin Passarini, Juliana & Bredda Saad, Ivete & Ellershaw, John & Haugen, Dagny. (2018). Assessing quality of care for the dying from the bereaved relatives' perspective: using pre-testing survey methods across 7 countries to develop an international outcome measure. *Palliative Medicine*. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/329268070>

Montero M (2006). *Hacer para Transformar. El método en la psicología comunitaria*. Ed Paidós. Tramas Sociales

Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*; 25(12):986-992.

Reason P, Bradbury H Eds. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. 2nd ed. *Thousand Oaks, CA: Sage Publications.*

Tripodoro VA, Llanos V, De Lellis S, Salazar Güemes C, De Simone G y Gómez-Batiste X (2019) Prognostic Factors in cancer patients with Palliative Needs Identified by the Necpal Ccoms-Ico© Tool *Medicina (Buenos Aires)* 79 (2): 95-103 Recuperado de <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019/volumen-79-ano-2019-no-2-indice/factores-pronosticos-en-pacientes-con-cancer/>

Tripodoro VA, et al. (2013). Implementación del *Liverpool Care Pathway* en español en Argentina y en España: exploración de las percepciones de los profesionales ante el final de la vida. *Med Paliat*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.07.001>

Veloso, VI y Tripodoro, VA (2013). Transformar para Cuidar en el Final de la Vida. Implementación del Programa Asistencial Multidisciplinario Pallium (Pampa) en el IDIM. *En Memorias 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. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-054/63.pdf>



- Vogt A, Heckel M, Gerlach C, Weber M. (2018). User-guide for 'Care of the Dying Evaluation' (CODE™). *Medical University of Johannes Gutenberg, Mainz*.
- Waterman H, Tillen D, Dickson R, de Koning K. (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess*; 5(23):iii-157.
- Zaldúa G (s/f). Material de Catedra Psicología Preventiva. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Recuperado en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/material/teoricos/diapositivas_clase_iap.pdf

NOTAS

¹El Eranet LAC CODE recibió apoyo financiero en Argentina de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Patrocinado en Argentina por Pallium Latinoamerica. La Dr. Vilma Tripodoro, representa al Grupo de Trabajo Internacional conformado por Mayland CR, Sigurdardottir K, Hansen MIT, Leppert W, Wolszczak K, Garcia Yanneo E, Tripodoro VA, Goldraj G, Weber M, Gerlach C, Zambon L, Passarini J, Saad IS, Ellershaw J, Faksvåg Haugen D. Consultar en: icode7.org y en <https://www.eucelac-platform.eu/sites/default/files/>

²Agradecimiento a: las colaboradoras Marina Macchi y Silvia Auterlic y al Equipo de CP del Inst. Lanari.

REVISIÓN SOBRE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN ARGENTINA

Vetere, Giselle; Sánchez, María Eugenia; Mattioni, Mara; Larraburu, Juan Manuel; Vazquez Melia, Melisa
Hospital Dr. Cosme Argerich. Argentina

RESUMEN

Introducción: A partir de la sanción de la ley 26657, que promueve la desmanicomialización y establece que las internaciones por salud mental deben tener lugar como último recurso terapéutico y realizarse en hospitales generales, hemos asistido a un cambio en la dinámica de la atención por salud mental y adicciones. **Objetivo:** Describir el impacto de la implementación de la ley de Salud Mental y Adicciones a partir los estudios realizados en nuestro país desde su sanción hasta la fecha. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos SciELO, Redalyc, Ebsco y PubMed. **Resultados:** Se hallaron un total de 4 estudios realizados en Argentina explorando el efecto de la sanción de la ley de Salud mental y adicciones.

Palabras clave

Internación - Salud mental - Desmanicomialización - Desinstitucionalización

ABSTRACT

REVIEW ON DESMANICOMIALIZATION IN ARGENTINA

Introduction: Since the enactment of Law 26657, which promotes de-syndromialization and establishes that mental health hospitalizations must take place as a last therapeutic resource and be performed in general hospitals, we have witnessed a change in the dynamics of health care mental and addictions. **Objective:** To describe the impact of the implementation of the Mental Health and Addictions law based on the studies conducted in our country since its approval to date. **Methodology:** a bibliographic review was made in the SciELO, Redalyc, Ebsco and PubMed databases. **Results:** A total of 4 studies conducted in Argentina were found, exploring the effect of the sanction of the Mental Health and Addictions law.

Key words

Hospitalization - Mental health - Demanicomialization - Deinstitutionalization

Introducción:

En los últimos años la salud mental ha sido considerada un asunto prioritario en la mayoría de los países de América Latina (Rodríguez, 2007). Este hecho dio lugar a un movimiento llamado Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica que culminó con la “Declaración de Caracas” en 1990 y de la

cual participaron los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990). Esta declaración promueve la atención descentralizada y comunitaria, enfatizando las limitaciones de la atención tradicional centrada en los hospitales monovalentes. En el mismo sentido la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991).

En el año 2005 esta propuesta de cambio tomó un nuevo impulso con la Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental bajo el lema “15 años después de Caracas”, en la cual se establecieron acuerdos respecto de los principios rectores para el desarrollo de la salud mental en las Américas y se pusieron de manifiesto avances y obstáculos encontrados desde la Declaración de Caracas (OPS, 2005). En 2009 la OPS publica “Estrategia y Plan de acción en salud mental”, el cual será el documento de máxima referencia en el área. Los principios y valores expuestos ponen de relieve la necesidad de universalidad, accesibilidad e inclusión, la equidad en salud mental, la salud mental como componente de la atención integral en salud, las adicciones como problemática de salud mental y la necesidad de colaboración entre los países de Latinoamérica y el Caribe. Asimismo, se recomendó a los distintos países actualizar el marco legislativo para dar lugar a dichos lineamientos de acción. Si bien desde la declaración de caracas se había puesto de manifiesto que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, el relevamiento llevado a cabo en 2009 señalaba que el 80% de las camas psiquiátricas se encontraban en hospitales monovalentes.

En nuestro país, y en concordancia con este movimiento, en 2010 se sancionó la ley nacional de salud mental N° 26657, la cual establece grandes cambios en relación a la legislación anterior. La ley 26657 promueve la desmanicomialización y establece que las internaciones por salud mental deben realizarse en hospitales generales, situando la internación como último recurso terapéutico a ser considerado en caso de ineficacia de otros dispositivos menos restrictivos y proponiendo la creación de dispositivos intermedios sustitutivos y de atención en la comunidad. **Objetivo:** Describir el impacto de la implementación de la ley de Salud Mental y Adicciones a partir los estudios realizados en nuestro país desde su sanción hasta la fecha.

Metodología:

Se procedió a la búsqueda de los artículos en las bases de datos PUBMED, SciELO, Redalyc y EBSCO. En la estrategia de búsqueda se utilizaron los términos desmanicomialización y desinstitucionalización.

Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes: artículos que tratan sobre la desmanicomialización, realizados en Argentina a partir de la sanción de la ley 26657, desde el 2010 en adelante.

Resultados:

La búsqueda arrojó un total de 4 artículos, con objetivos y metodología muy disímiles por lo cual se procede a un breve análisis de cada uno individualmente.

1. Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires (Tisera, Léale, Lohigorry, Pekarek y Joskowicz, 2013)

El estudio caracteriza los obstáculos y resistencias en el proceso de externación de usuarios/as de un programa de pre alta de un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires desde la perspectiva de la Psicología Social Comunitaria. Para ello entrevistaron a 18 participantes y desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica recabaron información sobre las áreas laboral, habitacional y afectiva.

En relación al área laboral el 100% de los participantes había trabajado alguna vez, pero para más del 75% de la muestra habían pasado entre 5 y 10 años desde su último trabajo. Pudo establecerse que a mayor duración y/o número de internaciones, la relación de las personas con el trabajo se tornaba distante y discontinua.

En cuanto a la vivienda, el 78% de las personas señaló que su última vivienda era la casa familiar, mientras que un 22% tenía una vivienda obtenida con sus propios recursos. No obstante el 77,73% de quienes habían vivido en el hogar familiar previamente a la internación describía la relación familiar como regular-mala o ausente, dejando en evidencia la necesidad de desarrollar recursos personales por fuera la configuración familiar anterior para lograr una vivienda fuera del hospital.

La casa de medio camino no fue considerada como opción posible a partir de la externación, a partir de lo cual se deduce que el desconocimiento sobre las características y el funcionamiento de los dispositivos intermedios en la comunidad dificulta los procesos de externación. Por otra parte, la insuficiencia de los mismos resulta en una traba que no se resuelve con información.

En relación a los vínculos afectivos, el 100% de las personas señaló tener familiares de referencia, mientras que el 82,36% mencionó tener amigos. El sostenimiento de los vínculos sociales fuera del hospital luego de la internación se vio dificultada en la mayoría de los casos a la para que se desarrollaron nuevos lazos de amistad entre los internos. La falta de apropiación de

espacios y lazos sociales por fuera del ámbito hospitalario se constituye como un obstáculo más para la externación.

El estudio concluye que el proceso de desinstitucionalización debe tener en cuenta cambios subjetivos necesarios en los pacientes internados para garantizar procesos de externación e inclusión social.

2. Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde los profesionales psicólogos y psiquiatras. (Rojas, Santimaria, Fevre, y Santimaria, 2014)

En este artículo se proponen indagar sobre la incidencia de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, en los dispositivos de guardia de distintos hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. Para ello toman como referencia los resultados obtenidos en la investigación UBACyT 2012-2015: “*Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos*”, para el análisis de los mismos, seleccionan las respuestas relacionadas al tema en cuestión de 50 protocolos respondidos por psicólogos y psiquiatras de guardia de hospitales generales y monovalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y también de la Provincia de Buenos Aires.

Del análisis de los mismos surge que el 79,4% de los profesionales explicitaron que la sanción de la ley ha incidido en el trabajo de las guardias de salud mental, destacando aspectos positivos y negativos de su implementación, localizando los aspectos positivos en la mayoría de las respuestas de los psicólogos y los negativos en las de los psiquiatras.

Entre las ventajas se resalta la creación del equipo interdisciplinario de salud mental para las guardias externas de los hospitales públicos, formado por un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social, valorando este abordaje como enriquecedor para el consultante y para los profesionales. También refieren como positivo que las internaciones sean voluntarias pudiéndose realizar en hospitales generales, así como que se atienda a pacientes con problemáticas relacionadas al consumo de sustancias. Entre los obstáculos se subraya: la complejidad administrativa, la falta de recursos humanos y materiales para implementar lo que la Ley establece y el desconocimiento de la vigencia de la ley por algunos profesionales. Con respecto a los recursos, algunos hospitales generales aún no cuentan con un equipo de guardia externa de salud mental, principalmente en la Provincia de Buenos Aires, y además la mayoría de los hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires no cuentan con salas de internación en Salud mental, teniendo que pedir la derivación a los hospitales monovalentes, lo que iría en contra del espíritu de la Ley.

3. Los derechos humanos y su impacto en la nueva legislación sobre Salud Mental. (Hermosilla, Cataldo, y Bogetti, 2015)

El artículo denominado “Los derechos humanos y su impacto en la nueva legislación sobre Salud Mental” recupera la sanción de

un conjunto de instrumentos legales que se posicionan en un enfoque de derechos; focalizando en el tratamiento de cuatro leyes: la ley de protección de niñas, niños y adolescentes, la ley que incorpora la convención sobre los derechos sobre las personas con discapacidad, la ley de derechos del paciente y la ley nacional de salud mental.

Respecto de las cuatro leyes analizadas, las autoras ubican cierta transversalidad de la mano de los conceptos de dignidad, autonomía y capacidad, siendo dichas categorías analíticas caracterizadoras del espíritu de los instrumentos legales y dando cuenta del auge de un modelo de sujeto al que se le reconoce su capacidad mas allá de las cuestiones que puedan circunstancialmente afectarlo. Asimismo, este individuo resulta revalorizado, visibilizándose como portador de derechos y destinatario primordial de los nuevos marcos legales, siendo comprendido ya no de manera escindida o especializada sino de modo integral.

Focalizando en el desarrollo que las autoras hacen de la ley nacional de salud mental, se suma un aporte distintivo vinculado con las políticas sociales-sanitarias. En este sentido, muchos procedimientos, estructuras y dinámicas institucionales se empezaron a interpelar como ser los criterios, las modalidades y las limitaciones vinculadas con la internación.

Para finalizar, el artículo también aborda a nivel general las consecuencias que trae aparejadas la incongruencia entre los textos de estos instrumentos legales y la situación ideológica, cultural y social que legítima (o no) los cambios impulsados por las leyes. Así, pone de manifiesto las dificultades que puede acarrear posicionar nuevos marcos legales en instancias previas a modificaciones institucionales, e incluso anteriores a procesos de sensibilización poblacional.

4. Sentidos y significados sobre servicios de la salud mental desde la perspectiva de los usuarios/as, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante 2014. (Tisera, y Lohigorry, 2015).

Hacia el siglo XIX, el hospital psiquiátrico, constituido como lugar de saber y tratamiento de las enfermedades mentales, instauró una relación tutelar que implicaba la restricción de derechos. La estrategia de desmanicomialización, surgida a mediados del siglo XX, propone la sustitución del modelo asilar tutelar, por la creación de dispositivos comunitarios que garanticen la integralidad de la atención en salud, promoviendo la participación de las personas con padecimiento mental en los intercambios materiales, sociales y culturales.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tanto la Constitución, como la Ley Básica de Salud 153, la Ley de Salud Mental 488, así como la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el Plan Nacional de Salud Mental, sostienen la orientación del sistema de salud mental, en una progresiva desinstitucionalización mediante la consolidación de una red de servicios. Pese a los avances de carácter legislativo y la creación de programas; en CABA, la red de servicios en salud mental con base en la comunidad, no

se ha consolidado.

El presente trabajo, realizó un análisis de datos sobre 28 usuarios de servicios de rehabilitación ubicados en la zona sur de CABA, que habían atravesado por situaciones de internación (actuales o anteriores). Se compararon dos grupos: uno conformado por usuarios con situaciones de internación mayores al año y el otro con situaciones de internaciones menores al año. En los resultados del estudio se pusieron de manifiesto distintas problemáticas sociales (falta de vivienda, dinero, trabajo) que dificultan la planificación de procesos de internación. Al no generarse las condiciones que favorezcan la concreción de proyectos habitacionales, inclusión laboral y prácticas socioculturales; se reforzaba la necesidad de permanecer bajo la tutela de los servicios de internación. Los usuarios con internaciones breves manifestaron mayores posibilidades de participación, toma de decisiones e inclusión laboral; observándose que la atención de la salud era realizada principalmente en hospitales generales. La inexistencia de oportunidades reales de inclusión, imposibilita la continuidad entre los procesos de recuperación y adquisición de mayor autonomía, perpetuando como única opción la asistencia en el ámbito monovalente. La importancia de internaciones breves y la atención centrada en la comunidad, exigen el fortalecimiento e implementación de políticas públicas que consoliden el modelo comunitario de atención en salud mental.

Conclusiones:

Como observamos a lo largo del artículo, la ley nacional de Salud Mental N° 26.657 implicó un avance en términos legislativos para nuestro país a partir del cual se intentó lograr aquellos objetivos y necesidades manifiestas en la "Declaración de Caracas" y el "Plan de acción en Salud Mental".

Desde los textos referenciados podemos observar el impacto positivo de esta implementación en el intento de acortar las internaciones, acorde al espíritu desmanicomializador, la conformación de equipos interdisciplinarios en las guardias y la ampliación de derechos, en tanto dignidad, autonomía y capacidad de los usuarios.

Sin embargo se observan deudas, fundamentalmente en la implementación de la ley, que se traducen en falta de recursos tanto humanos como materiales, dificultades en las internaciones y déficits en la atención centrada en la comunidad.

Parte de estas deudas las observamos, a su vez, en la escasa producción bibliográfica al respecto; solo cuatro trabajos en casi diez años desde la sanción de la ley dan cuenta del escaso avance científico en la materia y la necesidad de profundizar los conocimientos.

Finalizando, consideramos que solo desde la implicancia y el compromiso profesional tanto teórico como clínico se podrá comenzar a saldar las mencionadas deudas e ir generando aquellos avances que permitan consolidar los objetivos que la Ley 26.657 y que los movimientos latinoamericanos en Salud Mental de las últimas décadas nos demandan.

BIBLIOGRAFÍA

- Hermosilla, A.M., Cataldo, R., Bogetti, C. (2015). Los derechos humanos y su impacto en la nueva legislación sobre Salud Mental. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 12, 61-68.
- Ley 26657 (B.O: 03/12/2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. Cap. I-IV. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Doc. A/46/49. Ginebra: ONU.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Consenso de Panamá. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Atención Primaria de la Salud. De www.paho.org.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Principios de Brasilia. Washington: OPS.
- Rodríguez, J. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 71(2):117-124
- Rojas, M.A., Santimaria, L., Fevre, M. y Santimaria, G. (2014). "Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras". *Anuario de investigación Facultad de Psicología-UBA*, XXI, 131-137.
- Tisera, A., & Lohigorry, J. (2015). Sentidos y Significados sobre servicios de salud mental desde la perspectiva de usuarios/as, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante 2014. *Anuario de Investigaciones*, XXII, 263-271.
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. y Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *XX Anuario de Investigaciones en Psicología*. 251-258.

ESTIGMATIZACIÓN HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA

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

RESUMEN

La estigmatización se expresa por medio de 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 tipo de TM, refiriendo así un daño hacia las mismas personas estigmatizadas en función de los valores negativos que son internalizados por éstas. Con el objetivo de determinar y caracterizar el nivel de estigmatización de los estudiantes que cursan la carrera de Psicología con relación a los TM graves, se realizó un estudio descriptivo correlacional en estudiantes de Psicología de la U.N.C, se definió una muestra de estudiantes de primer-y-tercer-año cursantes de la Licenciatura (N=565), los cuales respondieron, anónimamente, sobre su información socio-demográfica y el Corrigan-Attribution-Questionnaire, que mide nivel de estigma. Avanzados en una primera etapa de tratamientos de datos arribados se observa que los estudiantes manifiestan niveles de estigma medios, con una diferencia significativa débil, en los estudiantes de tercer año. Primeras correlaciones con la edad, el nivel educativo de ambos padres, y, la experiencia-previa-personal. En esta primera etapa de desarrollo, los datos se refrendan en otros estudios en contextos semejantes. Por lo que a la discapacidad que evidencia padecer un TM se asocia el impacto del estigma.

Palabras clave

Estigma - Trastorno mental - Salud mental - Estudiantes de psicología

ABSTRACT

STIGMATIZATION TOWARDS SERIOUS MENTAL DISORDERS IN PSYCHOLOGY STUDENTS

The stigmatization is expressed -by means of negative attitudes of members of society, on the perception of mental disorders (TM), which implies to judge in a negative way, to the people that suffer some type of TM, thus referring to a damage towards the same people stigmatized according to the negative values that are internalized by them. In order to determine and characterize the level of stigmatization of students who pursue a career in Psychology in relation to severe TM, a descriptive correlational study was conducted in UNC Psychology students, a sample of first-time students was defined. and third-year students of the Bachelor's degree (N = 565), who answered, anon-

ymously, about their socio-demographic information and the Corrigan-Attribution-Questionnaire, which measures the level of stigma. Advanced in a first stage of data processing arrived that students show average stigma levels, with a weak significant difference, in the third year students. First correlations with age, the educational level of both parents, and, previous-personal experience. In this first stage of development, the data are endorsed in other studies in similar contexts. The impact of stigma is associated with the disability evidenced by having a TM.

Key words

Stigma - Mental disorder - Mental health - Psychology students

Introducción.

Más allá de procesos históricos-sociales y culturales, las personas que padecen algún tipo de trastorno mental son estigmatizadas tanto por la enfermedad que padecen como por los comportamientos que manifiestan (Galende, 1991; Link, & Phelan, 2001; Lee, Chiu, Tsang, 2006). Así pues, destacamos que estamos ante un concepto que no debe ser visto como algo estático (Alonso, Buron, Bruffaerts, El, Posada Villa, Lepine, et al. 2008), sino que por el contrario, se trata de un concepto dinámico, fluido y contingente.

La actualización del concepto *estigma* conlleva que en la actualidad, dicho término, 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, lo 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, es claro que a 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, Zoppei, Van Bortel, Bonetto, Cristofalo, Wahlbeck, et al., 2012; Magliano, Read, Saggiocchi, Patalano, D'Ambrosio & Oliviero, 2012; Minoletti, Galea & Susser, 2013) consideran que es claro 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 relativa 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, 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 legales en los cuales los futuros profesionales se respaldarán y guiarán su accionar.

Objetivo: el estudio examinó los niveles de estigmatización hacia los trastornos mentales por parte de los estudiantes de grado de la carrera Psicología de la UNC, cursantes de primer y tercer 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 métodos.

Se realizó un estudio comparativo y transversal, realizado en la Facultad de Psicología de la UNC, entre los estudiantes cursantes de primer y tercer año ($n=415$ y $n=150$ respectivamente), seleccionados mediante muestreo intencional, los cuales respondieron, anónimamente, sobre su información socio-demográfica a partir de un primer cuestionario semi-estructurado con ítems referidos a la carrera de grado cursada; edad; género; situación laboral, situación económica, estado civil; nivel de educación de los padres y de las madres; exposición a contenidos multimedia relacionada con los trastornos mentales; consulta previa personal, familiar, y/ o de amigos. Posteriormente se les administró el *Corrigan Attribution Questionnaire (CAQ)* (Corrigan,

2004) que mide el nivel de estigma, evaluando diferentes actitudes y conductas relacionadas con una persona hipotética que padece algún trastorno mental; en base a 27 ítems; cada ítem se responden en una escala tipo Lickert de 1 a 9. Los ítems se agrupan en 9 factores/estereotipo (3 ítems por cada estereotipo): 1-Culpa o responsabilidad; 2-Enojo; 3-Lástima; 4- Ayuda o asistencia; 5-Peligrosidad; 6-Miedo; 7-Evitación; 8-Segregación; 9-Coacción.

El análisis de las puntuaciones se obtiene, por un lado, por la suma total de los puntajes obtenidos en todas las escalas (rango de puntajes de 9 a 243), así mismo se suman de las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada escala de acuerdo al estereotipo definido (rango de puntajes de 3 a 27). En ambos casos, a mayor puntaje obtenido mayor nivel de estigma. (16,40) *El instrumento fue validado semánticamente* constatando ante el proceso de traducción, la inexistencia de discrepancia entre las opiniones de expertos, a partir de las diferentes pruebas preliminares realizadas (Zarate, 2016). La consistencia interna fue satisfactoria (alfa de Cronbach=.72).

En esta primer etapa se pudo desarrollar una descripción y asociación entre las diferentes variables en estudio y los puntajes totales obtenidos en el CAQ se analizaron, según correspondiera, en el cálculo de la prueba t, y el análisis de la ANOVA.

Resultados.

Participaron 565 alumnos cursantes de las de carrera de psicología ($n=415$ primer año y $n=150$ tercer año), (media de edad muestra global: 26,1-ds 3.2). Todos respondieron el cuestionario autoadministrado CAQ, en lo que respecta al primer análisis de las variables con los puntajes obtenidos se pudo observar que la mayoría soltero en lo que respecta al estado civil ($m=$, $ds=$). Sobre la muestra total El 25,9% de los padres de los estudiantes alcanzaron un nivel de educación formal bajo. Con relación a las madres el 28,9% solo alcanzaron un nivel educativo bajo.

El 52% de estudiantes de primer año, y el 53% de tercero han consultado a profesionales, por haberse sentido algún malestar en términos psíquicos. En el caso de los estudiantes de primer año, la primer mayoría (34%) realizó tal consulta con médicos clínicos; a diferencia de los estudiantes de tercer año que consultaron en su mayoría con psicólogos (58%). Esta diferencia se pueden deber, posiblemente al avance y trayectoria alcanzada en el desarrollo de la formación. Por otra parte con respecto a los niveles de estigma presentes en los estudiantes (muestra global) que consultaron con profesionales fue menor, con relación a aquellos que informaron lo contrario.

Los estudiantes de las diferentes carreras manifiestan niveles de estigma medios, sin embargo, se observó una diferencia significativa, menor, en los estudiantes de psicología. El nivel de estigma se incrementa a medida que disminuye los años de edad de los estudiantes, y está asociado al nivel educativo de ambos padres. Los estudiantes que consultaron a profesionales, con relación al trastorno depresivo, manifestaron niveles más

bajos de estigma. Sin embargo, no se encontró asociación entre el estigma y la consulta a profesionales por parte de sus familiares o amigos, y la exposición a contenidos multimedia relacionada con los trastornos mentales.

Finalmente podemos sintetizar los primeros resultados obtenidos en tanto que refieren a que los estudiantes de los diferentes años de cursado manifiestan niveles de estigma medios, observándose paralelamente, una diferencia significativa menor, en los estudiantes de tercer año. Así mismo, encontramos en primer lugar que dicho nivel de estigma se incrementa a medida que disminuye la edad, en segundo que se evidencia asociación al nivel educativo de ambos padres, En tercero, con relación a la experiencia previa personal, se observa que los estudiantes que consultaron a profesionales, con relación al sufrimiento o padecimiento psíquico, manifestaron niveles más bajos de estigma. Finalmente, hasta lo procesado previo elaboración del presente informe, no se encontró asociación entre el estigma y otras dimensiones definidas en torno a la experiencia previa. la consulta a profesionales por parte de sus familiares o amigos, y la exposición a contenidos multimedia relacionada con los trastornos mentales.

Discusión y conclusiones.

El estigma hacia los trastornos mentales entre los estudiantes de la carrera de psicología, se manifiesta en un nivel medio, en mayor medida, por atribuciones asociadas a estereotipos de lastima como el más elevado, seguido por la segregación y finalmente la coacción. Se pudo observar que en algún punto hay una asociación entre el nivel de estigma de los estereotipos en los estudiantes y las variables consideradas al momento de analizar. Como primer informe preliminar de una primera etapa de trabajo, entendemos que las consecuencias que derivan sobre los trastornos mentales se relacionan con el impacto del estigma, lo cual favorece y promueve el anclaje de ideas y actitudes negativas hacia las personas que los padecen, pudiendo considerar que se refuerza la idea de que se obstaculiza el abordaje y tratamiento de estos.

En conclusión, como se ha mencionado, ante el desarrollo de un informe preliminar, el presente estudio se constata que hay estigma entre los estudiantes de psicología.

Si bien puede sonar prematuro, entendemos que, como primeras conclusiones, se hacen 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.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- AsociacionAmericana de Psiquiatria. Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales Quinta Edicion (DSM V) Washington, DC. APA. 2013.
- Ay P, 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.
- 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 PW: 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. *Serbeis de Salud Mental*. Barcelona. 2009.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade I, Caraveo Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en America Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev PanamSalud-Pública*. 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.

- Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K et al. (2012) Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross sectional survey. Publicado on line el 18 de octubre de 2012 en [http://dx.doi.org/10.1016/50140-6736\(12\)61379-8](http://dx.doi.org/10.1016/50140-6736(12)61379-8)
- Lee S, Chiu M, Tsang H. La estigmatización y la discriminación asociada con el tratamiento de la esquizofrenia en Hong Kong. *SocSci Medical* 2006.
- Levav I, Robert K, Montoya C, Pablo R, Aif S, Willians V et al. Capacitación sobre la depresión en la atención primaria a médicos latinoamericanos en el módulo de la WPA: Resultados de un estudio multicéntrico. *PsycholMed*. 2005; 35:1 : 35-45.
- Link BG, Phelan JC: Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*: 2001; 27: 363–85.
- Magliano L, Read J, Saggiocchi A, Patalano M, D'Ambrosio A & Oliviero N. Differences in views of schizophrenia during medical education: a comparative study of a 1st versus 5th-6th year Italian medical students. *SocPsychiatryPsychiatrEpidemiol* 2012. Publicado en internet el 2 de noviembre de 2012.
- Mahto R, Verma PK, Verma AN, Singh A, Chaudhury S., Shantna K Percepción de los estudiantes sobre las enfermedades mentales. *Ind Psiquiatría J*. 2009 Jul-Dec; 18 (2):. 92-96.
- Martin J, Lang A, Olafsdottir S. Repensar los enfoques teóricos para el estigma. *SocSciMed* Autor manuscrito; disponible en PMC 2009 1 de agosto. Publicado en forma editada final: *SocSciMed*. agosto de 2008; 67 (3) :. 431-440 2008 Publicado en Internet el 22 de abril.
- Minoletti A, Galea S, Susser E. (2013) Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Rev* 2013;34(2):1-23.
- Mora O. Voces del estigma: percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*. Vol 48, número 3. Colombia. 2007:pp 207-220.
- OMS/OPS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Editado por las OPS/OMS. 2007 http://ops-oms.org.pa/Lz_HAA/Doc/agenda.pdf
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental . Obtenido en <http://www.legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=37&item=1>
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra; 2001.
- Phelan, J. (2002). Genetic bases for mental illness- a cure for stigma? *Trends Neurosci* 25:430–431 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166223602022099>
- Piza Peluso, E., Blay, S. Estigma público e esquizofrenia nacida de Sao Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol 33, número 2. 2011
- Rivera, C., Rossetto, A., Pesqueira, G. Papel de la experiencia vs rechazo del paciente con esquizofrenia. *Revista latinoamericana de Psicología*. Año/vol 40, número 001. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Colombia 2008: pp73-83.
- Roberts LW; Stigma, Hope and Challenge in Psychiatry: Trainee Perspectives from Five Countries on Four Continents. *Academic Psychiatry*; 2010;34:1-4. (obtenido de <http://ap.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=51613>)
- Rodríguez J, Kohn R y Levav I. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En Rodríguez J. *Salud mental en la Comunidad*. OPS. Paltex. 2009 ISBN 9789275330654.
- Runte Geidel A, Torres Gonzalez F et al. Estudio multicéntrico sobre estigma, necesidades y cuidados de personas con trastornos mentales de larga evolución. *Archivos de psiquiatría*, vol 67, núm 3. Madrid. 2004:pp 195-210.
- Rusch N, Corrigan PW. El estigma de la enfermedad mental: conceptos. Consecuencias e iniciativas para la reducción del estigma. *Euro Psychiatry* 2005.
- Shrivastava A, Johnston M, y Bureau Y. Estigma de la Enfermedad Mental: Reflexiones Clínicas. *Mens Sana Monographs* 2012. Publicado en internet en enero de 2012 (PubMed).
- Shrivastava A, Johnston M, y Bureau Y. Estigma de la Enfermedad Mental: Incumplimiento e intervención. *Mens Sana Monographs* 2012. Publicado en internet en enero de 2012 (PubMed).
- Stone A & Merlo L. Actitudes y nivel de estigma de los estudiantes universitarios hacia las enfermedades mentales y el abuso de medicamentos psiquiátricos. *J Clin Psychiatry*. 2010. Publicado en internet el 16 de noviembre de 2010.
- Zarate. J (2016) Estigmatización de la depresión mayor en estudiantes universitarios del sector salud. Tesis de Maestría. Director: Levav, I.

POSTERS

PERSPECTIVAS SOBRE LAS BARRERAS PARA LA PARTICIPACIÓN EN ASOCIACIONES DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Ardila, Sara; Schembri, Lihuen; Alonso, Rocío; Rojtenberg, Carolina; Quercetti, Florencia; Fabbio, Rocío Paola
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

Las asociaciones de personas usuarias de servicios de salud mental son reconocidas como un componente básico para la democratización del sistema de salud mental. Desde la perspectiva de los derechos de las personas con discapacidad, dichas asociaciones constituyen un medio para efectivizar el derecho a la participación de este colectivo de personas, a su vez que un espacio para la defensa de otros derechos. Específicamente en Argentina, estas asociaciones han venido desarrollándose de manera más marcada en la última década, en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual incluye a este tipo de asociaciones en diversos estamentos creados por dicha ley. Sin embargo, y pese a haber aumentado en número, la participación en las mismas sigue siendo reducida. Así, se desarrolló una investigación cuyo objetivo fue indagar por las barreras para la participación de las personas usuarias en este tipo de asociaciones. Se realizaron durante 2018 y 2019 entrevistas con participantes actuales de asociaciones, activistas e informantes clave, así como cuestionarios con personas usuarias que no han participado de dichas asociaciones. Los resultados fueron analizados a partir de tres niveles: macro-contextual, institucional y subjetivo.

Palabras clave

Participación Social - Salud Mental - Movimiento de Usuarios - Argentina

ABSTRACT

PERSPECTIVES ABOUT BARRIERS FOR PARTICIPATION IN MENTAL HEALTH SERVICE USERS' ASSOCIATIONS

Mental health user's associations have been recognized as a basic component for the democratization of the mental health system. Besides, these associations embodied the achievement of the right to participate, within the framework of the International convention on the rights of persons with disabilities. In Argentina, mental health user's associations have increased in their number along the Country in the last decade, within the framework given by the National Mental Health Law which mandates the inclusion of these associations in different institutions created by the Law. Despite this increase in their number, the participation within those associations continues to be

limited. With the aim to understand the barriers for participation in mental health users' associations in Argentina, a research was conducted between 2018 and 2019, with interviews with activists, current participants of those associations and key informants. A questionnaire to mental health users' who never participate in those associations was also conducted. Analysis was made based on three levels: macro-contextual, institutional, and subjective.

Key words

Social Participation - Mental Health - User's Movement - Argentina

BIBLIOGRAFÍA

- Barnes, M., Shardlow, P. (1997). From passive recipient to active citizen: Participation in mental health user groups. *Journal of Mental Health*, 6, 289-300.
- Crawford, M.J., Rutter, D. (2004). Are the views of members of mental health users groups representative of those "ordinary" patients? A cross-sectional survey of service users and providers. *Journal of Mental Health*, 13(6): 561-568.
- Gee, A., McGarty, C., Banfield, M. (2016). Barriers to genuine consumer and carer participation from the perspective of Australian systemic mental health advocates. *Journal of Mental Health*, 25(3): 231-237.
- Hodge, S. (2005). Participation, discourse and power: a case study in service involvement. *Critical Social Policy*, 25(2): 164-179.
- Lakeman, R. (2007). Service users, authority, power and protest: A call for renewed activism. *Mental Health Practice*, 11 (4), 12-16.
- McLean, A. (1995). Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change. *Social Science and Medicine*, 40, 1053-1071.
- Morselli, P.L. (2000). Present and future role of mental illness advocacy associations in the management of the mentally ill: realities, needs and hopes at the edge of the third millennium. *Bipolar Disorders*, 2, 294-300.
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Pereira, D.B., Coimbra, V.C.C., Ceolin, T., Martins, A.R. y Heck, M.R., (2009). Ciudadanía em saúde mental e a participação popular. *Cogitare Enferm*, 14 (4), 764-768.

- Rosales, M., Fernández, M., Agrest, M., Ardila-Gómez, S. y Stolkiner, A. (septiembre de 2015). Asociaciones para, con y de usuarios de servicios de salud mental: elementos para su conceptualización y desarrollo. *I Congreso Latinoamericano de Salud Mental: "Los rostros actuales del malestar"*, Salta, Argentina.
- Rose, D., Fleischmann, P., Scofield, P. (2010). Perceptions of user involvement: A user-led study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4): 389-401.
- Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. *Intersecciones Psi, Revista virtual de la Facultad de Psicología*, 2. Recuperado de: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=134:las-organizaciones-de-usuarios-y-familiares-como-nuevos-actores-del-campo-de-la-salud-mental&catid=17:investigaciones&Itemid=30
- World Health Organization (2003). *Advocacy for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Geneva: World Health Organization.

SIGNIFICADOS ASOCIADOS A ACCIONES DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL DE LA INDUSTRIA DE ALCOHOL EN ARGENTINA

Bachmann, Julieta; Peltzer, Raquel Inés
Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina

RESUMEN

Para amortiguar los efectos negativos generados por el consumo nocivo de alcohol, las industrias productoras voluntariamente realizan campañas que pueden definirse como acciones de Responsabilidad Social Empresarial (RSE). Estudios señalan que estas acciones podrían leerse más como publicidad que como un compromiso con la salud pública. Sin embargo, estos estudios han dejado de lado los significados otorgados por los receptores de los mismos. El objetivo de este trabajo es estudiar los significados atribuidos por los jóvenes a acciones de RSE de productoras de bebidas alcohólicas. Para ello se presentaron a jóvenes (18-25 años) dos videos de RSE de empresas de cerveza. Se realizaron entrevistas en profundidad que abordaron los siguientes ejes: objetivo principal percibido, situaciones asociadas a la bebida. Se realizaron análisis de contenido. Los resultados indican que el total de los entrevistados percibió que los personajes eran jóvenes adultos que se encontraban consumiendo bebidas con alcohol, en fiestas o conversando distendidamente. Se identificó que los videos promovían el consumo responsable pero también se consideró que el objetivo del video era promover la marca o la bebida. Estos resultados complementan los estudios que señalan que las acciones de RSE tienen como objetivo principal la promoción de sus marcas o productos.

Palabras clave

Alcohol - Responsabilidad Social Empresarial - Publicidad - Jóvenes

ABSTRACT

MEANINGS ASSOCIATED WITH TWO ACTIONS OF CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY OF THE ALCOHOL INDUSTRY IN ARGENTINA
To deal with the negative effects generated by the harmful consumption of alcohol, the alcohol industries voluntarily carry out campaigns that can be defined as Corporate Social Responsibility (CSR) actions. Studies indicate that these actions could be read more as publicity than as a commitment to public health. However, these studies have left aside the meanings given by the recipients of them. The objective of this investigation is to study the meanings attributed by young people to CSR actions of producers of alcoholic beverages. For this, two

CSR videos of beer companies were presented to young people (18-25 years old). In-depth interviews were carried out to explore the following axes: perceived main objective, situations associated with drinking. Content analysis was performed. The results indicate that the total of the interviewees perceived that the characters were young adults who were drinking alcoholic beverages, at parties or conversations. It was identified that the videos promoted responsible consumption but it was also considered that the purpose of the video was to promote the brand or the drink. These results complement the studies that indicate that CSR actions have as main objective the promotion of their brands or products.

Key words

Alcohol - Corporate Social Responsibility - Publicity - Youth

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, P. (2003). Las organizaciones sobre aspectos sociales de la industria de alcoholes: Una advertencia a la salud pública. *Adicciones*, 15(2), 103-104. Disponible en <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/434/432>
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... & Rossow, I. (2012). *El alcohol. Un producto de consumo no ordinario*. Washington, D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/173259>
- Babor, T.F., Jernigan, D., Brookes, C., & Brown, K. (2017). Toward a public health approach to the protection of vulnerable populations from the harmful effects of alcohol marketing. *Addiction*, 112(S1), 125-127. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/add.13682>
- Daponte, R.R., Parada, A.D., & Vázquez, E.G. (2008). La responsabilidad social empresarial: un acercamiento a la realidad empresarial de Galicia. En *Universidad, Sociedad y Mercados Globales* (pp. 309-324). España: AEDEM. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2751754.pdf>
- Ejecutivo, C. (2010). *Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial: informe de la Secretaría* (No. EB126/13). Organización Mundial de la Salud. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2643/B126_13-sp.pdf



Ley Nacional Nº 24.788 de Lucha Contra el Alcoholismo. 5 de marzo de 1997. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, Argentina (1997). Disponible en http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-08-25_ley-alcohol.pdf

Pantani, D., Peltzer, R., Cremonte, M., Robaina, K., Babor, T. & Pinsky, I. (2016). The Marketing Potential of Corporate Social Responsibility Activities: The Case of the Alcohol Industry in Latin America and the Caribbean. *Addiction*, 112(S1), 74-80. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.13616>

Pantani, D., & Pinsky, I. (2017). Alcohol, salud pública y responsabilidad social en América Latina. *Brasil: Daniela Pantani e Ilana Pinsky (Orgs)*.

RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES

Koutsovitis, Florencia; Cremades, Camila; Donatti, Sofía
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

Los Trastornos Gastrointestinales Funcionales (TGF) son considerados de importancia para la salud pública por su frecuencia, por el nivel de discapacidad que generan y por producir una importante carga económica y social. Entre los TGF, el Síndrome de Intestino Irritable (SII) presenta una prevalencia alta, con una utilización de los recursos en salud desproporcionados para la severidad de los síntomas, como cirugías abdomino-pelvianas y visitas a profesionales no especialistas en gastroenterología. Los mismos se caracterizan por la ausencia de un sustrato orgánico evidente. Esto llevó a considerar mecanismos psicológicos implicados en su desarrollo y mantenimiento. En consecuencia, distintos estudios internacionales han encontrado comorbilidad con trastornos psiquiátricos, como ansiedad y depresión, en diversos trastornos gastrointestinales funcionales. El presente estudio pretende evaluar a los pacientes del área de Neurogastroenterología del Hospital de Clínicas (ya diagnosticados con un TGF) en búsqueda de comorbilidades psiquiátricas. De este modo se brindará información descriptiva sobre la población local, lo que permitirá diseñar intervenciones interdisciplinarias que reduzcan la sintomatología, mejoren la calidad de vida y reduzcan la carga socioeconómica que dichos trastornos representan.

Palabras clave

Trastornos Gastrointestinales Funcionales - Ansiedad - Depresión - Calidad de Vida

ABSTRACT

PRELIMINARY RESULTS ON PSYCHIATRIC COMORBIDITIES IN FGD Functional Gastrointestinal Disorders (FGD) are considered important for public health because of their frequency, because of the level of disability they generate and because they produce a significant economic and social burden. Among the FGD, the Irritable Bowel Syndrome (IBS) has a high prevalence, with a disproportionate use of health resources for the severity of symptoms, such as abdomino-pelvic surgeries and visits to professionals not specialized in gastroenterology. They are characterized by the absence of an obvious organic substrate. This leads to consider psychological mechanisms involved in its development and maintenance. Consequently, different

international studies have found comorbidity with psychiatric disorders, such as anxiety and depression, in various functional gastrointestinal disorders. The present study aims to evaluate patients in the Neurogastroenterology area of the Hospital de Clínicas (already diagnosed with a FGD) in search of psychiatric comorbidities. In this way, descriptive information about the local population will be provided, which will allow the design of interdisciplinary interventions that reduce the symptomatology, improve the quality of life and reduce the socio-economic burden that these disorders represent.

Key words

Functional Gastrointestinal Disorders - Anxiety - Depression - Quality of Life

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Whitehead, W.E., Palsson, O., & Jones, K.R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology*, 122(4), 1140-1156.

CUATRO DIMENSIONES DE LAS REPRESENTACIONES DE ESCOLARES ARGENTINOS FRENTE A ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS Y ALIMENTOS NO PROCESADOS

Leonardelli, Eduardo
Salud Investiga. Argentina

RESUMEN

Se presentan una parte de los resultados alcanzados en el Proyecto "Exposición a publicidad y consumo de alimentos en escolares de provincias de Argentina" (Salud Investiga 2016). Allí se reunió una muestra de no probabilística de 1261 escolares de entre 8 y 12 años de edad, de seis ciudades de Argentina. Para evaluar las representaciones infantiles de alimentos ultra-procesados y poco o no procesados, se proyectaron en las aulas imágenes de cuatro pares de alimentos: cada par de alimentos conformado por un alimento ultraprocesado y uno poco o no procesado, con idéntica función (bebida, entremés, plato principal, postre). Las respuestas de los escolares se recogieron mediante escalas con cinco puntos, con apoyo icónico, que cubren cuatro dimensiones motivadoras del consumo de alimentos: sabor, saciedad, salud y energía. El análisis de datos muestra que las representaciones de salud, energía, y saciedad parecen ajustarse a las expectativas sanitarias, incluso excesivamente. Lo que, además de sugerir un sesgo de aceptación social, indicaría cierto éxito educativo en suscitar representaciones de salud alimentaria acordes a objetivos de salud pública. La dimensión que presenta variabilidad menos acorde a lo sanitariamente deseable es "sabor", esto constituye el principal obstáculo para que tenga lugar una preferencia alimentaria saludable.

Palabras clave

Preferencias alimentarias - Alimentos ultraprocesados - Psicología de la salud alimentaria

ABSTRACT

FOUR DIMENSIONS PERCEPTION OF ULTRA-PROCESSED FOODS AND NON-PROCESSED FOODS IN ARGENTINE SCHOOLERS

The partial results reached by the project "Exposure to advertising and food intake of school-age children in Argentine provinces" (Salud Investiga 2016) are shown here. The project got a non-probabilistic sample of 8 to 12 year old school kids and their parents from primary education schools from 6 Argentine districts. Images of four pairs of foods were projected in the classrooms, in order to assess child perception of foods. Each pair was made up by an ultra-processed food and a non-processed or slightly processed food. Schoolchildren responses were collected by five points scales with iconic support, covering

four dimensions of food preferences: taste, satiety, health and energy. Data analysis shows that health, energy and satiety perceptions seem to match social health expectations, even excessively. Nevertheless, taste dimension shows a less according to health expectations variance, what is the main obstacle to a healthy food preferences.

Key words

Food preferences - Ultra-processed food - Health eating psychology

BIBLIOGRAFÍA

- Brannon, L., Feist, J. (2007, 6ª ed.). *Health Psychology*. Belmont, CA: Thomson.
- Buendía, J. (1999). *Familia y Psicología de la salud*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Colomer Revuelta, C., Álvarez-Dardet, C. (Eds.) (2006, 1ª ed. 2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Cairns, G., Angus, K., Hastings, G. (2009). The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008. Geneva: World Health Organization, 2009.
- Monteiro, C.A. (2009) Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. *Public health nutrition*, 12(5), 729-731.
- Morrison, V., Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Moubarac, J.C., Batal, M., Martins, A.P.B., Claro, R., Levy, R.B., Cannon, G., & Monteiro, C. (2014). Processed and ultra-processed food products: consumption trends in Canada from 1938 to 2011. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 75(1), 15-21.
- O'Dougherty et al. (2006). Observations of Parent-Child Co-Shoppers in Supermarkets: Children's Involvement in Food Selections, Parental Yielding, and Refusal Strategies. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38(3), 183-188.
- OMS (2010). *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*.

APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE DEPRESIÓN Y AUTOEFICACIA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Ofman, Silvia Deborah; Stefani, Dorina
CONICET. Argentina

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica, de alto impacto sanitario, que presenta asociación con ciertas variables psicosociales, hecho que adquiere relevancia para el bienestar de los/as pacientes y el tratamiento. El presente trabajo muestra una aproximación descriptiva a los datos sociodemográficos y las variables depresión y autoeficacia, formando parte de un estudio mayor, sobre el perfil psicosocial de estos/as pacientes desde una perspectiva de género. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico elaborado ad hoc, Inventario de Depresión de Beck (Brenlla & Rodríguez, 2006) y Escala de Autoeficacia General (Brenlla, Aranguren, Rossaro & Vázquez, 2010). Se presentan resultados sobre 25 pacientes (18 varones y 7 mujeres) con DM2, que tenían, en promedio, siete años de diagnóstico, y se atendían en una institución de salud situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La edad promedio fue 60 años, todos/as de nacionalidad argentina. En general, se encontraban casados/as, con un nivel de escolaridad secundario. La mitad se encontraba laboralmente activo, siendo la ocupación principal empleado/a, mientras el resto estaba jubilado/a. Se situaron en un nivel socioeconómico medio. Casi todo/as poseían cobertura médica (obra social). Los valores de depresión indicaron niveles mínimos y los de percepción de autoeficacia, parámetros intermedios.

Palabras clave

Diabetes tipo 2 - Depresión - Autoeficacia

ABSTRACT

APPROACHES TO THE STUDY OF DEPRESSION AND SELF-EFFICACY IN TYPE 2 DIABETES

The chronic disease, type 2 diabetes (T2DM), has a high impact on the health care system and it is associated with certain psychosocial variables, that becomes relevant for the patient's well-being and their treatment. The present work shows a descriptive approach to sociodemographic data and depression and self-efficacy variables, and it is part of a larger study on the psychosocial profile of these patients, from a gender perspective. It were used a sociodemographic questionnaire elaborated ad hoc, Beck Depression Inventory (Brenlla & Rodríguez, 2006) and General Self-Efficacy Scale (Brenlla, Aranguren, Rossaro & Vázquez, 2010). Results are presented on 25 patients (18 men and 7 women) whom has been, on average, diagnosed with T2DM seven years ago, and attended to a health institution located in the Autonomous

City of Buenos Aires. Their mean age was 60 years, all of them of Argentinian. In general, they were married, with a high school education level. Half of them were working, mainly as employees, while the rest was retired. They identified their self in a medium socioeconomic level. Most all of them had health insurance. The values indicated minimum levels of depression and intermediate parameters of self-efficacy perception.

Key words

Type 2 diabetes - Depression - Self-efficacy

BIBLIOGRAFÍA

- Bail Pupko, V. & Azzollini S. (2012). Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(10), 15-23.
- Brenlla, M.E., Aranguren, M., Rossaro, M.F. & Vázquez N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria*, 27(1), 77-94.
- Brenlla, M.E & Rodríguez, M. (2006). Adaptación Argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). En A.T. Beck, R.A. Steer & G.K. Brown (Eds.), *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (pp. 11-37). Buenos Aires: Paidós.
- Darwish, L., Beroncal, E., Sison, M.V. & Swardfager, W. (2018). Depression in people with type 2 diabetes: current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 11, 333-343.
- Domínguez Alonso, E. (2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(2), 200-213.
- International Diabetes Federation. (2015). *Atlas de la diabetes. Séptima edición*. [Consultado el 24 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>
- Ledón Llanes, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. [Consultado el 14 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
- Sánchez-Cruz, J.F., Hipólito-Lóenzo, A., Mugártegui-Sánchez, S.G. & Yáñez-González, R.M. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Atención Familiar*, 23(2), 43-47.

COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN PERSONAS CON VIH DE BUENOS AIRES

Radusky, Pablo David; Mikulic, Isabel Maria
Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El crecimiento postraumático (CPT) comprende cambios positivos resultantes de enfrentar eventos traumáticos, como un diagnóstico de VIH. Las competencias socioemocionales (CSE) pueden contribuir positivamente al CPT. El objetivo fue analizar asociaciones y relaciones predictivas entre CSE y CPT en personas con VIH de Buenos Aires. Se administró el Inventario de Crecimiento Postraumático y el Inventario de Competencias Socioemocionales a 100 personas con VIH. Se realizaron correlaciones de Pearson y análisis de regresión lineal. La expresión emocional fue la única CSE que correlacionó positivamente con la puntuación total del CPT ($r=.40$) y con las puntuaciones de sus 5 dominios (r entre $.29$ y $.39$). El dominio Fortaleza personal se asoció positivamente con un mayor número de CSE: expresión emocional ($r=.35$), autoeficacia ($r=.28$), comportamiento prosocial ($r=.20$) y optimismo ($r=.20$). Sin embargo, solo las dos primeras predijeron cambios positivos en este dominio ($R^2=.17$, $F(2,97)=10,159$, $p<.05$). Los resultados resaltan la relevancia de la expresión emocional para promover cambios positivos después de enfrentar un diagnóstico de VIH. En combinación con la autoeficacia, puede contribuir a mayor conciencia de fortaleza personal en personas con VIH. Estos resultados pueden orientar el diseño de intervenciones que promuevan el afrontamiento adaptativo y la aceptación del diagnóstico de VIH.

Palabras clave

Crecimiento postraumático - Competencias socioemocionales - VIH - Diagnóstico

ABSTRACT

SOCIOEMOTIONAL COMPETENCIES AND POSTTRAUMATIC GROWTH IN PEOPLE WITH HIV FROM BUENOS AIRES

Posttraumatic growth (PTG) includes positive changes resulting from coping with traumatic events, such as an HIV diagnosis. Socioemotional competencies (SEC) can contribute positively to PTG. The objective was to analyze associations and predictive relations between SEC and PTG in people with HIV from Buenos Aires. The Posttraumatic Growth Inventory and the Socioemotional Competencies Inventory were administered to 100 people with HIV. Pearson correlations and linear regression analysis were conducted. Emotional expression was the only SEC that

positively correlated with the total PTG score ($r = .40$) and with the 5 specific domain scores (r between $.29$ and $.39$). Personal strength domain was positively associated with a greater number of SEC: emotional expression ($r = .35$), self-efficacy ($r = .28$), prosocial behavior ($r = .20$) and optimism ($r = .20$). However, only the first two predicted positive changes in this domain ($R^2=.17$, $F(2,97) = 10.159$, $p<.05$). These results highlight the relevance of emotional expression in the promotion of positive changes after an HIV diagnosis. In combination with self-efficacy, it can contribute to greater awareness of personal strength in people with HIV. These results can guide the design of interventions that promote adaptive coping and acceptance of the HIV diagnosis.

Key words

Posttraumatic growth - Socioemotional competencies - HIV - Diagnosis

BIBLIOGRAFÍA

- Mikulic, I.M., Crespi, M & Radusky, P.D. (2015). Construcción y validación del Inventario de Competencias Socioemocionales para adultos (ICSE). *Interdisciplinaria*, 32(2), 307-330.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. DOI: 10.1207/s15327965pli1501_01

SALUD PSÍQUICA DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, DISCREPANCIAS ENTRE MADRES Y PADRES EN LOS FACTORES PRÓXIMOS QUE LA AFECTAN

Samaniego, Virginia Corina

Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía. Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina

RESUMEN

El estudio de las interacciones padres-niños ha hecho foco en las madres. Se ha investigado poco la relación padre-niño y aún menos se han comparado padres y madres. En este estudio se examinó la contribución de factores próximos a la salud psíquica de niños/as en edad escolar, estableciendo diferencias entre padres y madres. Se trata de un estudio observacional analítico transversal. Se trabajó con una muestra intencional de 152 niños de población general del área metropolitana, tomando como informantes a sus padres/madres. Se evaluaron los factores tolerancia parental, cohesión y flexibilidad familiar y salud mental de los adultos. Se efectuaron análisis de correlación y de regresión múltiple. La correlación encontrada entre padres y madres respecto a la salud mental de sus hijos fue de .69 (.000). El análisis multivariado indicó entre otras cosas que el mejor predictor del grado de problemas en niños/as fue la tolerancia parental para ambos cuidadores explicando para padres un 19% de la varianza, $p < .000$) y para madres un 32% de la varianza, $p < .000$). Asimismo se encontró que a mayor grado de psicopatología de los adultos, los niños presentan más grado de problemas. Al poner todos los factores en juego, el patrón difiere entre padres.

Palabras clave

Niños en edad escolar - Padres - Madres - Psicopatología

ABSTRACT

MENTAL HEALTH IN SCHOOL AGE CHILDREN DISCREPANCIES AMONG FATHERS AND MOTHERS

The study of parent-child interactions has focused on mothers. The father-child relationship has been little investigated and even fewer parents and mothers have been compared. In this study, the contribution of factors close to the mental health of school age children was examined, establishing differences between parents and mothers. It is a cross-sectional analytical observational study. We worked with an intentional sample of 152 children from the general population of Buenos Aires metropolitan area, taking parents as informants. The factors parental tolerance, family cohesion and flexibility, and adults' mental health were evaluated. Correlation and multiple regression analyzes were performed. The correlation found between parents and mothers regarding the mental health of their children was .69 (.000). The multivariate analysis indicated among other things that the best predictor of the degree of problems in children was parental tolerance for both caregivers explaining for parents 19% of the variance, $p < .000$) and for mothers 32% of the variance, $p < .000$). It was also found that the greater degree of psychopathology of adults, the children have more problems. When putting all the factors into play, the pattern differs between mothers and fathers.

Key words

School age children - Mothers - Fathers - Psychopathology

NECESIDAD DE PERTENENCIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Schmidt, Vanina; Celsi, Ignacio; Di Puglia, Gabriela; Aranda Coria, Elizabeth
Universidad Centro de Altos Estudios en Ciencias Exactas. Argentina

RESUMEN

La literatura internacional señala a la población universitaria como grupo altamente vulnerable frente al consumo de sustancias. A su vez, los estudios señalan que los estudiantes experimentan una disminución de la red de apoyo durante la transición desde la escuela de nivel medio a la universidad y afrontan la necesidad de pertenecer a nuevos grupos de pares. Objetivo: indagar la relación entre la necesidad de pertenencia (NP) y el consumo de sustancias en estudiantes universitarios. Método. Participantes: 184 estudiantes universitarios de CABA (Edad M=23.7; DE=2.7; 66.8% mujeres). El 90% consume actualmente alcohol y el 23% alguna sustancia ilegal. El 40% consume alcohol de forma excesiva (la mitad lo hace una vez por semana). Instrumentos: Escala Necesidad de Pertenencia (NBS), Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol versión C (AUDIT-C), Inventario de consumo de sustancias y Cuestionario Sociodemográfico. Análisis de datos: Se utilizó análisis de correlación y Prueba U de Mann Whitney. Resultados: En estudiantes varones, una alta NP se asocia a mayor consumo riesgoso de alcohol. En mujeres no se observan asociaciones entre la NP y el consumo de alcohol. La NP no tiene relación con el consumo de sustancias ilegales.

Palabras clave

Alcohol - Pares - Pertenencia - Universitarios

ABSTRACT

THE NEED TO BELONG AND SUBSTANCES USE IN UNIVERSITY STUDENTS OF THE AUTONOMOUS CITY OF BUENOS AIRES

International literature points to the university population as a highly vulnerable group with regard to substances use. In turn, the studies indicate that students experience a decrease in the support network during the transition from middle school to university and they face the need to belong to new peer groups. Objective: to investigate the relationship between the need to belong (NB) and substances use in university students. Method. Participants: 184 university students of CABA (Age M = 23.7, DE = 2.7, 66.8% women). A high percentage (90%) shows current consumption of alcohol and 23% shows consumption of some illegal substance. Excessive alcohol consumption reaches 40% of students (and half of them do it once a week). Instruments:

Need to Belong Scale (NBS), Alcohol Use Disorder Identification Test C version (AUDIT-C), Inventory of substance use and Socio-demographic Questionnaire. Data analysis: Correlation analysis and Mann Whitney U test were used. Results: In male students, a high NB is associated with higher risky alcohol consumption. In women, there are no associations between NB and alcohol consumption. NB is not related to the consumption of illegal substances.

Key words

Alcohol - Peers - Belonging - University students

BIBLIOGRAFÍA

- Babor, T., Higgins, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en atención primaria*. Ginebra: OMS.
- Cremonte, M., Ledesma, R.D., Cherpitel, C.J., & Borges, G. (2010). Psychometric properties of alcohol screening tests in the emergency department in Argentina, Mexico and the United States. *Addictive behaviors*, 35(9), 818-825.
- Leary, M.R., Kelly, K.M., Cottrell, C.A., & Schreindorfer, L.S. (2012). Individual differences in the need to belong: Mapping the nomological network. Unpublished manuscript, Duke University.
- Leibovich, N., Schmidt, V. y Calero, A. (2018). The Need to Belong (NB) in Adolescence. Adaptation of a scale for its assessment. *Psychology and Behavioral Science Int Jnal*, 8(5).

TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS, DEPRESIÓN GERIÁTRICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN ADULTOS MAYORES JUBILADOS. UN ESTUDIO CRÍTICO COMPARATIVO A PARTIR DEL GÉNERO

Tartaglini, Maria Florencia; Hermida, Paula Daniela; Nuñez, Macarena Liliana
Instituto de Neurociencias Buenos Aires - CONICET. Argentina

RESUMEN

Desde el marco de la Psicología Social de la Salud, el Modelo Transaccional del Estrés y la Teoría del Rol Social de Género, el presente trabajo se propone evaluar de forma crítico-comparativa, de acuerdo al género, la presencia de Trastornos Psicofisiológicos, de Depresión Geriátrica y la Calidad de Vida en adultos mayores jubilados. Con este fin, se evaluarán dichas variables en dos grupos, uno compuesto por 150 mujeres y otro por 150 hombres, adultos mayores jubilados, autoválidos, de nivel socioeconómico medio y que habitan en un gran centro urbano (CABA y alrededores). Se realizará un estudio no experimental, con diseño descriptivo-comparativo de acuerdo al género. Los entrevistados responderán un cuestionario de datos básicos y perfil jubilatorio (ad hoc), un cuestionario clínico de estado de salud (ad hoc), el Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage –GDS-VE- y el Cuestionario de Salud Whoqol bref. Se espera generar nueva evidencia empírica que contribuya en la elaboración de un perfil de vulnerabilidad según género vinculados al estado de salud de los adultos mayores jubilados. Esto permitirá, también, colaborar en el diseño de intervenciones comunitarias que favorezcan la preparación para la jubilación morigerando el impacto de dicho evento en la salud de los adultos mayores.

Palabras clave

Adultos Mayores - Género - Salud

ABSTRACT

HEALTH-RELATED PSYCHOPHYSIOLOGICAL DISORDERS, GERIATRIC DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN RETIRED OLDER ADULTS. A GENDER-BASED COMPARATIVE AND CRITICAL STUDY Using Social Psychology of Health, the Transactional Model of Stress and the Theory of Gender as a Social Role as frameworks, the present study seeks to carry out a critical and comparative evaluation of the presence of psychophysiological disorders and geriatric depression, and of the quality of life among retired older adults according to their gender. With this aim, these variables will be assessed in two different groups: one will be comprised of 150 women and the other of 150 men, all self-reliant retired older adults of middle socioeconomic status, who reside in large

cities (CABA and its outskirts). A non-experimental research will be conducted, with a gender-based descriptive and comparative design. Interviewed subjects will answer a questionnaire of basic information and retirement profile (ad hoc), a health status questionnaire (ad hoc), the Yesavage Geriatric Depression Scale Form –GDS-VE– and the Whoqol-Bref quality of life questionnaire. With this study we hope to obtain new empirical evidence that will contribute to the construction of a gender-differentiated vulnerability profile of the health status of retired older adults. Results will also help in the design of community-based interventions that facilitate the process of preparing for retirement by moderating the impact of this event on the health of the elderly.

Key words

Older Adults - Gender - Health

BIBLIOGRAFÍA

- Bonicatto, S., Soria J.J. (1998). WHOQOL, Los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Manual del Usuario. La Plata, CATA.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. MacGraw-Hill, traductor. New York: Springe.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M.C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, 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.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Subsana las desigualdades de una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la comisión OMS sobre determinantes sociales de la salud. 2008 agos. [Citado el 28/02/2019] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Pérez Ortiz, L. (2006). Jubilación, género y envejecimiento. En J. Giró Miranda (Coord.) *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp.89-112). España: Breogán.
- Rodríguez-Marín, J. & Neipp Lopez, M. C. (2008). Manual de Psicología Social de la Salud. Editorial Síntesis.

EL VALOR DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES PARA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Cosentino, Maximiliano; Altemir, Juan Martín; Gianolio San Martín, Sofía; Morales, Silvina
Universidad de Buenos Aires. Dirección General de Salud y Asistencia Social. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo está motivado por nuestra actividad como psicólogos en el Departamento de Salud Mental de la Dirección General de Salud y Asistencia Social de la Universidad de Buenos Aires. Nuestra tarea primordial, en el marco de una entrevista preventiva, es establecer si el alumno evaluado -sea de la U.B.A. o de los colegios dependientes de ella- presenta riesgo psicológico. Consideramos importante explorar qué factores socioeconómicos, familiares y biológicos de riesgo aparecen con mayor frecuencia en las entrevistas. Complementariamente esto nos permitirá precisar cuáles son los factores protectores relevantes a promover. El objetivo de este trabajo, enmarcado en la Psicología de la Salud y la Psicología Preventiva, es destacar la importancia de la entrevista para la evaluación del riesgo. Se trabajará analizando los casos de alumnos universitarios que, tras la entrevista, se consideró que presentaban un riesgo elevado, aunque éste no fue evidenciado en una técnica autoadministrable (P.E.R.I.). A partir de esta información, se enfatizará en aquellos factores que hayan resultado preeminentes. La conclusión principal del trabajo es que un conocimiento profundo sobre los factores de riesgo y protectores incide de manera crucial en la entrevista para una prevención y promoción de la salud mental más eficaz.

Palabras clave

Factores de riesgo - Factores protectores - Entrevista - Prevención

ABSTRACT

THE VALUE OF THE PSYCHOLOGICAL INTERVIEW IN THE DETECTION OF RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR PROMOTION AND PREVENTION IN MENTAL HEALTH

The present work is motivated by our activity as psychologists in the Department of Mental Health of the General Direction of Health and Social Assistance of the University of Buenos Aires. Our fundamental task, in a preventive interview, is to establish if the interviewed student -whether from the U.B.A. or the schools that depend on it- presents psychological risk. We consider important to delimit, in order to guide our interventions, which social, economical, family and biological factors affect psychological risk. In a complementary way, this will allow us to determine the protective factors that can be promoted in the interviews. The main objective of this work, framed in the perspectives of

Health and Preventive Psychology, is to highlight the interview's value in the evaluation process. We will analyze cases in which the interview has led to detect a high risk, despite the fact that this was not evidenced in a self-administered technique (P.E.R.I.). Based on these facts we'll proceed to emphasize the most decisive factors. The main conclusion of this work is that an in-depth knowledge about risk and protective factors influences in a determinant way during the interview aiming for a more effective prevention and promotion of mental health.

Key words

Risk factors - Protective factors - Interview - Prevention

BIBLIOGRAFÍA

- Casullo, M. (Comp.) (1996). *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (1988). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2012). *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Año 2012. Disponible en: https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/08/2012-08-31_atencion-intento-suicidio-1.pdf
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). *Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental*. Año 2013. Disponible en: https://www.cplz.org.ar/images/stories/contenido/leyesyreglamentos/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf
- James, M. (2015). *La entrevista psicológica*. Bogotá: El manual moderno.
- Murueta Reyes, M.E. y Orozco Guzmán, M. (2015). *Psicología de la violencia. Causas, prevención y afrontamiento*. Ed. El Manual Moderno. México D.F.
- Perpiñá, C. (Coord.) (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- World Health Organisation (2005). *Summary Report of Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options*. Ginebra: The World Health Organisation
- Zuckerman, E. (2011). *Clinician's Thesaurus*. Nueva York: The Guilford Press.

RESÚMENES

SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL PSICÓLOGO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Garzaniti, Ramiro

Comisión de Investigaciones Científicas - CEREN. Provincia de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Este trabajo se analiza la actividad de los psicólogos en el primer nivel de atención (PNA). El objetivo es relevar y estudiar los discursos sobre la práctica para entender el sentido de la misma. Para ello se registran, abordan y analizan los datos preliminares relevados. Es un estudio de corte cualitativo a través del uso de entrevistas semi-dirigidas y la administración de un instrumento que indaga situaciones-problema de intervención. Se analizarán en profundidad dos entrevistas. La actividad constituye la unidad de análisis delimitada para el estudio. Es recuperada de los aportes de Vigotsky, Leontiev y Engeström, ya que permite observar el fenómeno de la práctica laboral psicológica en su complejidad, contradicciones y tensiones, que a su vez pueden pensarse como un motor para el cambio. El análisis permite plantear que existe una tensión entre los marcos normativos y teóricos que operan como herramientas mediadoras y los objetivos, la división del trabajo y las reglas que definen la actividad de las psicólogas en el PNA. Se señalan dificultades para sostener una modalidad de abordaje interdisciplinar y limitaciones estructurales. Por otro lado la administración del instrumento sobre situaciones-problema de intervención muestra como ante una dificultad estos mismos equipos logran superar barreras.

Palabras clave

Atención primaria de la Salud - Salud Mental - Primer Nivel - Teoría de la Actividad

ABSTRACT

MENTAL HEALTH AND PRIMARY HEALTH CARE: ANALYSING THE ACTIVITY OF THE PSYCHOLOGIST IN THE FIRST LEVEL OF CARE
The purpose of this paper is to analyze the activity of the psychologist in the first-level health care. The aim is to analyze and study the speech about their own practices that these psychologists have. This speech will be compared with the theoretical and legal framework in this matter. In order to get this objective it was made two interviews with the Instrument for ask about intervention in problems situations. The activity as a unit of analysis it is use in this paper to aboard the empirical material. The concept "activity" is created by Vigotsky and is reformulated in the seventies by his disciple Leontiev. The Activity Theory permit studying a phenomenon in it own complexity and contradictions

and also permit to think this contradictions as a engine for a change. The analyze show limitations and tensions between the activity and the legal and theoretical frameworks: lack of multi-discipline work, inadequate formation and structural and human resources limitations. On the other hand, it is watch that when they have a problem situation, some of this problems were turn out in order to solve the problem.

Key words

Primary Health Care - Mental Health - First-level Health Care - Activity Theory

BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. (2009). Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial. Argentina, Buenos Aires: Editorial Topia.
- Ballesteros, M.S. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina: un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando* 12(2). Recuperado de <http://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/view/Geoe015>.
- Boarini, M.L. y Francisconi Borges, R. (2009). O psicólogo na atencao básica na saude. *Psicologia ciência e profissão* 29(3), 602-613.
- Bonzo, C., Castro, B., De Lellis, M., & Tissera, E. (2001). Aportes Psicosociales al concepto de riesgo. En E. Saforcada (comp.), *El Factor Humano en la Salud Pública* (130-141). Buenos Aires: Proa XXI.
- Daniels, H. (2015). Mediation. An expansion of the socio-cultural gaze. *History of the Human Sciences*, 28(2), 34-50.
- Erausquin C., Basualdo M.E., González D., García Coni A. y Ferreira E. (2005) "Modelos mentales de intervención profesional sobre problemas situados en distintos agentes educativos: conquistas y desafíos en del siglo XXI". 30° Congreso Interamericano de Psicología (SIP). Buenos Aires. Ficha CEP.
- Erausquin, C. y Larripa, M. (2008). Teoría de la actividad y modelos mentales. Instrumentos para la reflexión sobre la práctica profesional: "aprendizaje expansivo", intercambio cognitivo y transformación de intervenciones y psicólogos y otros agentes en escenarios educativos. *Anuario de investigaciones UBA*, 15(1), 109-124.
- Gavilán, M. (2015). De la salud mental a la salud integral. Argentina, Buenos Aires: Lugar Editores.
- González Rey F. (2013). La subjetividad en una perspectiva culturalhistórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Revista CS*, 11(2), 19-42.

- Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26.657 (2010). Boletín oficial de la República Argentina, 11 de diciembre de 2010.
- Macedo J.P. y Dimenstein, M. (2012) O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 182-192.
- Maceira, D., Olaviaga, S., Kremer, P. y Cejas, C. (2010). Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina. *Medicina y Sociedad*, 30(4), 35-65.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2007). Catastro nacional de CAPS del Plan REMEDIAR. Recuperado de www.remediar.gov.ar/files/Catastro.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). Resolución 1876 - E/2016. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gov.ar/#!DetalleNorma/152838/null>
- Minoletti, A., Rojas, G. y Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Salud Colectiva* 20(4), 440-447.
- Morales Calatayud, F. (2016). *Introducción a la psicología de la Salud*. Buenos Aires: Ediciones Nuevos Tiempos.
- Moreno, E. (2015). *Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia (Tesis Doctoral)*. Universidad de Córdoba, Córdoba, España.
- Nummijoki, J., Engeström, Y. y Sannino, A. (2018). Defensive and Expansive Cycles of Learning: A Study of Home Care Encounters. *Journal of the Learning Sciences*. doi: <https://doi.org/10.1080/10508406.2017.1412970>.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Extraído de: http://www.who.int/mental_health/policy/Mental%health%primary%care-20final.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Extraído de: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015). Cifras y datos. 10 datos sobre la salud mental. Extraído de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Declaración Regional Sobre Las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración De Montevideo)*. Extraído de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *La renovación de la Atención Primaria en las Américas*. Extraído de http://www.observeriorh.org/sites/default/files/fulltext/renovacion_aps_amer
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTALweb.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Atención Primaria de la Salud*. De www.paho.org
- Parra, C. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 34(1), 30-37.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J.R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- PNUD (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina*. Buenos Aires: PNUD.
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36(94): 327-342.
- Saforcada, E. (2000). *Psicología sanitaria análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E., De Lellis M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública*. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Scharager Goldenberg, J. y Molina Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149-59.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Wenceslau, L. D. y Ortega, F. (2017) *Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context*. *Interface* 13(1), 23-42.
- Wertsch, J. (2007) *Mediation*. En Daniels, H., Cole, M. y Wertsch, J. (comp.) *The Cambridge Companion to Vygotsky (178-192)*. London: Cambridge University Press.
- Westheimer, J., Steinley-Bumgarner, M. y Brownso, C. (2015). Primary Care Providers' Perceptions of and Experiences With an Integrated Healthcare Model. *Journal of American College Health* 57(1), 101-108.
- Yamazumi, K. (2006). Human Agency and Educational Research: A New Problem in Activity Theory. *International Journal of Human Activity Theory*, 1(2), 19-39.

RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL: CONSTRUCCIÓN DE CRITERIOS TERAPÉUTICOS EN EL MARCO DE LA LEY 26657”

Kopelovich, Mercedes
Salud Investiga¹. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en el proyecto de investigación en curso “Trabajo interdisciplinario en Salud Mental: construcción de criterios terapéuticos en el marco de la Ley 26657. Estudio exploratorio en la Sala de Salud Mental del HIGA Gral. San Martín de La Plata”. El objetivo del proyecto es indagar criterios terapéuticos de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales de esta Sala, delimitando los intercambios profesionales que se producen a partir de los mismos, identificando aquellos factores que facilitan u obstaculizan la construcción de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Las técnicas utilizadas fueron: observación de documentos, entrevistas semidirigidas en profundidad y observación participante. En este contexto, se presentan resultados preliminares, particularmente, aquellos extraídos de las entrevistas a profesionales de la Sala que toman decisiones sobre pacientes internados. Tales resultados sistematizan: criterios terapéuticos; puntos de acuerdos y disidencias en la evaluación y abordaje de casos; percepción acerca del trabajo interdisciplinario. El principal hallazgo es que la percepción sobre las dificultades del trabajo en equipo no radica en la diferencia de criterios de profesionales de distintas disciplinas, sino en la complejidad que presentan casos actuales -diferentes a los que eran habituales en esta sala- que evidenciarían los límites de este dispositivo de atención.

Palabras clave

Salud Mental - Internación - Interdisciplina - Resultados Preliminares

ABSTRACT

PRELIMINARY RESULTS OF THE RESEARCH PROJECT “INTERDISCIPLINARY WORK IN MENTAL HEALTH: CONSTRUCTION OF THERAPEUTIC CRITERIA UNDER THE LAW 26657”

The present work is part of the ongoing research project “Interdisciplinary Work in Mental Health: construction of therapeutic criteria under the law 26657. Exploratory study in the Mental Health Room of the Hospital San Martín of La Plata City”. The aim of this project is to know the therapeutic criteria of psycho-

logists, psychiatrists and social workers of this internment room, delimiting the professional exchanges that are produced from them, identifying those factors that facilitate or hinder the construction of interdisciplinary criteria. The techniques used in the research were document observation, in-depth semi-directed interviews and participant observation. In this context, the preliminary results that are presented on this occasion, are extracted from the interviews carried out with the professionals who decide on the hospitalized patients treatment. Such results systematize: therapeutic criteria; points of agreements and differences about evaluation and approach of the cases; perception about interdisciplinarily work. The main finding is that the perception about difficulties of teamwork does not lie in the difference of professionals criteria from different disciplines, but in the complexity present by current cases -different to those that were habitual in this room- that would show the limits of this attention device.

Key words

Mental Health - Internment - Interdiscipline - Preliminary Results

NOTA

¹Beca SALUD INVESTIGA “Dr. Abraam Sonis”, categoría individual, otorgada por la Secretaría de Gobierno de Salud, a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Brunetti, M. (2011). “El trabajo interdisciplinario a partir de la ley nacional de salud mental”. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Fasano, C. (Dir.) *Revista Estrategias. Psicoanálisis y Salud Mental*. Publicación del Servicio de Docencia e Investigación. Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Rodolfo Rossi”. Dossier. Ley Nacional 26657 (pp.24 a 53). La Plata. Año 0; Número 1, Agosto de 2013. ISSN 2346-8696.

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Promulgada 2/12/2010 y Decreto 603/2013. Reglamentación de la ley N° 26657. 28/05/2013 y Recomendaciones a las universidades públicas y privadas. Art.33.
- Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta Ed. D.F. México. Mc Graw Hill.
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. En Revista Campo Psi. Revista de Información especializada; 3(10). Disponible en: www.campospsi.com
- Stolkiner, A. (2005). "Interdisciplina y salud mental". IX jornadas nacionales de salud mental. 2005. Posadas, Misiones, Argentina.
- Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012). "Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas" en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XIII N° 101 (52-52). Febrero de 2012.
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). "Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups". *International Journal for Quality in Health Care* vol. 19 no. 6 # The Author 2007. Published by Oxford University Press on behalf of International Society for Quality in Health Care.
- Vascilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España. Ed. Giadisa.

ESTRATEGIAS DE CONSUMO ALIMENTARIO Y SU RELACIÓN CON LAS REPRESENTACIONES EN SALUD DE LOS HOGARES POBRES DE CIUDAD CAPITAL DE SANTIAGO DEL ESTERO

Oneto Vera, Natalia María
Universidad Católica de Santiago del Estero. Argentina

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue comprender prácticas alimentarias de los hogares con situación de pobreza estructural en relación a las representaciones de salud a través de un enfoque cuanti-cuali con alcance exploratorio-descriptivo. El propósito fue generar base de datos y conocimiento sobre la alimentación (sentido antropológico) que contribuya a desnaturalizar prejuicios sobre el acto de comer en contextos de pobreza. Se expone un avance del análisis: oralidad, deseo y goce como puntos de inflexión para pensar la práctica alimenticia y la subjetividad. La cocina, con el filtro significante, se advierten modos de gozar, formas de satisfacer la pulsión. Al incorporar un alimento construimos una representación donde lo incorporado nos modifica. La comensalidad familiar es una práctica social legitimada por saberes que dan sentido de identidad y está regulado por una legalidad. ¿Qué pasa cuando se come lo que se puede? El “ritual” y la concepción de salud se transforman por la necesidad de resolver la cotidianeidad. Cuando las restricciones son impuestas por ciertas condiciones socioeconómicas, ¿Cómo funciona esa legalidad? El hombre crea un discurso alimentario y enriquece el objeto de la necesidad con adornos. El deseo se juega en las familias que no comen solo lo que hay o puede sino que lo transforman.

Palabras clave

Prácticas alimenticias - Representaciones de Salud - Pulsión - Deseo

ABSTRACT

FOOD CONSUMPTION STRATEGIES AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE HEALTH REPRESENTATIONS OF THE POOR HOUSEHOLDS OF THE CAPITAL CITY OF SANTIAGO DEL ESTERO

The objective of this research was to understand food practices of households with structural poverty in relation to health representations through a quantitative and qualitative approach with exploratory-descriptive scope. The purpose was to generate a database and knowledge about food (anthropological sense) that contributes to denaturalize prejudices about the act of eating in contexts of poverty. An advance of the analysis is exposed: orali-

ty, desire and enjoyment as points of inflection to think about the alimentary practice and the subjectivity. The kitchen, with the significant filter, reveals ways of enjoying, ways of satisfying the drive. By incorporating a food we build a representation where the incorporated modifies us. Family commensality is a social practice legitimized by knowledge that gives a sense of identity and is regulated by a legality. What happens when you eat what you can? The “ritual” and the conception of health are transformed by the need to solve everyday life. When restrictions are imposed by certain socioeconomic conditions, how does that legality work? Man creates a food discourse and enriches the object of need with ornaments. The desire is played in families that do not eat only what there is or can but transform it.

Key words

Alimentary practices - Representations of Health - Pulse - Desire

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, P. (2004). Ricos flacos y gordos pobres. Buenos Aires: Capital Intelectual
- Fischler, C. (1995). El (H)omnívoro. 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
- 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.



Valles, M.S. (1999). *Técnicas Cualitativas de investigación Social. Reflexión Metodológica y práctica profesional*. Madrid: Proyecto Editorial. Síntesis Sociología.

Zadra, G.Á. (2010). "Del comer, el deseo, la palabra y su lugar en la vida" *Psicodebate 5*. Psicología, Cultura y Sociedad.

TRANSVERSALIDAD DE SABERES Y SUS EFECTOS POSIBLES EN LA INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Poverene, Laura
CONICET. Argentina

RESUMEN

La transición desde un paradigma del “saber psiquiátrico”, caracterizado por sus abordajes individualizantes, patologizantes y unidisciplinarios, hacia un paradigma de la “salud mental” ha provocado diversas transformaciones. Las mismas no solo atañen a la producción de nuevos desarrollos teóricos y adecuación de prácticas asistenciales que consideran la centralidad de los Derechos Humanos, sino que también generan cambios en los abordajes propuestos por aquellas investigaciones enmarcadas dentro de la salud mental comunitaria. Por ello, este trabajo se propone presentar la perspectiva epistemológica que sustenta una tesis doctoral en curso, así como sus implicancias metodológicas. Dicha investigación es desarrollada a través de un diseño cualitativo y analiza los procesos de atención - cuidado en el campo de la salud mental en las infancias en contextos de migración internacional en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir de la perspectiva de profesionales que se desempeñan en efectores públicos de salud de dicha jurisdicción y de las familias de los niños/as migrantes. Dada la transversalidad de saberes y multiplicidad de actores que integran el campo de la salud mental, mediante dicho estudio se busca visibilizar la existencia de diversas prácticas sociales con sentido terapéutico.

Palabras clave

Salud Mental - Investigación - Epistemología - Saberes

ABSTRACT

TRANSVERSALITY OF KNOWLEDGE AND ITS POSSIBLE EFFECTS IN RESEARCH IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

The transition from a “psychiatric knowledge” paradigm -characterized by its individualizing, pathologizing and unidisciplinary approaches-towards a “mental health” paradigm has provoked significant transformations. They take concern not only in the production of new theoretical developments and adaptation of welfare practices that consider the centrality of Human Rights, but also in the pursuit of change in the approaches frequently proposed by those investigations framed within the mental health community. Therefore, this work aims to present the epistemological perspective that supports an ongoing doctoral thesis, as well as its methodological implications. This is a qualitative research that analyzes care processes in the field

of child mental health in international migration contexts in the Autonomous City of Buenos Aires, from the perspective of professionals who work in the public health subsystem in that jurisdiction and of the families of migrant children. Given the transversality of knowledges and multiplicity of actors that make up the field of mental health, this study seeks to visualize the existence of various social practices with a therapeutic sense.

Key words

Mental Health - Research - Epistemology - Knowledge

BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. (2015). Salud mental y atención psicosocial. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Barcala, A., Bianchi, E. y Poverene L. (2017). Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental. En *Derecho de familia: Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, 82, 99- 114.
- Boaventura de Sousa Santos, B. (2010). *Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal*. Buenos Aires: CLACSO/Prometeo.
- Ceriani Cernadas, P., García, L., y Salas, A.G. (2014). Niñez y adolescencia en el contexto de la migración: principios, avances y desafíos en la protección de sus derechos en América Latina y el Caribe. *Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 22(42).
- Chambers, I. (1994). *Migración, cultura, identidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Efron, R. (2007). El campo del derecho de la infancia y el campo de la salud mental. Buenos Aires: Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.
- Gaitán, L. (dir.) (2008). *Los niños como actores en los procesos migratorios. Implicaciones para los proyectos de cooperación*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 8(1), 185-207.

- Minayo, M. (2003): Ciencia, Técnica y Arte: el desafío de la investigación social. En Minayo, M. (org.), *La Investigación Social: Teoría Método y Creatividad* (9-24). Buenos Aires: Lugar.
- Piovani, J.I., Marradi, A., y Archenti, N. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Poverene, L. (2015). "Valoraciones de las/os profesionales del campo de la salud mental sobre los saberes de las familias migrantes bolivianas en torno al sufrimiento psíquico de sus niñas/os", en *XXII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, pp. 293-299.
- Poverene, L. (2016). *Los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental de niños/as migrantes bolivianos en zona sur de Ciudad de Buenos Aires*. Maestría en Problemáticas Sociales Infante Juveniles, Universidad de Buenos Aires.
- Sayad, A. (2010). La doble ausencia. *De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Barcelona: Athropos.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En: Elichiry, Nora (Comp) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Bs As: Ed. Nueva Visión, 313-315.
- Suárez-Orozco, C. y Suárez-Orozco, M.M. (2003). *La infancia de la inmigración*. Madrid: Morata.
- UNICEF - Universidad Nacional de Lanús (UNLa). (2013). *Niñez, Migraciones y Derechos Humanos en Argentina. Estudio a 10 años de la Ley de Migraciones*. Buenos Aires: UNICEF y UNLa. Recuperado de: https://www.unicef.org.ar/comunicacion/proteccion_estudio_migracion_10años.pdf
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vasilachis de Gialdino I. (dir.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Bs As: Gedisa.
- Walsh, C. (2012). Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y política. Quito: Abya Yala.
- Ynoub, R. (2017) "De lo metodológico a lo político en la confrontación «cualitativo-cuantitativo». Elementos para una revisión crítica entre falsas antinomias". En Compiladores: Ambrosini, C. y Mombrú, A. *Modulaciones epistemológicas IV*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

EL IMPACTO DE LA CATASTROFIZACIÓN EN LA EXPERIENCIA DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Regner, Florencia; Rosales, Ma. Guadalupe
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

El dolor crónico es un fenómeno complejo y biopsicosocial, definido como aquel dolor que persiste más allá del tiempo esperado de curación. A partir de la Teoría de la Compuerta (Melzack & Wall, 1965), la cognición comenzó a ocupar un rol fundamental en la experiencia del dolor. El objetivo del presente trabajo fue explorar el rol que asume la catastrofización en sujetos con dolor crónico no oncológico, con vistas a mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir la percepción de dolor. La catastrofización es un proceso cognitivo basado en pensamientos y expectativas negativas ante el dolor. Su amplio impacto se encuentra relacionado con factores como calidad de vida, severidad del dolor, autoeficacia, aceptación, discapacidad y adherencia al tratamiento. La búsqueda bibliográfica se realizó a partir de las bases de datos GoogleScholar, PubMed, Ebsco, ResearchGate y Scielo. Los estudios seleccionados fueron revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios controlados aleatorizados, hallados entre 2007 y 2018, en población adulta. Se identificaron 47 estudios potencialmente relevantes. Entre ellos, 10 estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Se concluye que es importante flexibilizar la catastrofización y reducir su frecuencia en la experiencia del dolor crónico no oncológico para lograr mejorías terapéuticas.

Palabras clave

Catastrofización - Dolor crónico - Cognición - Severidad del dolor

ABSTRACT

THE IMPACT OF CATASTROPHIZING IN NON-ONCOLOGICAL CHRONIC PAIN EXPERIENCE

Chronic pain is a complex and biopsicosocial phenomena, defined as the pain that persists beyond estimated healing time. Since Gate control theory (Melzack & Wall, 1965), cognition has been considered to have a key role in pain experience. The purpose of the present study was to explore how catastrophizing is involved in non-oncological chronic pain subjects towards improving patients' life quality and decreasing pain perception. Catastrophizing is a cognitive process based on negative thoughts and expetancies about pain. Its wide impact is related to factors such as life quality, pain severity, self-efficacy, acceptance, disability and treatment adherence. A literature search of multiple databases (GoogleScholar, PubMed, Ebsco, ReasearchGate y Scielo) was conducted to identify systematic reviews,

meta-analysis and randomized control trials between 2007 and 2018 on adult population. 47 studies were identified as potentially relevant. 10 studies met the inclusion criteria. The current evidence suggests that it is important to increase flexibility in catastrophizing and decrease its frequency in the non-oncological chronic pain experience to improve therapeutic outcomes.

Key words

Catastrophizing - Chronic pain - Cognition - Pain Severity

BIBLIOGRAFÍA

- Andrew, R., Derry, S., Taylor, R. S., Straube, S., & Phillips, C.J. (2014). The costs and consequences of adequately managed chronic non-cancer pain and chronic neuropathic pain. *Pain Practice*, 14(1), 79-94.
- Buhrman, M., Nilsson-Ihrfelt, E., Jannert, M., Ström, L., & Andersson, G. (2011). Guided internet-based cognitive behavioural treatment for chronic back pain reduces pain catastrophizing: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(6), 500-505.
- Burke, A.L.J., Mathias, J.L., & Denson, L.A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 345-60.
- Burns, L.C., Ritvo, S.E., Ferguson, M.K., Clarke, H., Seltzer, Z.E., & Katz, J. (2015). Pain catastrophizing as a risk factor for chronic pain after total knee arthroplasty: a systematic review. *Journal of pain research*, 8, 21.
- Dansie, E.J., & Turk, D.C. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British journal of anaesthesia*, 111(1), 19-25.
- Dworkin, R.H., Turk, D.C., Farrar, J.T., Haythornthwaite, J.A., Jensen, M.P., Katz, N.P., ... Witter, J. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113(1-2), 9-19.
- Edwards, R.R., Dworkin, R.H., Sullivan, M.D., Turk, D.C., & Wasan, A.D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *Journal of Pain*, 17(9), T70-T92.
- Gallagher, L., McAuley, J., & Moseley, G.L. (2013). A randomized-controlled trial of using a book of metaphors to reconceptualize pain and decrease catastrophizing in people with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 29(1), 20-25.
- Goldberg, D.S., & McGee, S.J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC public health*, 11, 770.
- International Association for the Study of Pain (2011). *Classification of Chronic Pain*. Third Edition, IASP Press: Seattle.

- International Association for the Study of Pain (2017). Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). Extraído de <https://www.iasppain.org/Advocacy/icd.aspx?ItemNumber=5234&navItemNumber=5236>.
- Lazaridou, A., Kim, J., Cahalan, C.M., Loggia, M.L., Franceschelli, O., Berna, C., ... Edwards, R.R. (2017). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Brain Connectivity Supporting Catastrophizing in Fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 33(3), 215–221.
- Lerman, S.F., Rudich, Z., Brill, S., Shalev, H., & Shahar, G. (2015). Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosomatic medicine*, 77(3), 333-341.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 171-179.
- Melzack, R., & Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. *The skin senses*, 1.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Second Edition, IASP Press: Seattle.
- Moayed, M., & Davis, K.D. (2012). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of neurophysiology*, 109(1), 5-12.
- Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M., Torres, L.M., Micó, J.A., & Failde, I. (2014). The impact of chronic pain: The perspective of patients, relatives, and caregivers. *Families, Systems, & Health*, 32(4), 399.
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J.R., & Pérez, J.R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(6), 373-384.
- Quartana, P.J., Campbell, C.M., & Edwards, R.R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(5), 745-758.
- Schütze, R., Rees, C., Smith, A., Slater, H., Campbell, J.M., & O'Sullivan, P. (2018). How Can We Best Reduce Pain Catastrophizing in Adults With Chronic Noncancer Pain? A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 19(3), 233-256. 30.
- Smeets, R.J., Vlaeyen, J.W., Kester, A.D., & Knottnerus, J.A. (2006). Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *The Journal of Pain*, 7(4), 261-271.
- Sullivan, M.J., Bishop, S.R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.
- Sullivan, M.J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A., & Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.
- Thompson, E.L., Broadbent, J., Bertino, M.D., & Staiger, P.K. (2016). Do Pain-related Beliefs Influence Adherence to Multidisciplinary Rehabilitation? *The Clinical journal of pain*, 32(2), 164-178.
- Thorn, B.E., Pence, L.B., Ward, L.C., Kilgo, G., Clements, K.L., Cross, T.H., ...& Tsui, P.W. (2007). A randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *The Journal of Pain*, 8(12), 938-949.
- Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M.I., Benoliel, R., ...& Giambardino, M.A. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003.
- Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Fox, J.P., & Schreurs, K.M. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour research and therapy*, 74, 50-59.
- Turner, J.A., Anderson, M.L., Balderson, B.H., Cook, A.J., Sherman, K.J., & Cherkin, D.C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, 157(11), 2434-2444.
- Wertli, M.M., Burgstaller, J.M., Weiser, S., Steurer, J., Kofmehl, R., & Held, U. (2014). Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine*, 39(3), 263-273.

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ARGENTINA (1970 A 2019)

Reos, Francisco Roque
Universidad del Museo Social Argentino. Argentina

RESUMEN

El presente artículo aborda el recorrido histórico, desde las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad, que tiene en la República Argentina el marco legal del consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo, se presenta cuáles son los marcos de intervención que sostienen a la sanción de las leyes reguladoras de dicho consumo. Analizar y reflexionar sobre los principales hitos manifestados en leyes y fallos judiciales permite denotar el actual estado de contradicción que se encuentra el marco legal sobre consumo de sustancias psicoactivas. Esto genera una gran dificultad en la planificación y ejecución de políticas públicas para que beneficien a la población.

Palabras clave

Sustancias psicoactivas - Marco legal - Modelos de intervención - Políticas públicas

ABSTRACT

INTERVENTION MODELS IN THE CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN ARGENTINA

This article deals with the historical legal framework, from the last decades of the twentieth century to the present, in the Argentine Republic related to the consumption of psychoactive substances. Also, these article presents the intervention frameworks that sustain the sanction of the laws regulating the consumption of psychoactive substances. Analyzing the main milestones manifested in laws and judicial decisions allows us to denote the current state of contradiction found in the legal framework. This generates great difficulty in the planning and execution of public policies in order to benefit the population.

Key words

Psychoactive substances - Legal framework - Intervention models - Public policies

BIBLIOGRAFÍA

- Rosendo, E. (2013). "Legislación argentina en salud mental: convergencias y divergencias en torno a las reformas en salud mental", *Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*, Vol. 12, Nº 32.
- De Lellis, M. & Sosa, M. (2011). "Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental", IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Derecho a la salud y protección social", Facultad de Ciencias Sociales, UBA, del 10 al 12 de agosto de 2011, Buenos Aires.
- Llovera, M.S., & Scialla, M. (2017). Políticas de drogas en Argentina (2003-2015): reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado.
- Navarro, L.F. (2016). "Dársela en la pera. Violencia y adicciones en la provincia de Buenos Aires", Marea Ed., Buenos Aires.
- González, P. (2017). "Un libro sobre drogas", El Gato y la Caja Ed., Buenos Aires.
- Constitución Nacional de la República Argentina.
- Código Penal de la República Argentina (2016). Ley 20.771.
- Código Penal de la República Argentina (2016). Ley 23.737.
- Código Penal de la República Argentina (2016). Ley 27.302. Inclusión de los precursores químicos en la legislación sobre drogas. Actualización de multas.
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental, Ley 26657.

CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD EN VARONES ADOLESCENTES: ACERCA DE LAS PATERNIDADES Y LAS CONDUCTAS DE RIESGO

Saavedra, Lucia Daniela; Fernández Romeral, Juliana; Tajer, Debora
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

El propósito del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica acerca de los conceptos definitorios de la masculinidad hegemónica y su especificidad en la adolescencia. La elección de dicha población se debe a que en nuestro país la misma presenta altos índices de mortalidad por causas externas (homicidios, suicidios y accidentes) (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2017), por lo que se considera necesario analizar tales indicadores desde una perspectiva de género y salud a fin de poder identificar las causas y posibles intervenciones. El objetivo del escrito es analizar la construcción de la masculinidad hegemónica en varones adolescentes y cómo ésta opera en las paternidades y las conductas de riesgo. Para ello, se expondrán los resultados preliminares obtenidos en el marco de dos Becas UBACyT de Maestría: “Maternidades y paternidades en adolescentes escolarizados/as: sentidos subjetivos y acceso a los sistemas de salud y educación” período 2016/2018 y “Trabajos precarizados en varones adolescentes: conductas de riesgo y construcción de la masculinidad” en curso, ambas dirigidas por la Dra. Débora Tajer. Desde un abordaje cualitativo, el presente es un estudio exploratorio descriptivo que consiste en la revisión bibliográfica, recolección de datos y análisis de los mismos.

Palabras clave

Adolescentes - Masculinidad - Paternidades - Conductas de riesgo

ABSTRACT

CONSTRUCTION OF MASCULINITY IN ADOLESCENT MALE: ABOUT PATERNITIES AND RISK BEHAVIORS

The purpose of this paper is to carry out a bibliographic review about the defining concepts of hegemonic masculinity and its specificity in adolescence. The choice of this population is due to the fact that in our country it has high mortality rates due to external causes (homicides, suicides and accidents) (Directorate of Statistics and Information in Health, 2018), so it is considered necessary to analyze such indicators from a gender and health perspective in order to identify the causes and possible interventions. The objective of the paper is to analyze the construction of hegemonic masculinity in adolescent males and how it operates in paternity and risk behavior. For this, the preliminary

results obtained in the framework of two UBACyT Master's Scholarships will be presented: “Maternities and paternities in school-aged adolescents: subjective senses and access to health and education systems” period 2016/2018 and “Precarious work in adolescent males: risk behaviors and construction of masculinity “in progress, both directed by Dr. Débora Tajer. From a qualitative approach, the present is an exploratory descriptive study consisting of bibliographic review, data collection and analysis of them.

Key words

Adolescents - Masculinity - Paternities - Risk Behaviors

BIBLIOGRAFÍA

- Bonino Méndez, L. (1994). *Varones y comportamientos temerarios*. En Actualidad Psicológica. Recuperado de: <http://www.luisbonino.com/pdf/Comportamientos%20temerarios.pdf>
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2017). Estadísticas Vitales, Información básica. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>
- Hernández Sampieri, R., Collado Fernández, C. & Lucio Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Kornblit, A.L. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Marqués, J.-V. (1997). Varón y patriarcado. En Valdés T. y Olavarría, J. (eds), *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las mujeres.
- Olavarría, J. (2005). *La masculinidad y los varones adolescentes*. Recuperado de: <http://www.revistadocencia.cl/new/wp-content/pdf/20100731203649.pdf>
- OMS (2016). *Lesiones causadas por el tránsito*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer (Comp.), *Género y salud: las políticas en acción*. Buenos Aires: Paidós.

AGENTES DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS): ESTUDIO DE CASO

Stolkiner, Alicia; Michalewicz, Alejandro; Fernandez, Marina
Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El trabajo adelanta resultados parciales del Proyecto UBACyT "Discursos, prácticas, actores y subjetividad en la articulación de APS y Salud Mental: estudio de caso en investigación social participativa" (2018-2020), dirigido por la Prof. Stolkiner, que continúa una línea de investigación sobre articulación entre APS y Salud mental, de proyectos UBACyT anteriores. El caso seleccionado es el municipio de San Martín que cuenta con una red de atención de salud mental en el primer nivel. Se trabaja con una metodología de investigación acción participativa acorde con el hecho de ser una IPSS (Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud). Se describirán resultados correspondientes al objetivo de sistematizar la información sobre el perfil de los agentes municipales del programa de salud mental, y describir y analizar sus discursos y prácticas relacionándolos con los enunciados de la APS integral y la Ley 26.657. En el trabajo se describe el contexto (del Municipio y sus servicios de salud) y se analizan los resultados de un cuestionario aplicado a agentes de salud mental del municipio. El cuestionario ha sido elaborado por el Comité de Investigación que incluye investigadores y agentes de la gestión de salud mental del Municipio. Se encuentra en etapa de aplicación.

Palabras clave

Salud Mental - Atención Primaria de la Salud - Agentes de Salud Mental

ABSTRACT

MENTAL HEALTH AGENTS IN PRIMARY HEALTH CARE: CASE STUDY
This abstract advances results of the UBACyT project "Discourses, practices, actors and subjectivity in the articulation of Primary Health Care and Mental Health: a case study in participatory social research" (2018-2020), directed by Stolkiner. The project continues a line of research developed in the precedent UBACyT projects. It works on the interface between Primary Health care and Mental Health. It is a Health Policies, Services and Systems Research which requires an interdisciplinary approach and a cooperation relationship between academic activity and health management and decision making as part of the research itself. It applies a Participatory Social Research strategy. The case study is the municipality of San Martín, specifically its services of mental health. This presentation communicates results related with the aim of systematizing information about profiles of mu-

nicipal agents who perform functions in mental health program, and to describe and analyze their discourses and practices related to Primary Health Care and Law 26657. It describes the context of the municipality and its health services, and also analyzes the results of a survey applied to municipal mental health agents, which was prepared by the Research Committee (that includes both researchers and municipal agents). This survey it is currently being applied.

Key words

Mental Health - Primary Health Care - Mental Health Agents

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, C. (2000). Delimitación del Campo de la investigación en sistemas y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias. Texto base para discusión. En Cuadernos para Discusión No1, Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Rio de Janeiro: CIID/Fundación Oswaldo Cruz.
- Almeida, C., Báscolo, E. (2006). Use of Research Results in Policy Decision Making, Formulation and Implementation: a Review of the Literature. *Cad. De Saúde Pública*, 22, pp. 7-19.
- Ase, I. (2017). Cobertura Universal en Salud: entre los derechos y el mercado. Ponencia en las Jornadas Nacionales de Salud Mental y Derechos Humanos, FEPA-CPPC, Córdoba 24-26 de agosto de 2017.
- Grodos, D., Mercenier, P. (2000). Health system research: a clearer methodology for more effective action. *Studies in Health Services Organization and Policy*, 15.
- Labonté et al (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8 (16), pp. 14-29.
- Lowenson, R., Laurell, A.C., Hogstedt, C., D'Ámbrosio, L., Shoff, Z. (2014). Participatory Actionresearch in Health Systems: a methods reader. Regional Network for Equity in Health in East and Southern África (EQUINET) in association with Training and Research Support Centre (TARSC), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSS), World Health Organization (WHO) and the International Development Research Centre (IDRC) Canadá.
- República Argentina (2010). Ley 26657. Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. Recuperado de: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leis-ref/public/showAct.php?id=16773&word=>

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología

XXVI Jornadas de Investigación

XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR

I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional

I Encuentro de Musicoterapia

Se terminó de editar en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en el mes de noviembre de 2019.