

Dirección general: Lic. Nut. Raquel Palumbo.
Coordinación de la publicación: Arch. Laura Arispe, Doc. Nicolás Brum, Arch. Víctor Barranco.
Comisión Editorial de la Revista Científica:
 Universidad de la República.
 Programa Apex-Cerro.
 Haití 1606 código postal: 12800.
 Montevideo, Uruguay.
 E-mail: it@apex.edu.uy
 Web: http://www.apex.edu.uy/

Comité Editorial:

Lic. Nut. Raquel Palumbo.
 Doc. Nicolás Brum.
 Arch. Víctor Barranco.
 Dra. María Teresa Almaraz.
 Arch. Laura Arispe.
 Dra. Ana Kemayd.
 Lic. Federico Beltramelli.

Secretaría Administrativa: Gabriela Iglesias.

EVALUADORES:

Cristina Lindner

Doctora en Medicina. Médico especialista en Parasitología, Salud Pública y Epidemiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Integrante del Equipo Técnico Asesor de la Dirección de la Red de Atención Primaria Metropolitana, RAP/ASSE. Asesora en Epidemiología de la Cooperativa Médica de Tacuarembó (FEMI)

Enrique Pons

Doctor en Medicina. Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Enrique Saforcada

Profesor Consulto titular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología. Miembro del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires.

Ima León Puñales

Doctora en Medicina. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Especialista en Epidemiología. Técnico en Archivo Médico. Técnico en Transfusiones. Diplomada en Economía de Salud.

Julio Calzada Mazzei

Sociólogo. Fundador y miembro de numerosas entidades en el campo de las políticas sociales "El Abrojo" (1988), Puente al Sur (2002), Iniciativas sanitarias (2006), Compromiso social sanitaria.

Secretario General de la Junta Nacional de Drogas (mayo 2011).

Liliana Chiaradía

Psicóloga. Universidad Nacional de Rosario. Revalidado en Uruguay (1993). Ex Coordinadora del subprograma "Integración social de las personas con discapacidad motriz". Ex Docente G° 3 Equipo Barrial Operativo de Cerro Norte y Equipo Barrial Operativo Villa del Cerro. Ex Coordinadora del subprograma de salud familiar. Programa APEX-Cerro. Universidad de la República. Asistente docente del Departamento de Psicología Médica y Asistente docente guía en ciclo básico. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Marta Elichalt

Licenciada en Nutrición. Magíster en Enseñanza Universitaria. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República. Coordinadora de la Unidad de Prácticas pre-profesionales de la Licenciatura en Nutrición de la Escuela de Nutrición.

Martín de Lellis

Graduado en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Profesor Titular Regular en la Cátedra Salud Pública y Salud Mental I de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como funcionario de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

Milton Romani

Licenciado en Psicología. Ex Docente del Programa APEX Cerro. Ex Docente del Área de Psicopatología de Facultad de Psicología. Ex Secretario General de la Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de la República. Embajador. Representante Permanente de Uruguay ante OEA.

Rodolfo Levin

Magíster en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República (2005). Director del Instituto de Higiene. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Profesor grado 5. Asistente Académico. Facultad de Medicina.

Sonia Romero Gorski

Doctora en Etnología por la EHESS de París. Magíster en Etnología por la Universidad René Descartes, Sorbona, París.

Ex Directora del Departamento de Antropología Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República. Coordinadora del Programa de Antropología y Salud de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Susana Goldstein

Licenciada en Psicología. Docente Grado 4 Coordinadora de la Unidad de Formación Permanente para Graduados. Facultad de Psicología. Universidad de la República (1994-2010). Psicóloga Instituto Ariel. Montevideo (1978-1984). Psicóloga clínica, supervisora (1973 a la fecha).

Susana Rudolf

Psicóloga. Magíster en Psicología Comunitaria (Universidad de Mar del Plata). Especialista en Administración de Servicios de Salud (Universidad de Córdoba). Ex Profesora Titular del Instituto de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Ex-Directora del Programa APEX- Cerro.

Víctor Giorgi

Licenciado en Psicología. Especialista en Administración de Servicios de Salud Mental. Facultad de Psicología. Instituto de Psicología de la Salud. Universidad de la República.

Virginia García

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Interna y diabetóloga. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro fundador de la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Docente de posgrado de la Universidad Católica.



Salud Comunitaria y Sociedad

ISSN:1688-7972 Volumen 3 Nº 3

Junio 2014

Sumario

Editorial	Ana Kemayd	2
Avaliação Nutricional de Pacientes Diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre/RS	Elen Maria Bandeira Borba, Susana Fernandes Rosa	5
Características de implementación de la Atención Primaria de Salud en centros de salud: una estrategia para la comprensión integral del proceso salud-enfermedad y el derecho a la salud	Ruth Fernández, María Beatriz Ciuffolini, Humberto Jure, Marisa Susana Didoni	17
Ética y política en la intervención psico-social: aportes para acciones posibles y necesarias	Eduardo Viera	31
Manejo básico en el uso problemático de drogas ilegales y alcohol	Ana Iris Kemayd Rotta, Lorena Quintana, Joseli Otegui, Hortencia Villamor	45
Política, salud y procesos de liberación	Enrique Saforcada	55
Psicología y psicopatología de la Expresión, el caso de Uruguay	Madelón Casas	75
Violencias y Educación en el Uruguay de hoy: aportes para pensar	Víctor Giorgi, Gabriel Kaplún, Luis E. Morás, María A. Arias, Martín Martínez, Daniel Parafita, Hoenir Sarthou	86
Referentes socio-culturales familiares y comunitarios en la construcción social de la salud materna	Jimena Heinzen, Graciela Castellano, Soledad Niñón	110
Jugar, lo que se entrevé, lo que se vislumbra	Carlos Torrado Lois, Gabriela di Landro	127
Normas de publicación Revista "it"	Laura Arispe, Nicolás Brum	141
Índice de Autores		147



PSICOLIBROS



Mercedes 1673 - Montevideo - Uruguay - Tel: (598) 2400 - 38 - 08 / 2403 - 03 - 32
 E-mail: info@psicolibroswaskala.com - www.psicolibroswaskala.com

• EDITORIAL •

Cuando en el año 2010 asumimos, desde el Programa Apex Cerro, el desafío de comenzar a editar una publicación periódica centrada en la salud comunitaria, nos comprometimos claramente con la idea de propiciar un espacio encaminado a mejorar la protección social en salud, el nivel de calidad de la atención, aportes educativos y asistenciales centrados en las personas y la reforma del sistema de salud uruguayo y de países vecinos colaborativos, aspectos éstos centrales si pensamos en el bienestar de las personas.

Más importante que mi propia convicción al respecto, es que esto responde a una demanda creciente y generalizada de servicios universitarios y de otras órbitas, involucrados en la formación de recursos humanos y en la atención primaria, con un interés cada vez mayor en las instancias normativas y formativas, así como en los conocimientos disponibles sobre la manera de conseguir tanto sistemas de salud equitativos, integradores y justos como espacios de participación inclusivos y formativos.

Refleja asimismo, más fundamentalmente, un giro frente a la constatación de la necesidad de una perspectiva más integral sobre la eficacia del conjunto del sistema de salud, de la salud comunitaria y de todos los aspectos involucrados en ésta, destacando una especial atención a la formación de los recursos humanos y a la responsabilidad que la Universidad de la República, y en particular Programas como Apex, tienen en esto.

A más de 30 años de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978), nuestro contexto sanitario mundial y nacional ha sufrido grandes cambios, no obstante esto los valores que dieron forma a esta declaración han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos. Sin embargo, pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial y nacional, nuestros fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios y merecen nuestra máxima atención.

Posibles ejemplos son esa madre con un embarazo con una serología para sífilis positiva que llega al parto sin acceso a una asistencia cualificada, ese niño que no recibe las vacunas que debería, o tantos vecinos con factores de riesgo cardiovasculares sin control o captaciones tardías que nuestros docentes y estudiantes no visualizaron. Podemos citar también la falta de sistemas de protección de

los peatones junto a nuestras calles y veredas plagadas de autos, motos, bicicletas y carros con caballos y el riesgo social que causa la deserción escolar y liceal, con esquinas donde esperan jóvenes ociosos la llegada quizás de programas sociales.

Éstas y muchas otras realidades de la vida diaria reflejan deficiencias inadmisibles y evitables que merman la eficacia de nuestros sistemas de salud y, a los cuales, nuestros sistemas de formación en recursos humanos deberían dar una respuesta.


Para avanzar, es importante que aprendamos del pasado, y si volvemos la vista atrás se impone la idea de que podemos hacerlo mejor en el futuro.

Así, en este 3er. número de It, los invitamos a descubrir una serie de artículos que abordan e interrelacionan la salud, la educación, la política, las creencias populares, aspectos psicológicos y formativos que pasamos a reseñar:

- Desde el Subprograma Infancia Animación Sociocultural y Recreación del Programa Apex Cerro nos presentan una entrevista a la Dra. Maite Garaigordobil, Doctora en Psicología, Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y Catedrática de Evaluación Psicológica en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. En la misma abordan un

componente fundamental de la vida de las personas, clave en el desarrollo de la vida social desde un enfoque integral de la educación, la cultura y la salud.

- Integrantes del Curso de Post Graduados en Nutrición Clínica y Metabolismo 13, del Colegio Brasileiro de Estudos Sistémicos-CBES/Porto Alegre nos presentan un estudio epidemiológico del estado nutricional de pacientes diabéticos a través de un estudio transversal con abordaje cualicuantitativo, realizado en una Unidad Básica de Salud de la Secretaria Municipal de Salud de Porto Alegre/RS.
- El Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, aporta un interesantísimo estudio con el objetivo de identificar las características de la implementación de la Estrategia de APS en Centros de Primer Nivel de Atención en la ciudad de Córdoba, utilizando como instrumento de evaluación de la APS la versión Argentina para CS de B. Starfield.
- Desde la psicología nos presentan una síntesis histórica del desarrollo en Uruguay de la Psicología de la Expresión,



a través del relevamiento de fuentes documentales, producción bibliográfica y entrevistas a informantes calificados.

- Otro artículo nos propone una mirada a las situaciones de violencia que se producen en el sistema educativo, tomando como centro del análisis la palabra de los educandos.
- Bajo el título de “Política, salud y procesos de liberación” nos llega una atrapante reflexión sobre salud y liberación-imperialismo cultural-control social-miedo y poder-mercado de la enfermedad.
- Otra propuesta de lectura aborda conclusiones del proyecto de investigación sobre “Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad” desarrollado entre abril del 2010 y diciembre del 2011, con usuarias del subsector público de asistencia en Montevideo.
- Y desde la UDA APEX Cerro se presenta la optativa “Manejo

básico en el uso problemático de drogas ilegales y alcohol”, valorando no sólo las necesidades de los futuros médicos de lograr créditos para conformar su currículo, sino fundamentalmente la importancia de ofertar formación en aspectos vinculados a la realidad en salud comunitaria a la que se enfrenta hoy el futuro profesional de la salud.

Resta sólo invitarlos nuevamente a adentrarse en la lectura de este número, remarcando que nos brinda una excelente oportunidad para reflexionar acerca de las enseñanzas del pasado, examinar algunos retos que nos aguardan, e identificar las principales posibilidades de que dispomos para reducir los intolerables desfases existentes entre las aspiraciones y la realidad, las expectativas de los ciudadanos y algunos desafíos comunes de naturaleza transversal para el buen desempeño de los sistemas educativo y de salud.

Ana Kemayd



Avaliação Nutricional de Pacientes Diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre/RS

*Elen Maria Bandeira Borba
Susana Fernandes Rosa*

Palavras-chave: Avaliação nutricional, Diabetes mellitus, Risco cardiovascular.


Key words: Nutritional assessment, Diabetes mellitus, Cardiovascular risk.

Resumo

Este trabalho tem a finalidade de apresentar um levantamento epidemiológico do estado nutricional de pacientes diabéticos atendidos no ambulatório de Nutrição de uma Unidade Básica de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, através de um estudo transversal com abordagem quali-quantitativa. A amostra foi composta por 21 indivíduos diabéticos, na faixa etária de 40 a 57 anos, de ambos os sexos. Para a coleta dos dados foi aplicado um questionário de Avaliação Nutricional (validado por Fagundes, 2004) e o Protocolo de Avaliação Nutricional do CBES. O estudo demonstrou que 95% da amostra apresentava excesso de peso e 81% apresentava risco cardiovascular de acordo com a relação cintura-quadril (94% de mulheres e 40% de homens). Este número sobe para 90% analisando-se o perímetro da cintura isoladamente (94% de mulheres e 80% de homens). Em relação ao percentual de gordura, 95% apresentava valores inadequados, sendo 71% classificados como muito ruim. Desses, 81% eram mulheres contra 40% de homens. De acordo com todos os parâmetros analisados as mulheres apresentaram pior perfil nutricional do que os homens. O elevado índice de risco cardiovascular corrobora o fato de que a obesidade e o diabetes mellitus cursam com doenças cardiovasculares, sendo que 30% da amostra já apresentava doenças cardiovasculares instalada. A falta de controle glicêmico apresentada em 71% dos casos evidencia a complexidade do tratamento do DM e o forte papel do estado nutricional no manejo desta patologia, uma vez que a grande maioria encontrava-se com um perfil nutricional inadequado, contribuindo para o surgimento e/ou agravamento de complicações agudas e crônicas, elevando assim o risco de morbi-mortalidade.

Abstract

This paper aims to provide an epidemiological survey of the nutritional status of diabetic patients seen in an outpatient Nutrition of Basic Health Unit, of Municipal Health Department of Porto Alegre/RS, using a



cross-sectional study with qualitative-quantitative approach. The sample comprised 21 diabetic subjects, aged 40 to 57 years, of both sexes. For data collection a questionnaire was administered Nutritional Assessment (validated by Fagundes, 2004) and the Nutritional Assessment Protocol CBES. The study showed that 95% of the sample are overweight and 81% had cardiovascular risk according to waist-hip ratio (94% women and 20% of men). This number rises to 90% by analyzing the waist circumference alone (94% women and 80% of men). In relation to the percentage of fat, 95% had inadequate values, 71% classified as very bad. Of these, 81% were women compared with 40% of men. According to all parameters examined women had a poorer nutritional status than men. The high rate of cardiovascular risk corroborates the fact that obesity and diabetes mellitus coursing with cardiovascular disease, and 30% of the sample had cardiovascular disease already installed. The lack of glycemic control in 71% of cases highlights the complexity of treatment of DM and the strong role of nutritional status in the management of this pathology, since the vast majority found themselves with an inadequate nutritional status, contributing to the emergence and/or aggravation of acute and chronic complications, thus increasing the risk of morbidity and mortality.


Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) tem se colocado como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que as DCNTs são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005 (Who 2005). No Brasil as DCNTs seguem padrão semelhante, e em 2007 foram a principal causa de óbitos, (Brasil, 2010).

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica, que pode evoluir com complicações oculares, renais, vasculares, neurológicas, dentre outras.

O diabetes é caracterizado por altos níveis de glicose sanguínea resultantes de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos. Também estão presentes anormalidades no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. As pessoas com diabetes têm organismos que não produzem ou não respondem à insulina, hormônio produzido pelas células beta do pâncreas, necessário ao uso e armazenamento de combustíveis corpóreos. Sem insulina eficiente, ocorre hipoglicemia, a qual pode levar a complicações do diabetes mellitus a curto e longo prazos (Mahan, 2002: 719).

O diabetes Tipo 1 é caracterizado por destruição das células beta, levando geralmente à deficiência



absoluta de insulina, e pode responder por 5 a 10% de todos os casos diagnosticados de diabetes. Pessoas com diabetes Tipo 1 são dependentes de insulina exógena para prevenir cetoacidose e óbito. Embora isso possa ocorrer em qualquer idade, a maioria dos casos é diagnosticada em pessoas com menos de 30 anos de idade, com um pico de incidência em torno de 10 a 12 anos em meninas e 12 a 14 anos em meninos (Mahan, 2002: 720).

O diabetes Tipo 2 pode responder por 90 a 95% de todos os casos diagnosticados. É caracterizado por resistência à insulina e deficiência relativa (e não absoluta) de insulina. Embora as pessoas com diabetes Tipo 2 não necessitem insulina exógena para sobreviver, aproximadamente 40% eventualmente precisarão de insulina exógena para o controle adequado de glicose sanguínea (Mahan, 2002: 721).


O objetivo da terapia nutricional médica para o DM tipos 1 e 2 é a oferta de nutrientes sem deflagrar hiper ou hipoglicemia. Entretanto, é um grande desafio manter a glicose sanguínea próxima do normal, reduzir os fatores de risco cardiovascular, favorecer ingestão calórica apropriada, normalizar o perfil lipídico e manter o peso corporal adequado com o intuito de prevenir complicações agudas e crônicas do diabetes. Todas estas medidas que melhoram as condições de

saúde podem reduzir a mortalidade (Waitzberg, 2001: 1231).

Não existe uma dieta-padrão para o indivíduo com diabetes. Uma avaliação nutricional completa irá orientar o profissional de saúde a desenvolver um plano alimentar que melhor se adapte às necessidades metabólicas, nutricionais e de estilo de vida do diabético (Cuppari, 2002: 152).

Alguns parâmetros básicos para a avaliação do estado nutricional incluem dados antropométricos como peso corpóreo e estatura, por exemplo, com os quais se pode concluir, a partir de sua análise conjunta, sobre o estado nutricional do paciente e avaliar mudanças que ele possa apresentar com o decorrer do tratamento. O índice de massa corpórea (IMC) é um bom indicador do estado nutricional, tendo sido amplamente utilizado para esse fim. (Cuppari, 2002: 153).

A avaliação nutricional é um instrumento diagnóstico, uma vez que mede de diversas maneiras as condições nutricionais do organismo, determinadas pelo processo de digestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes; ou seja, a avaliação nutricional determina o estado nutricional, que é resultante do balanço entre a ingestão e a perda de nutrientes. O estado nutricional de uma população é um excelente indicador de sua qualidade de vida (Mello, 2002).



Existem várias técnicas para determinar a composição corporal, dentre elas as medidas antropométricas, que têm sido amplamente aplicadas. A coleta dessas medidas envolve baixo custo operacional e apresenta relativa simplicidade na sua aplicação, particularmente as medidas de massa corporal e estatura (Norgan, 1994).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2008-2009, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde entrevistou 55.970 domicílios em todos os estados e no Distrito Federal e analisou os dados de mais de 188 mil pessoas de todas as idades, demonstrou que o excesso de peso em homens adultos saltou de 18,5% para 50,1% e ultrapassou o das mulheres, que foi de 28,7% para 48%. Neste panorama destaca-se a Região Sul com 56,8% de homens e 51,6% de mulheres com excesso de peso.

Com o aumento da incidência de obesidade, o diabetes principalmente o tipo 2, tem se tornado uma epidemia, com prevalência crescente em todo mundo e já afeta cerca de 246 milhões de pessoas. A estimativa é de que, até 2025, esse número aumente para 380 milhões. No Brasil de acordo com o VIGITEL 2009 (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis) do Ministério da Saúde, a ocorrência média de

diabetes na população adulta auto-referida é de 5,8%.

Neste contexto, este estudo visa conhecer o estado nutricional dos pacientes diabéticos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, identificando riscos à saúde associados aos níveis de gordura corporal total e ao acúmulo de gordura intra-abdominal.

Método

Participaram da pesquisa 21 indivíduos, de ambos os sexos, todos com diagnóstico de DM tipo 2, independente de sua classe social e cor e da presença de patologias associadas e que agendaram consulta nutricional de abril a maio de 2011, na Unidade Básica de Saúde Restinga.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Após a assinatura do TCLE foram coletados os dados referentes à identificação do paciente, dados clínicos, dados dietéticos e dados antropométricos, utilizando-se como instrumento o Questionário de Avaliação Nutricional, validado por Fagundes (2004). A coleta das variáveis peso, altura e perímetros seguiu as orientações descritas no manual de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde, publicado

pelo Ministério da Saúde em 2004. Também foi utilizado o protocolo de Avaliação Nutricional do CBES para padronização das informações coletadas. O peso e a estatura foram aferidos por meio de balança tipo plataforma, eletrônica, com antropômetro acoplado, de marca Toledo, com capacidade máxima de 200Kg e graduação de 100g. Para a obtenção do perímetro da cintura e do quadril foi utilizada uma fita inelástica e flexível com precisão de 0,1cm, para as dobras cutâneas foi utilizado o plicômetro clínico, marca Cescorf, com sensibilidade de 1mm. Com as medidas de peso e altura realizou-se o cálculo do índice de massa corporal (IMC), dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado, o qual foi classificado conforme recomendação de pontos de corte descritos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 1998: $18,5-24,9\text{Kg/m}^2$ = Eutrofia; $25,0 - 29,9\text{Kg/m}^2$ = Pré-Obesidade; $30,0 - 34,9\text{Kg/m}^2$ = Obesidade grau I; $35,0 - 39,9\text{Kg/m}^2$ = Obesidade grau II; $>40\text{Kg/m}^2$ = Obesidade grau III. Apesar de o IMC não indicar a composição corporal, a facilidade de sua mensuração e sua relação com morbi-mortalidade parecem ser motivos suficientes para sua utilização como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos em associação ou não com outras medidas antropométricas. (Anjos, 1992).

Com as medidas de perímetros de cintura e quadril realizou-se o cálculo da relação cintura/quadril (RCQ), dividindo-se o perímetro da cintura pelo perímetro do quadril. Assim como para o IMC, foram utilizados os pontos de corte descritos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 1998, que indica risco cardiovascular quando $RCQ > 1$, no caso de homens, e $> 0,85$ no caso de mulheres. Este indicador afere a localização da gordura corporal e tem relação direta com o risco de morbi-mortalidade. Também foi considerado o perímetro de cintura isoladamente, seguindo os pontos de corte descritos por HAN e col. (1995), que indica risco cardiovascular quando $\geq 102\text{cm}$, no caso de homens, e $\geq 88\text{cm}$ no caso de mulheres.

As medidas de dobras cutâneas foram analisadas em conjunto, por meio do somatório das três dobras (tricipital, supra ilíaca e coxa para o cálculo da densidade corporal feminima e peitoral, abdominal e coxa para a masculina) para estimar o percentual de gordura corporal, utilizando-se como referência as tabelas descritas por Pollock & Wilmore, 1993. A medida das dobras cutâneas fornece uma maneira relativamente simples e não-invasiva de estimar a gordura corporal e caracterizar a distribuição da gordura subcutânea.

Resultados

A idade dos pacientes variou de 40 a 57 anos, sendo 81% do sexo feminino e 19% do sexo masculino. O tempo de diagnóstico de DM variou de 10 dias à 25 anos, sendo que 43% apresentavam a patologia até 1 ano.

A grande maioria (95%) apresentava doenças pré-existentes, com a seguinte distribuição:

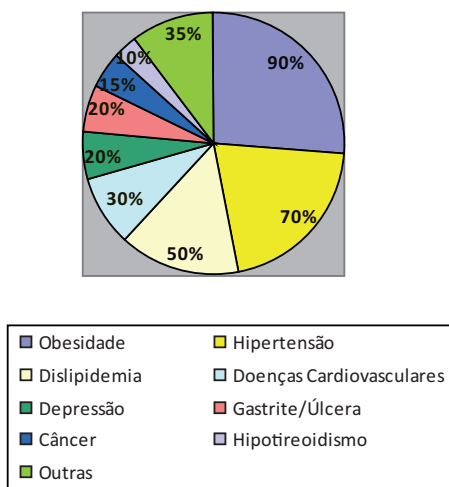


Figura 1 – Incidência de Doenças Pré-Existentes

Em relação ao histórico familiar de doenças 90% dos indivíduos relataram sua existência, sendo 89% Diabetes Mellitus (DM), 89% Hipertensão (HAS), 58% Obesidade, 58% Doenças Cardiovasculares (DCV), 32% Câncer, 26% Dislipidemia (DLP) e 26% Outras.

Relataram fazer uso de alguma medicação para o tratamento do DM 81% dos indivíduos.

Em relação ao funcionamento intestinal, 67% da amostra informou ser diário com consistência, 57% relatou presença de flatulência, 19% obstipação, 19% diarreia e 14% hemorróidas. Dos que apresentavam obstipação 67% evacuavam de 3 a 4 vezes na semana e em relação à diarreia 50% tiveram de 5 a 7 episódios ao dia, outros 50% tiveram 3 episódios ao dia.

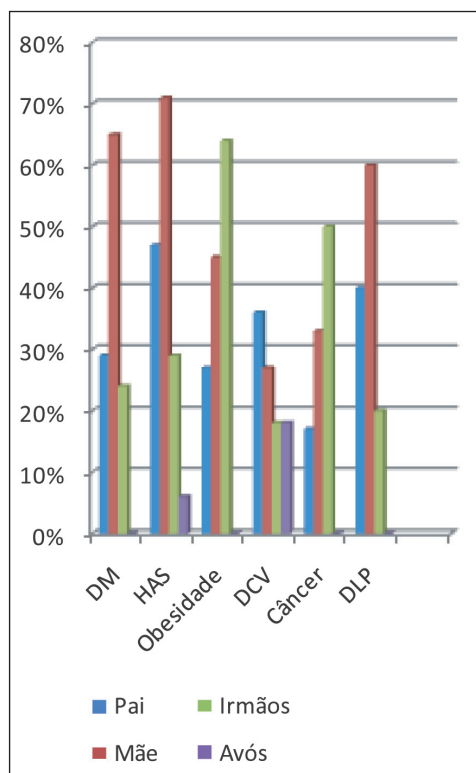


Figura 2
Distribuição Histórico Familiar de Doenças

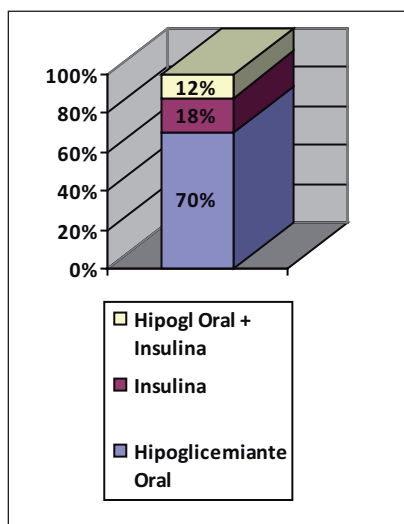


Figura 3
Uso de Medicamentos para o Tratamento do DM

Em relação aos hábitos pessoais, 29% dos indivíduos relataram apresentar algum grau de dificuldade para deglutir ou mastigar; 19% serem tabagistas (o número de cigarros variou de 1 a 10 unidades por dia); 10% relataram o consumo de bebida alcoólica semanalmente.

Referente à atividade física, 48% relatou praticar algum tipo de atividade.

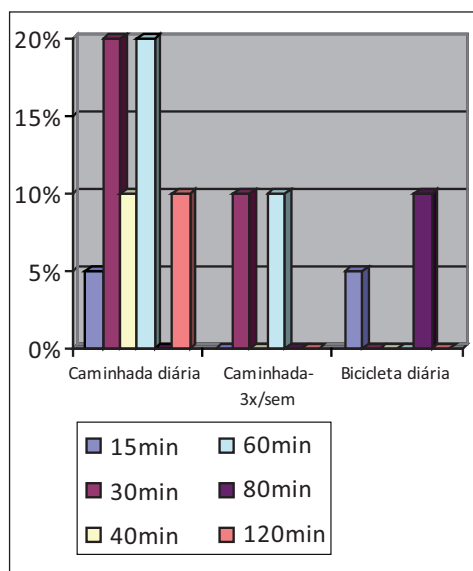


Figura 4 — Tipo, Frequência e Duração de Atividade Física

Quanto aos dados bioquímicos, 81% da amostra apresentou algum dado recente (de até 3 meses). A glicemia de jejum variou de 76,6 à 336mg/dl (em 71% dos casos a glicemia estava acima de 130mg/dl, também em 71% dos casos a hemoglobina glicada estava acima de 7%). Já em relação ao perfil lipídico 67% dos que tinham efetuado este tipo de exame, estavam com Triglicerídeos >150mg/dl, 60% com HDL < 40mg/dl, 50% com LDL > 100mg/dl e 36% com Colesterol Total > 200mg/dl. Em 60% dos casos a TGP estava acima dos valores de referência (>31 U/l para o sexo feminino e >41 para o sexo masculino).

Em relação aos dados dietéticos, o número de refeições efetuadas por dia variou de 2 a 6, sendo que a média ficou em 4 refeições/dia.

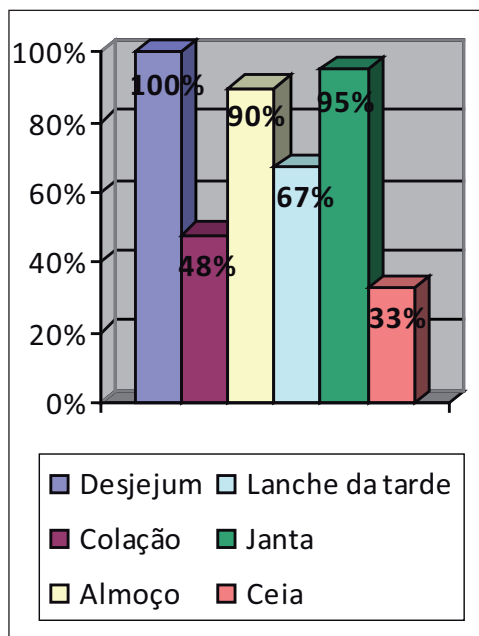


Figura 5 – Distribuição das Refeições

Foi relatado por 76% dos indivíduos alteração recente do consumo alimentar, desses, 69% relataram sua redução. Apenas 19% tinham o hábito de comer em torno de 3 em 3 horas. O valor energético total variou de 551 a 3230 Kcal/dia, calculado a

partir do inquérito alimentar (dia alimentar habitual) sendo que 33% consumia em média 1400 Kcal, 14% 1800 Kcal e outros 14% menos de 1000 Kcal/dia.

Em relação aos dados antropométricos:

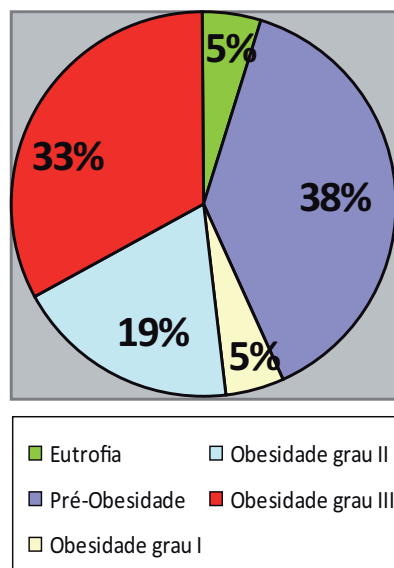


Figura 6 – Classificação geral do estado nutricional conforme IMC

De acordo com o sexo, 37,5% das mulheres apresentavam pré-obesidade, contra 40% dos homens e outros 37,5% das mulheres apresentavam obesidade grau III, contra 20% dos homens.

Tabela 1 - Classificação de IMC conforme sexo

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Eutrofia	1	6	-	-	1	5
Pré- Obes	6	37,5	2	40	8	38
Obes. I	-	-	1	20	1	5
Obes. II	3	19	1	20	4	19
Obes. III	6	37,5	1	20	7	33
Total	16	100	5	100	21	100

De acordo com a relação cintura/quadril, 81% da amostra foi classificada com risco cardiovascular.

Tabela 2 - Classificação de Risco Cardiovascular conforme Relação Cintura/Quadril

Risco CV	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Com risco	15	94	2	40	17	81
Sem risco	1	6	3	60	4	19
Total	16	100	5	100	21	100

Considerando-se o perímetro da cintura isoladamente, constatou-se que 90% da amostra apresentava risco cardiovascular.

Tabela 3 - Classificação de Risco Cardiovascular conforme perímetro da cintura

Risco CV	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Com risco	15	94	4	80	19	90
Sem risco	1	6	1	20	2	10
Total	16	100	5	100	21	100

Conforme percentual de gordura, apenas 5% do total da amostra apresentava um índice adequado.

Tabela 4 - Classificação conforme percentual de Gordura

Nível	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bom	-	-	1	20	1	5
Ruim	3	19	2	40	5	24
Muito Ruim	13	81	2	40	15	71
Total	16	100	5	100	21	100

Discussões e Conclusões

O estudo demonstrou que a maioria da amostra era de mulheres, com diagnóstico de DM há 1 ano e com outras patologias associadas, sendo as mais importantes obesidade (90%), hipertensão (70%), dislipidemia (50%) e doença cardiovascular (30%). Mais da metade (52%) não praticava nenhum tipo de atividade física. O número de refeições efetuadas ao dia, foi relativamente baixo (média de 4), e o intervalo entre as refeições foi elevado (apenas 19% faziam refeições em média a cada 3 horas, o que é preconizado para um adequado controle do DM).

A variação do valor energético total encontrado sugere possível ocorrência de sub-relato da ingestão energética com omissão de determinados alimentos.

Em relação ao seu perfil nutricional, 95% da amostra apresentava excesso de peso e 81% apresentava risco cardiovascular de acordo com

a relação cintura-quadril (94% de mulheres e 40% de homens). Este número sobe para 90% analisando-se o perímetro da cintura isoladamente (94% de mulheres e 80% de homens). Em relação ao percentual de gordura 95% apresentava valores inadequados, sendo 71% classificados como muito ruim. Desses, 81% eram mulheres contra 40% de homens.

Os 5% do total da amostra (que corresponde à 1 único indivíduo) que apresentou eutrofia de acordo com o IMC, apresentou risco cardiovascular (tanto de acordo com a RCQ, quanto ao perímetro da cintura) e percentual de gordura inadequado (ruim).

De acordo com todos os parâmetros analisados as mulheres apresentaram pior perfil nutricional do que os homens.


Mesmo com o uso de medicação por 81% da amostra, o estudo demonstrou que em 71% dos casos a glicemia e a hemoglobina glicada

estavam acima dos valores de referências preconizados para o adequado controle do diabetes.

O elevado índice de risco cardiovascular corrobora o fato de que a obesidade e o diabetes mellitus cursam com doenças cardiovasculares, lembrando que 30% da amostra já apresentava doenças cardiovasculares instalada. A falta de controle glicêmico apresentada em 71% dos casos evidencia a complexidade do tratamento do DM e o forte papel do estado nutricional no manejo desta patologia, uma vez que a grande maioria encontrava-se com um perfil nutricional inadequado, contribuindo para o surgimento e/ou agravamento de complicações agudas e crônicas, elevando assim o risco de morbi-mortalidade.

Referências

- Anjos, L. A. Índice de massa corporal como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. *Ver Saúde Pública* 1992; 26:431-6.
- Castro, I. R. R. Vigilância alimentar e nutricional: Limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- Coitinho, D. C.; Leão M. M.; Recine E.; Sichieri, R. Condições nutricionais da população brasileira: Adultos e idosos. Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição. Brasília: INAN, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1991.
- Cuppari, L. Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto. Barueri, SP: Manole, 2002.
- Delgado, L. A. Avaliação da Composição Corporal. Universidade Federal do Maranhão-Centro de Ciências da Saúde-Curso de Licenciatura em Educação Física, São Luis, 2004. Available:www.scribd.com. [12 nov. 2010].
- Fagundes, A. A. et al. Vigilância alimentar e nutricional-Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde-Brasília: Ministério da Saúde, 2004.120 p.: il. Color-(Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Han, T. S.; Leer, E. V.; Seidell, C.; Lean, M. E. J. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *BMJ*. 1995; 311: 1401-05.
- IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Available:www.ibge.gov.br. [03 nov.2010].
- Lima, J. G.; Nobrega, L. H. C.; Vencio, S. Projeto Diretrizes-Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina-Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico-Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, jun. 2004. Available: www.projetodiretrizes.org.br. [12 nov. 2010].
- Mahan, L. K.; Escott-Srump, S. Krause alimentos, nutrição & dietoterapia-10. Ed.-São Paulo: Roca, 2002.
- Mello, E. D. O que significa a avaliação do estado nutricional. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 78, n. 5, Out. 2002.
- Norgan, N. G. Population differences in body composition in relation to the body mass index. *Eur J Clin Nutr* 1994; 48:10S-27S.
- Portal da Saúde-Ministério da Saúde. Available:www.saude.gov.br. [03 nov. 2010].



Ribeiro, A. L. P. et al. Cadernos de Atenção Básica, n. 16-Diabetes Mellitus-Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Sartprelli, D. S.; Franco, L. J. Tendências do Diabetes Mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Caderno de Saúde Pública, vol 19, Rio de Janeiro, 2003.

Waitzberg, D. L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998. (Reporto Who Consultation on Obesity).



Características de implementación de la Atención Primaria de Salud en centros de salud: una estrategia para la comprensión integral del proceso salud-enfermedad y el derecho a la salud

CHARACTERISTICS OF IMPLEMENTATION OF THE PRIMARY
ATTENTION OF HEALTH IN CENTERS OF HEALTH:
ONE STRATEGY FOR THE INTEGRAL COMPREHENSION OF THE PROCESS
HEALTH-DISEASE AND THE LAW TO THE HEALTH


Ruth Fernández
María Beatriz Ciuffolini
Humberto Jure
Marisa Susana Didoni

Descriptores: Atención Primaria de la Salud, Integralidad, Salud Familiar, Salud Colectiva, Derecho a la Salud.

Descriptors: Primary Health Care, Integrality, Familiar Health, Collective Health, Right to Health.

Resumen

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de la Salud (APS) y destaca la importancia de garantizar adecuadas condiciones de salud para la población. Sin embargo, las experiencias en los países de la Región de las Américas nos demuestran que la APS puede ser interpretada según distintas visiones que dan lugar a interpretaciones erróneas. Proponemos una revisión de la Estrategia de APS, tanto en la teoría como en la práctica, que nos permite construir una mirada crítica acerca de cómo nuestras acciones pueden adecuarse mejor a las



necesidades de salud. La asignación de una población a cargo, el perfil de recursos humanos y las características de prestación de servicios constituyen elementos fundamentales en la implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud que permiten estimar su grado de desarrollo en el primer nivel de atención.

Objetivo: identificar las características de la implementación de la Estrategia de APS en centros de primer nivel de atención en la ciudad de Córdoba.

Metodología: muestreo aleatorio simple (21 CS zonas sanitarias 2, 3 y 4). Instrumento de evaluación de la APS para CS de B. Starfield, versión Argentina. Áreas: infraestructura, oferta de servicios, recursos humanos y población a cargo.

Resultados: orientación: 19,05% medicina familiar, 47,62% medicina interna y pediatría y 28,57% suman ginecología, odontología y enfermería. Población geográficamente definida 90,48% (19). El 68, 67% refiere que el 60 y 80% de los pacientes utiliza CS para todas sus necesidades sanitarias. El 38,10% (8) asiste entre 20 y 25 pacientes/día por profesional. Oferta de servicios: 90,48% (25) medicina familiar, 95,24% (26) pediatría, 100% enfermería, 76,19% (20) odontología, 28,57% (6) trabajo social. El 9,52% (2) es unidad docente y tiene guardia. El 100% no posee laboratorio ni rehabilitación ni cirugía menor. El 90,48% (19) no posee diagnóstico por imágenes. El 33,33% (7) posee servicios de salud mental. Un 76,19% (16) utiliza HC individuales en papel. El 57,14% (15) otorga turnos en el mismo día.


Conclusiones: perfil heterogéneo. Modelo biomédico orientado al desarrollo de especialidades y atención individual de la patología. Bajo porcentaje de otras disciplinas. Inexistencia de servicios de apoyo diagnóstico.

Summary

The Declaration of Alma Ata defines the Primary health care, (APS) and emphasizes the importance of guaranteeing suitable conditions of health for the population. Nevertheless, the experiences in the countries of the Region of the America demonstrate to us that the APS can be interpreted according to different visions that give rise to erroneous interpretations. We propose a revision of the strategy of APS, as much in the theory as actually, that it allows to construct a critical glance about how our actions can be adapted better to the necessities of health of our community. The assignment of a population to post, the profile of human resources and the characteristics of provision of services, they constitute fundamental elements in the implementation of the Strategy of Primary care of the Health that they allow to estimate his degree of development in the first level of attention.

Objetiv: to identify the characteristics of the implementation of the Strategy of Primary care of the Health in Centers of the First Level of Attention of the City of Cordoba.

Methodology: there was realized a random simple sampling (21 CS sanitary Zones 2, 3 and 4). Instrument of Evaluation of the APS for CS of B. Starfield, version Argentina. Areas: infrastructure, offer of services, human resources and population to post descriptive, transverse Study.



Results: orientation: 19,05% familiar medicine, 47,62% internal medicine and pediatrics, and 28,57% add gynaecology, odontology and infirmary. Geographically definite population 90,48% (25). 68,67% says that 60 and 80% of the patients uses CS for all his sanitary needs. 38,10% (8) represents between 20 and 25 patients / day by professional. Offer of services: 90,48% (25) familiar medicine, 95,24 % (26) pediatrics, 100% infirmary, 76,19% (20) odontology, 28,57% (6) social work. 9,52% (2) is an educational unit and has police officer. 100% possesses neither laboratory, nor rehabilitation, nor minor surgery. 90,48% (25) does not possess diagnosis for images. 33,33% (7) possesses services of mental health. 76,19% (16) uses individual HC in paper. 57,14% (15) grants shifts in the same day.


Conclusions: heterogeneous profile. Biomedical model orientated to the development of specialities and individual attention of the pathology. Under percentage of other disciplines. Nonexistence of services of diagnostic support.

Introducción

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de la Salud (APS) y destaca la importancia de garantizar adecuadas condiciones de salud para la población, procurando la corrección de las desigualdades a través del acceso universal a servicios básicos integrales, fomentando la participación comunitaria, la acción intersectorial y el uso racional de los recursos (OMS, 1978).

Sin embargo, las diferentes experiencias en los países de la Región de las Américas nos demuestran que la APS puede ser interpretada según distintas visiones y, por lo tanto, ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, educativos, sociales, culturales y económicos, lo que en la mayoría de los casos da lugar a interpretaciones erróneas. En el año 2005 los gobiernos de la región produjeron la Declaración *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas* (OPS, agosto 2005), que reanimó la implementación de la estrategia en nuestros países. Más acá de la “APS renovada” –como se dio en llamarles a estos valores, principios y elementos esenciales que, en general, contaron con amplio consenso dentro de la comunidad científica, académica y política, aunque con muchísimo menor correlato en


la práctica– se encuentra una concepción que confiere al Estado el rol de actor clave en la construcción de las políticas sanitarias nacionales. La asignación de una población a cargo, el perfil de recursos humanos y las características de prestación de servicios constituyen elementos fundamentales en la implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud que permiten estimar su grado de desarrollo en el primer nivel de atención. Luego del vaciamiento de contenido para dicho rol rector que en la Argentina consiguieron los años 90, la recuperación del protagonismo del Estado Nacional como garante del derecho a la salud de cada ciudadano no es una sentencia de peso menor y tampoco lo es la afirmación del papel sustancial que debe asumir la Universidad Pública en esa reconstrucción. De esta manera, la universalidad de la cobertura, el uso racional de los recursos, la intersectorialidad y la participación comunitaria constituyen principios organizadores del sistema público de salud que está recuperando de modo progresivo espacio simbólico y espacio real (Ciuffolini y col., 1998). Por supuesto que, en este propósito, la estructura del sistema de salud en general, y de la formación de los recursos humanos en particular, debe ser reconstituida. El esquema aquél en trono a la enfermedad y al diagnóstico, a la tecnología para indagarlos, a los especialistas



para observarlos, es hoy objeto de una revisión necesaria. Ya no basta el consenso general sobre la necesidad de edificar realmente el sistema de salud en torno a la atención primaria (y no sólo en el primer nivel de atención, sino en todos los niveles), ni las soluciones paliativas surgidas de la emergencia y de las crisis, ni bastan tampoco los retoques cosméticos de las carreras universitarias. Hoy el Estado, en primer lugar, y la Universidad Pública después, afrontan la obligación ética de ofrecer salud a todos los argentinos y de adecuar la cantidad y la calidad de los recursos humanos en salud a la demanda sanitaria real. El planteo es integral y es profundo, claro está, sin embargo es un debate impostergable. Se trata de acción y reflexión simultáneamente. Tal vez a partir de lo aprendido ya por experiencias exitosas en países como Canadá, Cuba, España, y muy particularmente Brasil (Sousa Campos Gastao, 2001), el punto de partida es un perfil de equipo de salud con población nominal a cargo que, para empezar, sea multidisciplinario e inclusivo de otras disciplinas que puedan abordar la complejidad de los determinantes sociales de la salud, y que amplíe la visión del campo de la salud. Esta concepción incluye un proceso centrado en la persona, esto es, que la comprende integralmente, que explora la dolencia y la enfermedad en sus contextos socioculturales,

que encuentra –porque busca– oportunidades para la prevención. Se trata también de implementar políticas de educación permanente en salud, en las que la universidad interviene activamente en la puesta en acción del conocimiento adquirido, en la reflexión de los equipos sobre la práctica y la evaluación continua de las acciones desarrolladas en el acompañamiento en terreno, en la percepción de que la manera de hacer o de pensar puede ser insuficiente o insatisfactoria para dar cuenta de los desafíos del trabajo diario. La educación permanente en salud concibe, en definitiva, instituciones de salud y universidades más flexibles, y profesionales sujetos de su proceso de trabajo y de su proceso de aprendizaje (Davini, M. C., 1989). La universidad deberá proveer de docencia, investigación y extensión al servicio de la calidad de esta propuesta de sistema de salud nacional para el primer nivel de atención que hoy está demandando saber, y saber hacer. En este marco, el monitoreo, el análisis y el seguimiento de los indicadores de desempeño, de los indicadores clínicos, de los sistemas y de las redes de referencia y contrarreferencia son tareas ineludibles (Fernandez y col., 2008).

Proponemos una revisión de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, tanto en la teoría como en la práctica, de tal manera que nos permita construir una mirada



crítica acerca de cómo nuestras acciones pueden adecuarse mejor a las necesidades de salud de nuestra comunidad.

Estas acciones, cuando se realizan desde una determinada visión, es decir desde un nuevo paradigma, deben partir de una perspectiva en la que el proceso salud-enfermedad-atención es considerado un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad y sus circunstancias vitales.

En esta mirada la salud es entendida como una búsqueda de una mejor calidad de vida, condicionada por las potencialidades, capacidades y limitaciones de las personas, las familias y las comunidades (Ciuffolini, M. B.; Jure, H., 2006).

La construcción de modelos integrales de abordaje significa la consolidación de diversos componentes o facetas en una instancia de síntesis que facilite procesos operacionales que permitan distinguir sin desarticular y asociar sin reducir. En esta conceptualización, el enfermar no resulta de la acción externa de un agente ambiental agresivo, ni de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino de un proceso totalizador de efectos patológicos (Almeida Filho, 2000), el cual exige repensar los marcos de referencia y abordaje en función de la constitución de distintos niveles de análisis que permitan comprender la complejidad

contextual en que se sitúa el proceso salud-enfermedad. Si pensamos en modelos que promuevan la comprensión del individuo en su contexto, tomar como campo de referencia al espacio vital en que se desenvuelve la familia ofrece múltiples posibilidades (Mc Whiney, 1996).

Deberemos propiciar en el “territorio definido bajo nuestra responsabilidad” un sistema integrado e integral de salud basado en valores y principios de equidad y garantizar la accesibilidad a los servicios como aspectos básicos en la construcción de ciudadanía. Este compromiso implica alcanzar el máximo nivel de calidad en nuestras acciones, con una activa participación de los ciudadanos como factor de transparencia y democratización en todas las etapas del proceso de implantación.

Objetivo

Identificar las características de la implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud en Centros del Primer Nivel de Atención de la Ciudad de Córdoba.

Metodología

Se realizó un muestreo aleatorio simple (21 CS Zonas sanitarias 2, 3 y 4). Instrumento de Evaluación de la APS para CS de B. Starfield, versión Argentina.

Áreas: infraestructura, oferta de servicios, recursos humanos y población a cargo. Estudio descriptivo, transversal. Se utilizaron fuentes de datos secundarios tomados de registros oficiales de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, vinculados a composición de RRHH.

Análisis estadístico

Toda la información recabada será procesada y analizada exploratoriamente por métodos multivariados de acuerdo a la naturaleza de la variable en estudio, las comparaciones se efectuarán por ANAVA, test de comparaciones múltiples o datos categorizados. En todos los casos el nivel de significación será de 0,05.

Resultados y discusión

Se tomaron 27 entrevistas (68%). El 100% de las mismas corresponde a centros de salud comunitarios o barriales.

Orientación de la oferta de servicios

La orientación de la oferta de servicios corresponde a medicina familiar en un 19,05% (5), el 47,62% (13) refiere una combinación de medicina interna y pediatría y el 28,27% (9) suman a esta orientación especialidades como ginecología, odontología y otras (ver gráfico 1).

Esta composición predominante da cuenta de una estructura tradicional fuertemente centrada en el

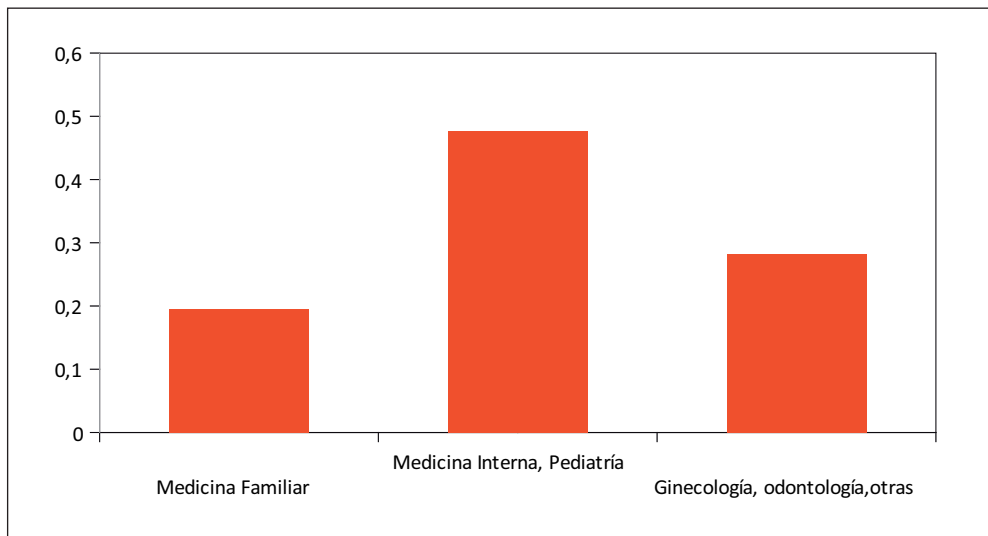


Gráfico 1. Orientación de oferta de servicios

campo médico, con escasa profesionalización del personal de enfermería, mediana participación de trabajadores de la salud no médicos y muy baja de agentes sanitarios. Esta estructura, sin duda, no ofrece mayores potencialidades para propiciar el desarrollo de acciones integrales e interdisciplinarias de cuidado de la salud que contribuyan a atenuar la fragmentación que habitualmente domina el proceso de atención.

Resulta de interés señalar que las inversiones en la fuerza de trabajo, que consume actualmente hasta los dos tercios del presupuesto de salud, necesitarían ser consideradas cuidadosamente para asegurar un número, tipo y distribución de los profesionales adecuados a los servicios clínicos y de salud pública que se requieren.

Los informes globales sobre salud producidos por la OPS/OMS encontraron que, sumado al creciente abastecimiento de médicos en la práctica, todos los países enfrentan problemas similares con respecto a la variedad y distribución de su fuerza de trabajo médica.

Sin embargo, en función del material obtenido de las entrevistas parecería que, más allá de la formulación teórica de los programas, éstos no han logrado cambiar el perfil de los centros de salud en la ciudad de Córdoba.

Por el contrario, el criterio de los entrevistados es, en muchas ocasiones, el de atender la demanda espontánea que condiciona la organización de las prestaciones, quedando las actividades de los programas relegadas a un lugar marginal.

Población a cargo

El 90,48% (25) de los centros de salud entrevistados posee una población geográficamente definida (ver gráfico 2).

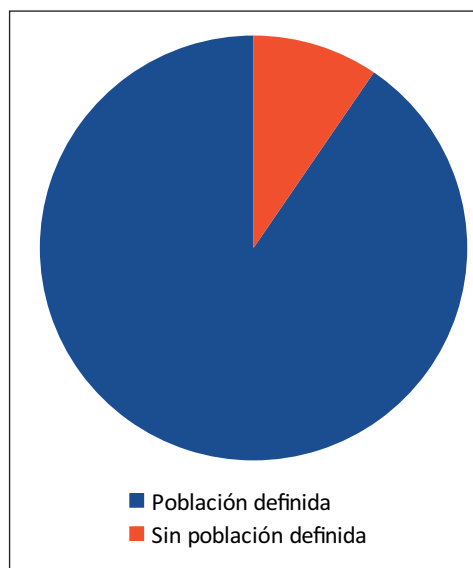


Gráfico 2. Población geográficamente definida

La delimitación y el conocimiento por parte del equipo de salud del número, composición y características de su población constituyen un sustrato fundamental para promover el compromiso y responsabilidad del

equipo de salud, como así también una oferta de servicios acorde con sus características y necesidades. Para la población nominal a cargo en un territorio de actuación definido, el equipo debe poder diagnosticar, programar y realizar las actividades, según criterios de riesgo de la salud, priorizando la solución de los problemas de salud más frecuentes. El desarrollo de acciones debe estar enfocado sobre grupos de riesgo y comportamientos alimenticios y/o ambientales, con la finalidad de prevenir la aparición o el mantenimiento de las enfermedades y daños evitables.

Utilización del Centro de Salud

El 68,67% (17) de los centros refiere que entre el 60 y el 80% de sus pacientes utiliza su centro para las necesidades relacionadas con la salud. El 38,10% (8) refiere que se atienden entre 20 y 25 pacientes por profesional.

De este modo, si bien la disponibilidad de información sobre la población total es alta, estos porcentajes disminuyen cuando nos referimos a grupos específicos, datos que deberían ser de importancia fundamental para programar la entrega de servicios y no limitarse de manera indiscriminada a la atención de la demanda espontánea, casi siempre ligada a la urgencia, a la patología aguda.

Este accionar terminaría absorbiendo los escasos recursos existentes en detrimento de las actividades de los programas que son las que posibilitarían cambiar el perfil de la oferta de servicios por parte de los centros de salud.

Los resultados obtenidos expresan que en el centro de salud se resuelven sólo la mitad de los problemas por los que consulta habitualmente la población. Sin embargo, en la mayoría de los casos no está establecido claramente a qué centros de mayor complejidad se debe derivar, y en un porcentaje similar no existe un formulario de referencia y contrarreferencia, ni turnos reservados para interconsultas o estudios diagnósticos.

Oferta de servicios

En cuanto a la oferta de servicios el 90,48% (25) presta servicios de medicina familiar, el 95,24% (26) pediatría, el 100% enfermería, el 76,19% (20) odontología y solo el 28,57% (6) presta servicios de trabajo social. Sólo el 33,33% (7) posee servicios de salud mental para adultos y niños (ver gráfico 3).

El enfoque integral implica sustituir el tratamiento por enfermedad del individuo por el abordaje integral de la persona en las distintas etapas de su ciclo vital para que pueda alcanzar el desarrollo pleno

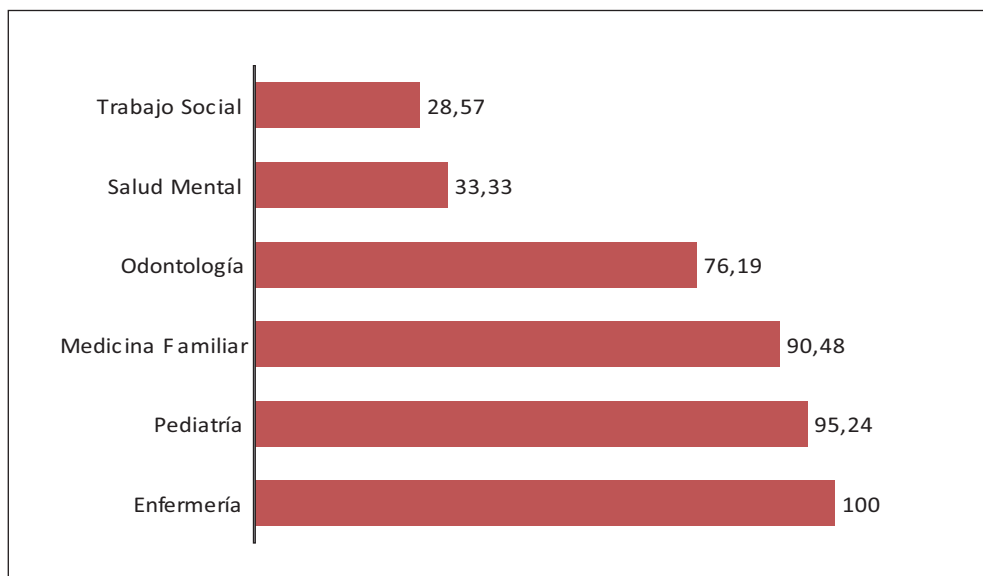


Gráfico 3. Oferta de servicios

de sus capacidades vitales y sociales. Resulta imperioso fortalecer la organización eficaz de los equipos de salud, atendiendo al trabajo cooperativo y la división complementaria de roles y funciones en los distintos niveles de atención, así como a la coordinación con otros sectores de la comunidad.

La implementación de una red de servicios eficiente implica la consideración del centro de salud como primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema que, como tal, debe tener definida de forma inequívoca y clara la población y el área programática que le corresponde y establecer una relación coordinada con diferentes niveles de atención de complejidad creciente en cada una de las regiones.

Actividades de docencia

Un dato significativo es que sólo el 11,11% (3) de los Centros de Salud entrevistados es unidad docente.

La experiencia señalaría que el tipo de educación desarrollado estaría constituido por acciones esporádicas, fragmentadas, unidimensionales y desvinculadas del análisis y transformación de la práctica de trabajo en los servicios. Se propone, en cambio, avanzar hacia una estrategia educativa integral e integrada que incluya el análisis crítico de los modos de pensar, percibir y actuar en el centro de salud. Es decir, la apropiación activa del conocimiento a partir del análisis del proceso de trabajo y de los problemas de la práctica. La inserción

de la educación permanente en salud permitiría reconocer los problemas prioritarios y, a partir del análisis crítico de los mismos, lograr el fortalecimiento de los objetivos de los equipos.

Disponibilidad de servicios

El 100% no posee extracción de laboratorio ni rehabilitación ni cirugía menor. El 92,59% (25) no posee diagnóstico por imágenes. El 11,11% (3) tiene servicio de guardia.

Los resultados obtenidos permiten visualizar que, en la mayoría de los casos, es la demanda espontánea la que condiciona la organización de las prestaciones, que las actividades de los programas quedan relegadas a un lugar secundario, en muchos casos inexistente. El modelo de gestión aparece entonces como “un modelo tradicional” sustentado en la normatización burocrática, la supervisión directa, el control horario y un incipiente desarrollo del control de productividad. Estos datos nos permiten caracterizar al proceso de planificación de las acciones del cuidado de la salud como un proceso no sistemático.

Sistemas de información

En lo que hace a los sistemas de soporte de la información el 76,19% (16) utiliza historias clínicas individuales en papel.

La información es el insumo más importante para iniciar un trabajo en materia de planificación. Una información adecuada nos permitiría decidir qué tipos de actividades de salud son necesarios, calcular el número de personas que van a recibir estos servicios y medir el impacto de nuestras acciones. La utilización de sistemas de registro podría tipificarse entonces como un “modelo tradicional y normativo”, en tanto se evidencia un uso intensivo de sistemas de registro que se remiten a nivel central como mecanismos de control de gestión y que no parecen traducirse en insumos para la planificación local. Se destaca además la existencia dominante de sistemas de registro de atención individual que no posibilitan un seguimiento integral, continuo y contextualizado de los problemas de salud de la población a cargo. Se observa que en la mayoría de los centros de salud los datos se obtienen con sistemas de registro tradicionales como un simple procedimiento administrativo y que dichos datos no son evaluados y transformados en información oportuna y confiable, adecuada para poder planificar en salud. Debemos considerar que la complejidad creciente de los Servicios de Salud exige el manejo de información amplia y diversa sobre población, oferta de servicios, financiamiento, articulación intersectorial, etc.



Accesibilidad.

Turnos programados

El 57,14% (15) refiere que los pacientes obtienen turnos el mismo día de la solicitud.

La accesibilidad a una atención en salud adecuada y oportuna es uno de los ejes fundamentales de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y un derecho de todas las personas.

Más del 50% de los pacientes que concurren al centro y solicitan atención sin turno previo, son atendidos en el día, y deben esperar más de una hora en algunos casos en menos de la mitad de los centros.

Los turnos programados utilizados para los controles de salud y de problemas crónicos generalmente se entregan en un lapso menor a una semana, sólo en 25% de los centros el lapso es mayor.

Un 37% de los turnos programados para realizar controles de salud y atención de problemas crónicos se entregan en un tiempo igual a una semana y en un 57% los pacientes que concurren sin turno previo son atendidos en el día. Entre el 41 y el 46% de los casos encuestados manifiesta que tanto un paciente que llega sin turno como aquél que cuenta con un turno programado, nunca deben esperar más de treinta minutos para ser asistidos.

Conclusiones

Este trabajo procura una estimación de la capacidad de gestión de efectores de salud del primer nivel

de atención en la ciudad de Córdoba, con el propósito de poder identificar potencialidades y limitaciones para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

En conformidad con los datos obtenidos podemos concluir que, el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Córdoba encuentra algunas condiciones que favorecen su consolidación y otras que se constituyen en factores limitantes.

Las acciones intersectoriales y la participación social, con las restricciones evidenciadas, no han logrado desarrollarse e instituirse en los Centros de Salud de la ciudad de Córdoba como aspectos estructurantes de la estrategia de atención primaria como recurso para propiciar una mejor calidad de vida.

Lograr un óptimo desarrollo de la estrategia de atención primaria exigirá, en primer lugar, una redefinición política del modelo de Estado en que se inserta. En segundo término sería recomendable que el proceso de implementación de dicha estrategia, en los ámbitos locales de gestión, estuviera antecedida por un ejercicio participativo de reflexión acerca de la correspondencia entre el modelo en que se inserta y los postulados, fundamentos y requisitos que la implementación de la estrategia demanda, a fin de que la identificación de las potencialidades y limitantes que las propias condiciones de contexto imponen, funcione como un insumo que contribuya a optimizar



el diseño de los cursos de acción (Declaración de Sevilla, 2002).

Este proceso de instrumentación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el primer nivel de atención requiere, en conformidad con los resultados obtenidos, un rol sustancialmente más protagónico de los integrantes del equipo de salud y de la comunidad, mediante la generación de espacios de planificación en los que las autoridades locales, los trabajadores de la salud y los integrantes de la comunidad puedan considerar y consensuar intereses, necesidades, recursos, modalidades de implementación, de monitoreo y evaluación.

Esto entendido como un proceso generador de síntesis operativa que se transforme en efectivas acciones de cuidado de la salud, resultantes de un proceso de generación de conocimiento, formación y educación continuada en acción.

El desarrollo de este tipo de estrategias, sin duda, ayudaría a aumentar el grado de participación y compromiso de los trabajadores de la salud con el espacio institucional en que se insertan y con los programas que ellos mismos han ayudado a diseñar e implementar. Este recurso, destinado a rescatar y resignificar el natural compromiso y dedicación que los trabajadores de la salud tienen con sus pacientes, contribuiría a aumentar el grado de satisfacción y realización profesional de dichos trabajadores. La generación de estos espacios de trabajo “saludables” exigiría,

además de los mencionados recursos destinados a optimizar los elementos de gestión, re-jerarquizar las condiciones laborales y salariales, como un elemento que contribuya a repositonar la significancia del primer nivel de atención en su conjunto como el espacio de mayor implicancia en el cuidado de la salud de la población (Breilh; Jaime, 2003).

Otras acciones que contribuirían ampliamente con la optimización del primer nivel de atención son el desarrollo sistemático de acciones de educación permanente en servicio y la institución de estos efectores como el espacio natural de formación y capacitación de los recursos humanos destinados a trabajar en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, mediante la provisión de todos los recursos materiales, pedagógicos y académicos que esta condición requiere.

Estas conclusiones pretenden constituir un discreto aporte para la discusión, análisis y reflexión de todos aquellos que desde diferentes lugares trabajamos con la convicción de que la consolidación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud constituye la mejor alternativa para, como bien dice Gastão Sousa Campos, “contribuir a la construcción de servicios de salud empeñados en la producción de la vida”.

Bibliografía

Almeida, M.; Feuerwerker, L.; Llanos, M.
La Educación de los Profesionales de la

- Salud en América Latina. Tomo 1. Una Mirada Analítica. Editora Hucitec Editorial Lugar, Editora UEL. 1999.
- Almeida, M.; Feuerwerker, L.; Llanos, M. La Educación de los Profesionales de la Salud en América Latina. Tomo 2. Las Voces de los Protagonistas. Editora Hucitec Editorial Lugar, Editora UEL. 1999.
- Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires. Editorial Lugar. 2003.
- Canguilhem, Georges. Escritos sobre la medicina. Buenos Aires. Amorrortu editores. 2004.
- Ciuffolini, M. B.; Jure, H. Estrategias de Comprensión Integral del Proceso Salud-Enfermedad: Aportes desde la Perspectiva De Vivienda Saludable. Astrolabio nº3. Noviembre de 2006. ISSN 1668-7515.
- Ciuffolini, M. B.; Jure, H. Evolución histórica de la Medicina Familiar y General en la Argentina. Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. 2ª época, vol 9, nº 2. 2006: 52- 58.
- Ciuffolini, M. B.; Didoni, M.; Jure, H. Cuadernos de Medicina Familiar. Aportes para un abordaje integral. Ciuffolini M. B.; Didoni, M.; Jure, H. Sima Editora. 2008.
- Davini, M. C. Bases metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud. Public. Nº19. OPS .1989.
- De la Revilla, L. Manual de Atención Familiar Bases para la práctica familiar en la consulta FUNDESFAM. 2002.
- Declaración de Sevilla. "Comprometidos con la salud de la población" (CIMF/ OPS Wonca. Sevilla, España, 14-17 de Mayo 2002).
- Didoni, M.; Estario, J. C.; Willington, J. M.; Fernández, A. R. Análisis de los Centros de Primer Nivel de Atención de la Provincia de Catamarca. Rev. Salud Pública. 2005; (1):74.
- Fernández, R.; Ciuffolini, B.; Didoni, M.; Utz, L.; Jure, H.; Acevedo, G. y col. "Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación de salud". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Octubre 2007. ISBN: 978-987-23940-4-2.
- Jiménez, C. A. Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995- 2000. Revista Salud Colectiva. Volumen 5. Número 2. Mayo- Agosto 2009. Pag: 211- 224. ISSN 1669- 2381.
- Jure, H. Abordaje grupal y comunitario de los problemas de Salud. Medicina Familiar. Tomo1. Ed. Akadia.
- Mc. Whiney. Medicina de Familia. Ed. Doyoma. 1996.
- Merhy, E.; Feuerwerker, L.; Burg Ceccim, R. Salud Colectiva. Buenos Aires 2(2): 147-160, Mayo- Agosto 2006.
- Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 30-15, de Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, Hechos y Realidades". 2007.
- OPS. Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencias. OPS. Publicación científica N 519. Washington 1990.
- Salud investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Octubre 2007. ISBN: 978-987-23940-4-2.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de prevención en Atención Primaria-PAPPS. Madrid: Semfyc; 2005.
- Soriano, E.; Marconi, E.; Juliá, C. Sistema de información en salud. 1 ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006).
- Sousa Campos, Gastao. Gestión en Salud, en Defensa de la Vida. Editorial Lugar. Buenos Aires. 2001.
- Sousa Campos, Gastao. Paideia y gestión: un Ensayo Sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud, Salud Colectiva, La Plata 1 (1): 59- 68. Enero- Abril 2005.



Ética y política en la intervención psico-social. Aportes para acciones posibles y necesarias

ÉTICA E POLÍTICA NA INTERVENÇÃO PSICO-SOCIAL.
CONTRIBUIÇÕES NECESSÁRIO E POSSÍVEL

ETHICS AND POLITICS IN THE PSYCHO-SOCIAL INTERVENTION
RESEARCH POTENTIAL AND CONTRIBUTIONS NEEDED

Eduardo Viera

Palabras clave: Intervención psicosocial, Ética, Política, Catástrofes.

Palavras-chave: Intervenção psicossocial, Ética, Política, Desastres.

Keywords: Psychosocial intervention, Ethics, Politics, Disasters.

Resumen

Trabajar con otros y no para otros implica una determinada ética y política en la intervención. En el ensayo desglosamos los términos contenidos en el enunciado precedente reflexionando sobre sus implicaciones en las tareas que asumimos. Las prácticas profesionales y disciplinarias en catástrofes, emergencia social y violencia política definen el campo por donde intentamos concretar algunos de los planteos propuestos en el trabajo.

Trabalhar com os outros e não para outros envolve uma certa intervenção ética e política. No julgamento que quebrar os termos contidos na sentença anterior refletindo sobre suas implicações no trabalho que realizamos. As práticas profissionais e disciplinares em catástrofe, emergência social e violência política definen o campo onde tentamos alcançar algumas das propostas sugeridas no trabalho.

Working with others and not for others involves a certain ethical and political intervention. In the trial we break down the terms contained in the preceding sentence reflecting on its implications in the work we undertake. Professional and disciplinary practices in disaster, social emergency and political violence define the field where we try to achieve some of the proposals suggested in the work.

Intervenir: tomar parte en un asunto

Un asunto que tiene una historia, un proceso y un conjunto de agentes que lo construyeron, que lo viven, y del cual tienen saberes y prácticas acumuladas y por producir.

En ese asunto con historia, pleno de saberes visibles e invisibles, resultan imprescindibles actitudes y aptitudes en la disposición técnica para el trabajo con esos otros y otras, portadores de experiencia y proceso.

Disponerse a escuchar y dar un cierto orden posible al conjunto de datos y vivencias incluidas en la o las demandas de intervención.

Saber que estamos haciendo eso, “dando un cierto orden posible” y que debemos hacerlo con los y las actores/actrices, y ajustarlo sistemáticamente en el desarrollo de la tarea.

La intervención supone un posicionamiento ético y político en la que se vuelve necesario preguntarnos qué lugar ocupamos, qué encargos asumimos cuando trabajamos con la comunidad y desde qué lugar lo hacemos.

Implica, entonces, de-construir nuestras propias construcciones, lo que nos hizo y nos hace como profesionales y sujetos, posicionados desde ciertos marcos teóricos, vivenciales, ideológicos; los discursos que nos hablan y los discursos que hablamos. El contexto que nos textualiza, con

el cual tratamos de conjugar otros textos posibles en el marco de otros contextos.

Intervenir:

Tomar parte y ser parte en un grupo, una organización, una comunidad

Para de-construir y construir, para des-ideologizar e ideologizar, para transformar, transformándonos

“Ser parte” entre todos hacia nuevas formas posibles de hacer, sentir, pensar.¹

Partimos de un enfoque donde la *Comunidad* puede ser entendida como un conjunto de personas que comparten tiempos y espacios comunes (una cotidianeidad que construyen y les afecta), objetivos y tareas que los nuclean y articulan, una historia que los refiere, una cierta temporalidad construida colectivamente.

Seguro que respecto a enfoques y definiciones hay mucho para discutir en cuanto a los mejores modos de precisar el campo de la intervención. Más que dificultad epistemológica nos parece un profundo tema político, en tanto podemos dar por sentado que esos espacios y esas personas con las que trabajamos desde una propuesta comunitaria, psico-social, de educación popular u otros son de por sí lo que nuestros campos

¹ Ver Pichón Rivière, E. (1985). *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión.

disciplinares o subdisciplinares quieren que sean. En realidad, lo central es la postura axiológica e ideológica desde la cual nos instalamos, cómo definimos nuestro objeto-sujeto de trabajo y la intervención *con* él.

Desde nuestro posicionamiento, trabajar con la Comunidad supone pensar con el Otro, desnaturalizar sus condiciones de existencia y hacer conciencia con ese Otro de las procedencias de los aconteceres de la vida cotidiana. Los cambios a los que apostamos suponen una co-construcción en la que la intervención es entonces un proceso de empoderamiento (Rebellato, 2000).

Trabajamos con la Comunidad en el fortalecimiento de sus capacidades, apostando a co-construir concepciones distintas de sí mismos alienados, sumisos a una cierta postura hegemónica dominante y dominadora.

La práctica nos lleva a reflexionar acerca de las dimensiones contenidas en ella y, de esta manera, apropiarnos del significado e influencia del encuadre internalizado. De-construirlo en tanto proceso, elaborando ansiedades en él contenidas, flexibilizando en la praxis las invariables, atendiendo a lo inmanente de cada situación, elaborando estrategias particulares desde una postura crítica.

“Hace falta la valentía del renunciamiento a las certezas para poder disponerse a pensar en situación, para hacerle lugar a la inmanencia


con toda su carga creadora” (Ferrara, 2003: 82).

Cada estrategia es entonces un problema a formular, para lo cual contamos con una serie de herramientas conceptuales y técnicas. Resulta necesario poder pensar a estas últimas como instrumentos y no como fin en sí mismas.

(...) Alguien –el técnico– a la manera de un prestidigitador conoce sus alcances, efectos y consecuencias y consecuentemente aplica la técnica, buscando el efecto esperado y esto lo sabe cualquier técnico consciente o inconscientemente. Toda técnica es en sí misma anticipatoria, anticipa un campo fenoménico, a-prioriza y reduce a sus esperados efectos el campo de intervención. En esto radica su violencia, la imposición (“aplicación”) de su orden a las realidades que manipula (Raggio, 1999).

Desde nuestra perspectiva, y como ya mencionamos, el trabajo comunitario supone siempre un posicionamiento político comprometido, que apuesta a cambios sociales con el fin de mejorar la calidad de vida, transformándola para y con los sujetos-objetos de nuestra intervención. Como decíamos en otros textos:

En estos tiempos actuales, donde algunos hablan de globalización en forma indiscriminada, y en realidad lo globalizado es una lógica de



mercado, dominada por un conjunto de capitales financieros transnacionales. Donde la brecha ricos-pobres se acentúa, remarcando todas las otras brechas signadas por la dominación. Donde nuevos problemas plantean desafíos a nuestras ideas y prácticas. En estos tiempos, resulta urgente integrar herramientas e ideas originales acordes a nuestros contextos, para producir con otros/as los caminos hacia mejores tiempos (...) e importa deconstruir demandas y tareas, producir conocimiento y acción desde y en la vida cotidiana, que desde la diversidad y similitud de nuestras historias, hacen a proyectos comunes aún por realizar y siempre por potenciar (Viera, 2008: 29).

Desde una dimensión ontológica, como lo propone Montero (1984), la Psicología Comunitaria no trabaja con sujetos sino con Actores Sociales, haciendo hincapié de esta forma en el rol activo de la población para los procesos de cambio.² Compartimos con Dabas (2001) que el Actor Social es toda aquella persona o grupo capaz de transformar de forma activa su entorno, al tiempo

² En el sentido que reflexionamos en el texto sobre los posicionamientos teóricos e ideológicos cabe considerar planteos y problematizaciones de la autora citada en diversos momentos históricos, influidos claramente en cuanto al contexto socio-político de su país, Venezuela, y su implicación ante esos procesos.

que, en este proceso, logra su propia transformación.

Una intervención que propone tomar en cuenta los procesos de concientización y desideologización como estrategia privilegiada. Tomando aportes de Freire (1963, 1967) y Martín-Baró³ hablamos de *concientización*, en el sentido de cuestionar y problematizar junto con la comunidad el por qué de sus condiciones de vida apostando a la *des-naturalización* de las mismas. Asimismo, trabajamos con la *des-ideologización*, promoviendo la visualización de las relaciones de poder implícitas en tales condiciones, abriendo visibilidad en cómo éstas operan en tanto obstaculizadoras, resistentes a cambios necesarios y posibles.

Una intervención que propone trabajar con la metodología de investigación-acción-participativa⁴ en el marco de lo posible y que, por tanto:

³ Ver entre otros: Martín-Baró, I. (1985). "De la conciencia religiosa a la conciencia política". *Boletín de Psicología de El Salvador* 4, (16), pp. 72-82.; (1985). "La desideologización como aporte de la psicología social al desarrollo de la democracia en Latinoamérica". *Boletín de la AVEPSO (Venezuela)* 8, (3), pp. 3-9.; (1986). "Hacia una psicología de la liberación". *Boletín de Psicología de El Salvador* 5, (22), pp. 219-31.

⁴ Ver: Fals Borda, O. (1967). Ciencia y Compromiso. En *ECO Revista de la Cultura de Occidente*, Tomo XVI/2, (92), Bogotá, diciembre de 1967, pp. 181-200; (1978). "Por la praxis: el problema de cómo investigar la realidad para transformarla". En *Simpósio Mundial de Cartagena, Crítica y política en ciencias sociales*, Bogotá, Punta de Lanza-Universidad de Los Andes, Vol. I, pp. 209-249; (1980). "La ciencia

- desafía a respetar tiempos y procesos diversos de los implicados;
- negociar saberes y corrernos del lugar de los expertos que deben decir “lo que hay y lo que se debe hacer”;
- soportar y sostener las contradicciones que se presentan en el trabajo y las diversas actitudes frente a él;
- tomar distancia, pero en un sentido posible que nunca es el “óptimo”;
- contener las propias elucidaciones para facilitar elucidaciones conjuntas;
- construir cambios con los actores sin dejarnos tentar por nuestros autodiagnósticos;
- acompañar un proceso hasta aceptar el momento en que debemos partir, asumiendo incluso como un buen proceso el que la organización, grupo o comunidad no recuerden o reconozcan nuestras

y el pueblo: nuevas reflexiones sobre la investigación-acción. En *Asociación Colombiana de Sociología. La sociología en Colombia: balance y perspectivas, Memoria del Tercer Congreso Nacional de Sociología*, Bogotá, 20-22 de agosto de 1980, pp. 149-174; (1986). “La investigación-acción participativa: Política y epistemología”. En Camacho G. (ed.). *La Colombia de hoy*. Bogotá: Cerec, pp. 21-38; Fals Borda et al. (1981). *Investigación participativa y praxis rural*, Lima: Mosca Azul; *Aspectos teóricos da pesquisa participante*. En Brandao, C. (ed.). (1981). *Pesquisa Participante*. Sao Paulo: Brasiliense.

contribuciones y se conecten fundamentalmente con el aporte y acción colectiva que fueron construyendo;


- contribuir desde un rol habilitante a la emergencia de situaciones transformadoras de todos los actores involucrados;
- de-construir para ayudar a construcciones siempre situacionales y siempre propias y apropiadas por los agentes con quienes trabajamos.

En este sentido, una búsqueda constante y un aprendizaje continuo, donde como decía Freire (1971), “nadie educa a nadie, nadie se educa solo”.

Cada encuentro con el Otro, con los Otros/as es una negociación de símbolos, valores, estereotipos, etc. De ese encuentro surgen nuevos aspectos que resultan fundamentales evaluar en el colectivo, algo de lo que la investigación participativa de Fals Borda planteaba y que Freire completa desde su planteo del *diálogo* como herramienta revolucionaria:

¿Cómo puedo dialogar, si alieno la ignorancia, esto es, si la veo siempre en el otro, nunca en mí?

¿Cómo puedo dialogar, si me admito como un hombre diferente, virtuoso por herencia, frente a los otros, meros objetos en quienes no reconozco otros ‘yo’?



¿Cómo puedo dialogar, si me siento participante de un ‘ghetto’ de hombres puros, dueños de la verdad y del saber, para quien todos los que están fuera son ‘esa gente’ o son ‘nativos inferiores’?

¿Cómo puedo dialogar, si parto de que la pronunciación del mundo es tarea de hombres selectos y que la presencia de las masas en la historia es síntoma de su deterioro, el cual debo evitar?

¿Cómo puedo dialogar, si me cierro a la contribución de los otros, la cual jamás reconozco y hasta me siento ofendido con ella?

¿Cómo puedo dialogar, si temo la superación y si, sólo en pensar en ella, sufro y desfallezco?

(...)

En este lugar de encuentro, no hay ignorantes absolutos ni sabios absolutos: hay hombres que, en comunicación, buscan saber más” (Freire, 1971: 91).

Construir diálogo implica estar atentos/as a nuestras pre-nociones, a las teorías sobre la realidad y no desde y con la realidad, romper mitos y/o matrices de pensamiento que juegan en todos nosotros, de diversas formas y con distintas intensidades, sin caer en el idealismo de que ningún vicio cultural-ideológico se nos va a “colar”. Saber que la mejor medida contra ello es que la tarea sea de verdad colectiva en análisis y evaluaciones.

Algunos autores hablan de las “cegueras de segundo orden”⁵, aquellas que desde nuestro marco social, cultural, ideológico impiden que ciertos fenómenos o situaciones entren dentro de los márgenes de nuestra visibilidad. Si apostamos a procesos de emancipación (liberación) colectivos, importa constantemente estar atentos/as a cuestionar lo dado, a concebir múltiples formas de hacer, sentir y pensar sin considerar una sola como la válida. Enfrentar al pensamiento único, no importa cuan reaccionario o progresista éste sea.

En muchas referencias a veces se habla de la “función bombero” respecto a la intervención psicosocial, algo así como ir a apagar los incendios que ciertas lógicas provocan. No se trata de apaciguar o mitigar los daños de un sistema injusto, sino de ayudar a cambiarlo. Eso sí, sin incrementar “fuegos” en forma inocente, cosa que el único efecto resultante sea nuestra satisfacción ideológica personal y los quemados de siempre resulten más quemados aún. Saber de dónde provienen los “incendios”, pero sin dejar que el fuego desbaste lo que se viene quemando.

Apostar a las transformaciones desde la apropiación por la gente

⁵ Ver Von Foerster, Heinz & Bateson, G. En Schnitman, F. (1995). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, Buenos Aires: Paidós, pp. 91-113.

de la necesidad de transformaciones y no porque nosotros/as creamos necesaria y válida un tipo de transformación.

Lo que aparece, lo que se muestra, tiene una historia, un conjunto de procedencias que sustentan esa aparición.⁶⁽⁶⁾ De ello, trabajar con una postura genealógica ante los acontecimientos en los que estamos interviniendo, para re-construir con los actores el tiempo efectivo de su cotidianeidad.

Capacidades para la intervención


Fundamentalmente la sensibilidad necesaria y el respeto para con los Otros como Otros y no como “población afectada” o “necesitada”.

Apertura para aprender y transformarse en la misma intervención, sin manuales previos que establecen cómo se debe actuar, pero sí con planes tácticos y estratégicos que apuntan a la mejora en las condiciones actuales y la transformación de las situaciones causales de dichas condiciones.

⁶ En Uruguay un presidente decía que dejáramos de tener “los ojos en la nuca” (no mirar el pasado y dejar de considerar todas las infamias cometidas por la dictadura militar); un indio guaraní decía algo así como “ustedes los blanquitos son bastante sonsos, pasan mirando al futuro sin darse cuenta que lo único que existe es el pasado”.

Una anécdota

Cuenta un grupo de antropólogos que intervenían en una Comunidad X. Una de las características de esta Comunidad era que debían ir a buscar el agua a una importante distancia de sus viviendas. En forma rotativa todos los miembros de la comunidad hacían este trayecto. Los técnicos se proponían realizar una observación de la Comunidad y su cotidianeidad sin intervenir para nada en ella. La idea era registrar los “mundos de vida” tal como se presentaban. Estuvieron con esta Comunidad un año y, de acuerdo a sus evaluaciones, lograron respetar todas las costumbres tal y como aparecían sin incidir para nada en dicha cotidianeidad. Un poco antes de que este equipo partiera del lugar, a uno de los antropólogos un niño fue a traerle agua para ducharse antes del viaje. Emocionado por el tiempo vivido en la Comunidad, por el viaje próximo y por el gesto amable del niño, al antropólogo se le ocurrió darle “una propina”, un regalo como agradecimiento. Pasaron los años, los antropólogos se fueron; cuando volvieron la comunidad se había desorganizado totalmente en aquellas tareas colectivas cooperativas. ¿Qué había pasado? Aquello que era habitual en la comunidad, un acto colectivo de rotar en la búsqueda del agua para todos, se había vuelto un



bien de cambio. Quienes iban querían obtener algo a cambio de ello, generándose todo tipo de conflictos y competencias.

¿Para que agregar más?

Un ámbito de intervención. Intervención en catástrofes, emergencia social y violencia política

Vivimos en un continente donde continuamente se viven situaciones de catástrofe, muchas de ellas endémicas, pero que no por eso dejan de ser catastróficas (hambre, miseria, etc.). Vivimos en países donde la pobreza, el desempleo, la discriminación de género, niños adolescentes y adultos en situación de calle, violencia doméstica, cárceles desbordadas espacial y jurídicamente, etc. se naturalizan, se vuelven parte de lo que tocó en suerte y éstas son, para nosotros, catástrofes cotidianas que ya ni consideramos como tales en tanto se constituyen e internalizan como parte del paisaje habitual de nuestros mundos de vida.

Los derechos humanos –no sólo singulares, sino colectivos y de pueblos– siguen siendo una constante búsqueda de concreta y real efectivización, más allá de que existan múltiples acuerdos firmados que enunciativamente dicen que se va a cumplir lo que no se cumple. Es necesario incluso reflexionar sobre la universalidad excluyente de ellos:

¿Desde qué lógica se enunciaron? ¿Bajo qué supuestos implícitos? ¿Desde que sistema socio-político-económico?

En esa línea de interrogación podríamos preguntarnos qué sucede con lo que pasó en nuestros países. Las dictaduras, los terrorismos de estado vividos en nuestro continente han dejado hondas huellas, traumas psico-sociales que es necesario seguir trabajando, aportando desde nuestra especificidad, tanto en el proceso de reconstrucción de las memorias e identidades colectivas, como en el logro de elaboraciones sociales y psicológicas sostenidas en la justicia y la reparación de las heridas que siguen abiertas y, a veces, se expresan en las formas posibles que el silencio y lo forcluido permiten. El tiempo histórico no es lineal, es un tiempo complejo y genealógico. Aquel pasado es presente y actúa en hechos y circunstancias no siempre comprendidas. Mucha tarea tenemos para intentar elucidar esas eficacias del pasado del terror en nuestros presentes de post-transiciones democráticas.

Intervención política. Política de la intervención

Nuestra intervención es política en el más profundo sentido del término y, tanto por acción como por omisión, contribuimos desde un cierto poder legitimado a la instauración

de normalidades y alienaciones en la sociedad en la que vivimos, nos construye y construimos. Martín-Baró planteaba: “El ideal no consiste en buscar la asepsia a toda costa, cuanto en tratar de adecuar el propio quehacer científico a los valores por los que uno opta en la vida...” (Martín-Baró, 1983: 45-46).

Valores que siempre están en nuestras prácticas, implícita o explícitamente. Las teorías que suscribimos, las metodologías que elegimos aplicar, el recorte de la realidad sobre el que posamos la mirada y la acción, los objetivos que nos planteamos, en fin, nuestro quehacer científico produce y es producido desde cierta subjetividad y, por ello, la tarea de problematización que hacemos frente a las situaciones con las que trabajamos deben incluir la problematización sobre nuestros propias opciones de intervención.


(...) Un racionalista amaestrado será obediente a la imagen mental de su amo, se conformará a los criterios de argumentación que ha aprendido, se adherirá a esos criterios sin importar la confusión en la que se encuentre y será completamente incapaz de darse cuenta de que aquello que él considera como la voz de la razón no es sino un post-efecto causal del entrenamiento que ha recibido; será muy inhábil para descubrir que la llamada de la razón a la que sucumbe con tanta facilidad, no es

otra cosa que una maniobra política (Feyerabend, 1981: 9).

Las formas de afrontamiento con catástrofes y emergencias, en demasiados casos, han sido improvisadas, sin articulación ni planificación concreta y con muy poco cuidado al personal que actúa en estas situaciones (bomberos, policías, enfermeras, etc.). En varias de las tareas que hemos realizado en situaciones de emergencia y/o catástrofe, comprobamos una reacción inmediata, casi “natural” de la comunidad que responde con solidaridad y compromiso por el otro, pero también generando a veces conductas de riesgo para la propia vida, para el otro y/o para la acción planificada de salvataje o apoyo. Las instituciones, asimismo, articulan sus saberes y prácticas en la urgencia, constituyen una red transitoria para responder a la situación emergente. Luego, poco a poco, y a medida que la situación comienza a normalizarse, vuelven a sus lógicas de instituciones completas con poca o ninguna articulación entre ellas. Algo similar puede pasar con los miembros de la comunidad.⁷

- Estuvo bien bueno lo que hicimos, respondimos rápido y todos

⁷ En Uruguay se han realizado importantes esfuerzos para articular acciones a través del Sistema Nacional de Emergencia y las diversas instituciones implicadas, apuntando no sólo a la intervención ante el hecho consumado sino a acciones de prevención posibles.



juntos, pero es difícil sostener esa integración en el día a día.

En varias intervenciones hemos escuchado planteos como éstos.

Resulta fundamental para la intervención en catástrofes considerar la cultura o culturas del contexto en que se actúa e intentar incidir en la reflexión sobre dicha cultura. Construir transformaciones posibles que permitan no sólo afrontar los efectos mediatos e inmediatos de la situación vivida, sino prevenir y producir acciones de afrontamiento de los riesgos y las vulnerabilidades. Estamos hablando de un posicionamiento en la intervención que define la particularización de ella ante cada cultura, cada contexto, cada singularidad.⁸ Buscar con los colectivos con los que trabajamos identificar los aspectos relevantes y priorizados en sus contextos, y las transformaciones posibles y necesarias para un mejor afrontamiento de la situación vivida y otras eventuales futuras.

Nos parece importante explicitar algunos preceptos básicos que confluyen en este enfoque de la tarea:

- pensamos a las catástrofes como situaciones que, en muchos casos, si bien iniciadas por eventos de la naturaleza, generan siempre situaciones que son sociales, culturales y,

en ese sentido, se convierten en catástrofe. Cuando se derrumba una montaña o cerro o morro sobre un conjunto de viviendas matando o dejando sin techo a muchas víctimas, ¿por qué esas viviendas estaban en ese lugar?, ¿cuáles eran las condiciones de seguridad de esas viviendas? (...)

En todos los casos nos parece sustancial hacer esas preguntas con el colectivo en un cierto proceso que podríamos llamar, parafraseando a Freire y Martín-Baró, de concientización. Sólo en tanto las víctimas⁹⁽⁹⁾ se hacen esas y otras preguntas y pueden de-construir el proceso que las ubicó en tal posición, pueden construir alternativas diversas a la constante vulnerabilidad.

- Cuando hablamos de vulnerabilidad preferimos hablar de procesos de vulneración, registrando la construcción socio-histórica, política y cultural de

⁸ No hay manuales o protocolos absolutos sin importar qué cultura o contexto.


⁹ Franz Hinkelammert habla del sistema capitalista como un sistema productor de víctimas. Ver entre otros: (1983). *Dialéctica del desarrollo desigual*. San José, Costa Rica: Ed. Universitaria Centroamericana; (1978). *Las armas ideológicas de la muerte*. España: Ed. Sígueme; (1978). *Democracia y totalitarismo*. San José, Costa Rica: DEI; (1984). *Crítica a la razón utópica*. San José, Costa Rica: DEI; (2009). “La crítica de la economía política, la crítica de la religión y el humanismo de la Praxis; (1998). “El proceso de globalización y los derechos humanos: la vuelta del sujeto”.

dicho estado, que no es tal sino un devenir con pasado, presente y también futuro.

- Consideramos importante resaltar el carácter de sobreviviente de los sujetos que vivieron las catástrofes, en tanto el papel activo y vital que esto implica. Actores sociales y no agentes pasivos de la situación vivida y de la propia intervención que trata de apoyarlos.
- Importa estar atentos a no filtrar desde una posición cultural, ideológica, teórica los datos y conocimientos que se adquieren en el trabajo con las comunidades. Para ello, la mejor herramienta es tratar de ser fiel a los encuentros con la gente, considerando, como decía Freire, que nadie educa a nadie, pero que tampoco nadie se educa solo; todos y todas tenemos para enseñar y aprender en un proceso que Pichón Riviére llamaba de “enseñaje”.
- Contradicciones múltiples se generan entre el organismo u organismos que contratan la tarea de intervención psico-social y las necesidades concretas de las comunidades. Contradicciones que siempre están en cualquier tarea y que pueden ser motor de acción, en tanto nos permitamos aceptarlas y asumirlas como parte de las

lógicas de cualquier intervención. Es más, como parte de la vida, pues vivimos con contradicciones y eso promueve acción para resolverlas, afrontarlas, conocerlas.

- Dar cuenta pero no haciendo de cuenta, sino construyendo caminos viables de transformación de las situaciones en las que actuamos.
- Análisis de viabilidad de las acciones posibles, demasiadas experiencias han contribuido a fortalecer en las comunidades un sentimiento de “más de lo mismo”. Más vale una acción pequeña y posible que grandes proyectos o inicios de acciones con un desarrollo abandonico final. Muchas promesas reciben los oprimidos, las comunidades explotadas, como para que nosotros actuemos reforzando ese sentimiento de nada es posible o todo es mentira.
- Aprender a reconocer los detalles importantes, relaciones y significados. El respeto a la diversidad y a las múltiples formas posibles de ser y hacer permiten ponerse lentes adecuados para registrar detalles y articulaciones entre ellos.
- Para el uso y la elección de esos lentes, resulta sustancial trabajar en conexión con agentes comunitarios que permitan



entender y significar aspectos observados o invisibilizados; en ese sentido, los líderes locales son figuras pertinentes e importantes, pero importa también no quedar atrapados en ese discurso. Saber que existen otros discursos que no siempre son registrados por dichos líderes, y también que los discursos no pasan sólo y únicamente por lo verbal; los espacios hablan si sabemos escucharlos.

- Tomar en cuenta que la realidad es una construcción social e histórica y que, como tal, existen intereses diversos para construirla y definirla de ciertas maneras. Confrontar datos y hechos, observar los movimientos y cambios, investigar sobre las procedencias de la realidad actual y visible.¹⁰
- Apostar a transformar y no sólo a mitigar el sufrimiento. Saber que si nuestra apuesta en la intervención se reduce exclusivamente a aliviar síntomas sin considerar los procesos de traumatización, la situación se manifestará tarde o temprano de otra manera.
- Intervenir con un enfoque liberador.¹¹

¹⁰ Seguimos en estos planteos perspectivas como la propuesta genealógica de Michel Foucault y el construccionismo de Berger y Luckmann.

¹¹ Cuando referimos a enfoque liberador estamos hablando básicamente de planteos sus-

- Trabajar con el colectivo para construir conceptos colectivos sobre la vida digna.
- Lo colectivo y las diversidades como herramienta central para hacer y evaluar los haceres.

Otras herramientas contribuyen al enfoque que pretendemos darle a las intervenciones en catástrofe y emergencia social:

- la des-ideologización de discursos, acciones y mitos singulares y colectivos sobre el hecho, sus causas, sus circunstancias y sus efectos;
- la desnaturalización del conjunto de situaciones implicadas en él, o sea, cuestionar el sentido común que diagnostica y pronostica realidades;
- la investigación-acción-participativa como intento metodológico para instancias posteriores a la urgencia...

En fin, un conjunto de herramientas sustentadas en la Psicología de la Liberación y, por ende, de una Psicología Política Latinoamericana siempre construyéndose y que pensamos tiene mucho para aportar en este ámbito de intervención.

tentados y propuestos por Freire, Martín-Baró, Rebellato entre otros autores y con el cual desarrollamos las propuestas de esta contribución.

Sintetizando

Diríamos entonces que aspectos centrales a tomar en cuenta para una intervención ética con las comunidades pasan por:

- fidelidad y compromiso con los enfoques teóricos definidos concientemente.
- Opción ética, estética y técnica por los más desfavorecidos y por las transformaciones necesarias.
- Construcción de saberes del encuentro, siempre diversos y siempre posibles.
- Visibilización de otros mundos posibles y necesarios.
- Respeto a las diversidades culturales y a la capacidad de articular experiencias.
- Capacidad para construir redes de denuncia, acción y trabajo de equipo; no trabajo en equipo o equipo de trabajo (Viera, 2007).
- Análisis crítico constante de las acciones, de la realidad y de nosotros mismos como cooperantes en las prácticas.

Ni el papel de benefactor, ni el de experto, ni el de vocero, ni el de ser un poblador más parecen adecuarse a los intentos de hacer una psicología transformadora, el desafío es entonces transformarse en agentes concientes y críticos del proceso de cambio.

Nada más, ni nada menos.

Bibliografía

- Dabas, E. (2001). *Redes de Redes: las Prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Fals Borda, O. (diciembre de 1967). "Ciencia y Compromiso". En *ECO Revista de la Cultura de Occidente*, Tomo XVI/2, (92). Bogotá, pp. 181-200.
- _____ (1972). *Causa Popular. Ciencia Popular* (con Víctor Daniel Bonilla, Gonzalo Castillo Cárdenas y Augusto Libreros), Bogotá: La Rosca.
- _____ (1978). Por la praxis: el problema de cómo investigar la realidad para transformarla. En *Simposio Mundial de Cartagena. Crítica y política en ciencias sociales*. Bogotá: Punta de Lanza-Universidad de Los Andes, vol. I, pp. 209-249.
- _____ (20-22 de agosto de 1980). La ciencia y el pueblo: nuevas reflexiones sobre la investigación-acción. En *Asociación Colombiana de Sociología. La sociología en Colombia: balance y perspectivas. Memoria del Tercer Congreso Nacional de Sociología*. Bogotá, pp. 149-174.
- _____ (1981). Investigación participativa y praxis rural. Lima: Mosca Azul.
- _____ (1981). "Aspectos teóricos da pesquisa participante". En Brandao. C. (ed.). (1981). *Pesquisa Participante*. Sao Paulo: Brasiliense.
- _____ (1986). *Conocimiento y Poder Popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia*. Bogotá: Siglo XXI.
- _____ (1986). "La investigación-acción participativa: Política y epistemología". En Camacho Álvaro G. (ed.). *La Colombia de hoy*. Bogotá: Cerec, pp. 21-38.
- Ferrara, Fco. (2003). *Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad*. Buenos Aires: Ed. La Rosa Blindada.
- Feyerabend, P. (1981). *Tratado contra el método*. Madrid: Ed. Tecnos.

- Freire, P. (1963). "Alfabetização e Conscientização: uma nova visão do processo. Estudos Universitários". *Revista de Cultura da Universidade de Recife*, (4) abr./jun.
- _____. (1967). *Educação como Prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- _____. (1971). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva.
- Hinkelammert, F. (1978). *Las armas ideológicas de la muerte*. España: Ed. Sígueme.
- _____. (1978). *Democracia y totalitarismo*. San José, Costa Rica: DEI.
- _____. (1983). *Dialéctica del desarrollo desigual*. San José, Costa Rica: Ed. Universitaria Centroamericana.
- _____. (1984). *Crítica a la razón utópica*. San José, Costa Rica: DEI.
- Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología: psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA editores.
- _____. (1985). "De la conciencia religiosa a la conciencia política". *Boletín de Psicología de El Salvador* 4, (16), pp. 72-82.
- _____. (1985). "La desideologización como aporte de la psicología social al desarrollo de la democracia en Latinoamérica". *Boletín de la AVEPSO*, 8, (3). Venezuela, pp. 3-9.
- _____. (1986). "Hacia una psicología de la liberación". *Boletín de Psicología de El Salvador* 5, (22), pp. 219-31.
- _____. (1988). "Hacia una Psicología Política Latinoamericana". *Conferencia XIII Congreso Colombiano de Psicología*. Bogotá.
- _____. (1989). *Sistema, grupo y poder: psicología social desde Centroamérica II*. San Salvador: UCA editores.
- _____. (1990). "Retos y perspectivas de la Psicología Latinoamericana". En Pacheco, G. y Jiménez, B. (edit.). (1990). *Ignacio Martín-Baró. Psicología de la liberación para América Latina*. Universidad de Guadalajara. Guadalajara: ITE-SO, pp. 51-79.
- _____. (1995). "Procesos psíquicos y poder". En Montero, M. (ed.). (1995). *Psicología de la acción política*. Barcelona: Paidós.
- Montero, M. (1984). "La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. En *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 16, (3). Caracas.
- _____. (ed.). (1987). *Psicología política latinoamericana*. Caracas: Panapo.
- Raggio, A. (1999). "Por una ética de la intervención. Notas acerca de la dimensión ética de nuestras prácticas". En *Comunidad: clínica y complejidad*. Montevideo: Multiplicidades.
- Rebellato, J. L. (1989). *Ética y práctica social*. Montevideo: EPPAL.
- _____. (1995). *La encrucijada de la ética. Neoliberalismo, conflicto Norte-Sur, liberación*, Montevideo: Nordan.
- _____. (2000). *Ética de la liberación*. Montevideo: Nordan.
- Viera, Edo & Loarcho, G. (2006). "Catástrofe y trauma psicosocial: experiencia de apoyo a la comunidad de Young". En *VII Jornadas de la Psicología Universitaria en el Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República Oriental del Uruguay.
- Viera, Edo. (2007). "Equipo de trabajo, trabajo de equipo. Actitudes psicológicas para el trabajo en equipo". En Pimienta, M. (comp.). (2007). *Construyendo Aprendizajes*, tomo 2. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Uruguay: Argos, ediciones alternativas.
- _____. (Febrero, 2008). "Camino hacia psicologías latinoamericanas. Psicología sin Fronteras. Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria. 3, (1). Argentina, pp. 27-32.
- Von Foerster, H. & Bateson, G. En Schnitman, F. (1995). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, pp. 91-113.



Optativa UDA APEX Cerro: Manejo básico en el uso problemático de drogas ilegales y alcohol Curso optativo de la carrera de doctor en medicina

BASIC OPERATION IN PROBLEMATIC USE OF ILLEGAL
DRUGS AND ALCOHOL
OPTIONAL UDA APEX CERRO

Ana Iris Kemayd Rotta

Lorena Quintana

Joseli Otegui

Hortencia Villamor

Palabras claves: Carrera de Medicina, Plan de Estudios, Facultad de Medicina, Optativa.

Keywords: Medical Career, Curriculum, Faculty of Medicine, Optional.

Resumen

El trabajo que se presenta pretende socializar así como difundir la primera optativa diseñada desde la Unidad Docente Asistencial, Uda Apex Cerro.

Partiendo de las necesidades de los futuros médicos en lograr créditos desde optativas y electivas para conformar su currículo, y valorando también la importancia de ofertar formación en aspectos fundamentales vinculados a la realidad en salud comunitaria a la que se enfrenta hoy el futuro profesional de la salud, nuestra Uda Apex Cerro presenta, en esta comunicación, la fundamentación y programa de su primera optativa aprobada por el Consejo de Facultad de Medicina, con la pretensión de aportar y seguir pensando la tarea de la formación de nuestros pregrados.

Abstract

The work presented aims to socialize and spread, the first elective designed from the Teaching Care Unit, Cerro Apex Uda.

Based on the needs of future physicians to achieve credits from electives and electives to shape their curriculum, and valuing the importance of offering training in fundamental aspects related to community health reality which now faces the future healthcare, our Uda Apex Cerro presents, in this communication, the foundation and its first optional program approved by the Board of Faculty of Medicine, with the aim to provide and keep thinking about the task of training our undergraduate.

Introducción

Con fecha 6 de octubre del 2008 se promulgó la Ley N° 18.362 de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al ejercicio 2007, que en su artículo 487 asigna los recursos necesarios para el funcionamiento del “**Programa para la formación y fortalecimiento de los recursos humanos de los prestadores públicos de servicios de salud**”.

El citado programa se proponía fortalecer las funciones docentes asistenciales en aquellas disciplinas, de la carrera de Medicina y de las Escuelas, valoradas como centrales para el cambio de modelo de atención en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), así como aquellas disciplinas que son actualmente demandadas por el sistema.

El Sub programa Unidades Docentes Asistenciales (UDA) se propone profundizar la interacción de los recursos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y la Facultad de Medicina con la finalidad de avanzar en la formación de recursos humanos, la atención a la salud y

la producción de conocimiento para el SNIS.

Y surge así nuestra **Unidad Docente Asistencial (UDA) Apex-Cerro**, como una propuesta de trabajo conjunto entre el Programa Apex-Cerro, la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública con el objetivo de avanzar en la inserción de la Universidad en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Es a partir de abril del 2010 que nuestra **Uda Apex Cerro: optimizando el SNIS**, con base territorial en los zonales 17 y parte del zonal 14, Municipio A, comienza a desarrollar su trabajo, en seis comunidades, a saber: **Santa Catalina** (RAP ASSE), **Tito Borjas** (COMUNTARIA), **COVICENOVA** (Comunitaria), **Casa de Mario** (RAP ASSE), **Ponce de León** (RAP ASSE) y **Capitán Polonio** (RAP ASSE), teniendo cada una de éstas la dependencia asistencial antes mencionada, siendo receptora desde el comienzo de los nuevos ciclos del plan de estudios: Ciclo Básico Clínico Comunitario, sumándose posteriormente los estudiantes del Ciclo de Introducción a la Medicina General e Integral (CIMGI) a los ciclos ya existentes (Ciclo Introductorio, Ciclipa 2).

Con la creditización de las carreras universitarias de nuestra UdelaR, el total de créditos asignados a la carrera de Doctor en Medicina es de 741, debiéndose obtener un 10% de los mismos por materias optativas.

Es a este fin que nuestra Uda Apex Cerro priorizó el generar una optativa con el propósito de que los estudiantes de nuestra Facultad de Medicina puedan optar, al complementar sus estudios, por profundizar su formación en el manejo básico del uso problemático de drogas ilegales y alcohol.

En la preparación de estos cursos electivos-optativos es fundamental el tener en cuenta algunos elementos definidos en el Plan de Estudios y el Reglamento de Cursos y Exámenes de la Facultad de Medicina.¹

Antecedentes del Plan de Estudios

El plan de estudios define que en la Carrera de Medicina se adopta un régimen de créditos que contempla las actividades escolares, las optativas, así como las de investigación y extensión.

Pueden realizarse actividades docentes por disciplina en forma de cursos optativos, los cuales también deben creditizarse y han sido reglamentados como electivos.


¹ Documento de la Comisión de Plan de Estudios. DEM. Facultad de Medicina. 9 de Diciembre del 2010.

También se creditizarán las actividades de extensión e investigación (concurso de grado 1), tareas de investigación en equipos (tomado del Plan de Estudios de la Facultad de Medicina).

Nos parece fundamental citar del Reglamento de Cursos y Exámenes de la Facultad de Medicina, los siguientes artículos:

8.2 “Existe otro conjunto de actividades denominadas Cursos Electivos. En el marco de la concepción del estudiante Universitario como ser integral e interventor de su propio proceso de aprendizaje, el estudiante podrá elegir Cursos Electivos, los cuales permitirán bien la profundización en aspectos específicos de la formación biomédica, clínica o ética, o bien la incursión del estudiante en otras áreas del conocimiento diferentes a las ciencias de la salud, con el fin estimular la creatividad y el crecimiento personal. Para cumplir con los requisitos mínimos en créditos establecidos en el Plan de Estudios, los estudiantes deberán obtener créditos mediante la realización de alguno de estos cursos”.

8.3 “Los Cursos Electivos podrán realizarse en la Facultad de Medicina o en otras instituciones, siempre y cuando sean acreditados por una Comisión específica de la Facultad de Medicina creada a estos efectos” (Reglamento de Cursos y Exámenes de Facultad de Medicina).



En cuanto a las disposiciones administrativas generales, es importante resaltar que:

C.1 “A los efectos de sistematizar la información para Reválidas, los Programas de los diferentes cursos deberán ser entregados a la Sección Bedelía en forma impresa, firmados y sellados por el Coordinador correspondiente y en formato electrónico antes del inicio de cada curso.”

Los mismos deberán incluir:

1. objetivo del módulo,
2. detalle temático y bibliografía,
3. carga horaria,
4. metodología de enseñanza,
5. procedimiento de evaluación que se empleará para su aprobación,
6. número de créditos correspondientes,
7. pre-requisitos exigidos o recomendados para cursar y aprobar.

Se vuelve entonces fundamental citar, según nuestra Universidad de la República, algunas definiciones:

Crédito: Unidad de medida del avance de la carrera. Esta unidad se define en base a las horas de trabajo efectivo necesarias para la adecuada asimilación de los conocimientos mínimos que se pretende adquirir en un módulo o asignatura, incluyendo el trabajo en clase (teórico o práctico) y el trabajo de estudio fuera de las

horas de clase. Un crédito corresponde a 15 horas de trabajo.

Tomando en cuenta estos antecedentes, se propone que las distintas disciplinas, departamentos o institutos, sugieran cursos electivos por disciplina o multidisciplinarios que consideren los antecedentes previos y que contengan los siguientes elementos:

- Objetivos educacionales del curso electivo.
- En qué línea del plan participa y cuál es su pertinencia para el nuevo plan de estudio.
- Objetivos específicos.
- Detalle temático y bibliografía.
- Docentes responsables.
- Carga horaria discriminada (debe corresponder como mínimo a 60 horas total).
- Fechas y horarios probables de realización.
- Metodología de enseñanza.
- Procedimiento de evaluación que se empleará para su aprobación.
- Número de créditos correspondientes (no menores de cuatro).
- Público objetivo, pre-requisitos exigidos o recomendados para cursar y aprobar.
- Cupos establecidos (en caso de tener cupos).

La propuesta de curso electivo debe ser elevada a la Comisión de Cursos

Electivos, quien la enviará al Consejo de Facultad para su aprobación.

La Comisión de Cursos Electivos será nombrada por el Consejo de Facultad a propuesta de la Comisión de Plan de Estudios y funcionará en la órbita del Departamento de Educación Médica (DEM). Tendrá a cargo la evaluación de las propuestas de los servicios y el estudio de los créditos a asignar a cada curso electivo, sea interno de Facultad de Medicina o de otro servicio de UdelaR, propuesto por los estudiantes interesados.

Según estos considerandos y como trabajo de un grupo de compañeras de la Uda Apex Cerro surge la siguiente Optativa, aprobada por el Consejo de Facultad con fecha 28 de noviembre del 2012 (resolución N° 62):

Manejo básico en el uso problemático de drogas ilegales y alcohol

Servicio Responsable:

Uda Apex Cerro
Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria
Facultad de Medicina. UdelaR

Docentes responsables:

Prof. Adj. Dra. Ps. Joselí Otegui
Docente Uda Apex-Cerro
Dra. Lorena Quintana
Referente de Adicciones de Asse-Rap
Docente Uda Apex-Cerro
Prof. Agda. Dra. Ana Kemayd
Coordinadora Uda Apex-Cerro
Dra. Hortencia Villamor
Asistente del Dpto. Medicina Preventiva y Social Docente Uda Apex-Cerro

Fundamentación

Durante los últimos 30 años, en América Latina, se ha detectado una mayor prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y el consecuente aumento de las consultas a profesionales de la salud relacionadas con esta conducta.


El informe de Naciones Unidas, a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas,² de abril de 2008, “Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años” establece:

“En términos generales se detecta un mayor nivel de consumo de drogas ilícitas en Argentina, Chile y Uruguay (...). Para las tres drogas estudiadas (marihuana, cocaína, y pasta base) existe un alto número de consumidores que muestran signos de dependencia (clara señal del poder adictivo de estas drogas).”

En un estudio realizado (marzo 2007) en la Emergencia del Hospital Pasteur³ sobre la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y posibles asociaciones entre éste y

² Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión, 2008. Naciones Unidas oficina contra las drogas y el delito.

³ Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes de la emergencia hospital Pasteur, Montevideo. Rev. Psiquiatría. Uruguay. 2009; 73(2):143_156



los motivos de consulta, se establece: “Aproximadamente 10% de las consultas estuvo asociada al consumo de sustancias psicoactivas. Los motivos de ingreso más claramente asociados en los consumidores fueron los accidentes (dos veces más frecuentes), situaciones de violencia (cinco veces más frecuentes) e intentos de autoeliminación (tres veces más frecuentes). En la franja etaria de 15 a 35 años, uno de cada cinco hombres tuvo prueba positiva en orina para marihuana o cocaína”.

Los Usuarios Problemáticos de Drogas presentan problemas referidos a su salud, a la de terceros, a la convivencia, sean o no dependientes. La adicción es un problema grave de salud, pero no es el único derivado de los usos problemáticos. El joven que bebe por primera vez o fuma marihuana por vez primera, y eso es solo una experiencia, tiene un problema de salud y no es un adicto. Esto ya por si solo es un tema de salud comunitaria y APS.

La detección precoz y la incorporación de la prevención en salud sobre estos temas constituye una prioridad en términos de salud pública y no sólo como antesala de los centros especializados en su abordaje. Es necesario entonces señalar que el estigma y la ultraespecialización se combinan para que no se atiendan a tiempo y en comunidad estos problemas que luego pueden cursar como crónicos y van directamente al tercer nivel de atención.

Hay entonces que desnaturalizar y desestigmatizar la mirada de TODO el personal de salud frente a estos problemas complejos. No se trata de crear una nueva política sanitaria, aleccionadora e investigadora, sino de desplegar la educación, la prevención y la detección precoz con intervenciones breves.

Conceptualmente, si planteamos que el consumo de determinadas sustancias va a tener una repercusión negativa sobre la salud del consumidor y a nivel familiar y comunitario, ello deberá reflejarse en las consultas de los profesionales de la salud, con especial énfasis en el primer nivel de atención, siendo ésta la principal puerta de entrada al sistema sanitario.

Si bien en este marco existen centros especializados en el tema, es importante que cada profesional de salud, sobre todo del primer nivel de atención, esté sensible a realizar una primera escucha y un atento diagnóstico oportuno. Estos centros deben ser conocidos por todos los trabajadores de la salud para una correcta derivación del usuario, dado que todo contacto con el sistema de salud es una oportunidad para iniciar el cambio.

Es por ello que consideramos que la formación en Adicciones debe ser una competencia a ser lograda por los futuros médicos tanto como tener una información adecuada de los servicios en nuestro medio, y los

tratamientos comunitarios, herramientas indispensables para una correcta asistencia.

Objetivo general

Brindar herramientas teórico-prácticas y metodológicas en la formación de los futuros médicos en materia de manejo básico en el uso problemático de drogas ilegales y alcohol, con énfasis en las de mayor consumo en nuestro medio y enfoque en tratamiento comunitario.

Objetivos específicos

Brindar información actualizada sobre la situación epidemiológica del consumo de sustancias legales e ilegales en Uruguay y la región.

Capacitar sobre los patrones de consumo de sustancias y sus efectos a nivel biológico, psicológico, familiar y social.

Analizar el rol del profesional médico en el campo de la atención integral del usuario con UPD (Uso Problemático de Drogas) y su integración a equipos de salud multidisciplinarios.

Brindar al estudiante herramientas teórico-prácticas y metodológicas de las actividades de prevención, las diferentes modalidades de tratamiento y la rehabilitación social y laboral.

Describir las estrategias que se realizan en nuestro país a través de la J.N.D. (Junta Nacional de Drogas).

Capacitar al estudiante para que sea un promotor del tema adicciones, tanto a nivel de los diferentes servicios en que transcurre su formación como con sus pares.

Metodología

La optativa comprende **dos módulos**.

Módulo 1

El módulo 1 se desarrollará en nueve encuentros de carácter presencial, de 3 hs. cada uno, donde se brindará el soporte teórico, según programa que se adjunta, en una primera parte de la actividad (40 minutos), pasando luego a discusiones grupales según material bibliográfico previamente suministrado a los estudiantes, culminando con una puesta en común (2 hs.).

Módulo 2

Se desarrollará en base a actividades prácticas, tres actividades de 3 hs. cada una.

Para la implementación del mismo los estudiantes serán divididos en grupos de seis, asignándosele a cada uno de ellos un lugar en el 1er. Nivel de Atención donde poner en práctica el producto generado durante los talleres de discusión (guía de relevamiento).

Calendario

Comienzo: Abril de 2013, lugar a definir Apex Cerro/Alpargatas.

Carga horaria

36 hs.

Modulo 1: nueve encuentros de 3 hs./semanales cada uno.

Modulo 2: dos actividades prácticas de 3 hs. cada uno, un encuentro de evaluación final (3 hs.).

Cupo establecido

30 estudiantes

Deberán tener el Ciclo Introductorio aprobado y ser estudiantes del primer trienio de Facultad de Medicina.

Competencias

Al concluir sus participantes serán capaces de:

- Comprender la epidemiología de las drogas, su significado y clasificación, patrones de consumo, así como las actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación relacionadas con éstas.
- Diseñar, ejecutar y evaluar acciones de promoción y prevención en adicciones a nivel local para fortalecer los servicios del primer nivel de atención.

Evaluación

La aprobación se obtendrá mediante dos componentes:

- asistencia al 80% de los talleres y 100% de las actividades prácticas;
- suficiencia en el análisis de la guía de relevamiento.

Créditos

Horas de teórico y discusión grupal = 36 hs. x 1.5 = 54

Horas prácticas = 9 hs. x 2 = 18

$54 + 18 / 15 = 4.8$ créditos (5 créditos)

Programa

1. Generalidades

Definiciones.

Historia, usos de las drogas en los diferentes momentos históricos.

Clasificaciones (por las vías de consumo, por los efectos a nivel del sistema nervioso central, drogas duras/drogas blandas).

Tipos de consumo (uso, abuso, dependencia).

2. Epidemiología.

Usos de drogas en el Uruguay y la región según las últimas encuestas nacionales e internacionales (Observatorio Uruguayo de Drogas).

3. Marihuana.

Orígenes e historia. Características de la planta.

Datos de su elaboración. Efectos orgánicos. La consulta por consumo de marihuana.

4. Cocaína y pasta base de cocaína.

Orígenes e historia. Características de la planta. Pasta base de cocaína.

Clorhidrato de cocaína. Efectos orgánicos. Efectos post consumo.

5. Alcohol.

Orígenes e historia. Epidemiología. Efectos orgánicos: agudos y crónicos. La consulta por consumo de alcohol. Clivajes: Audit y Assist.

6. El rol del médico en el 1er. nivel de atención.

Primera escucha: la escucha activa. Entrevista clínica y entrevista motivacional. Tratamiento comunitario en adicciones.

7. Tratamiento y derivación.

Distintas modalidades de tratamiento: modalidad ambulatoria (ambulatoria especializada y no especializada). Modalidad centro diurno. Modalidad internación (internación en crisis y residencial). Alternativas de medio camino. Centros de derivación en nuestro país según la modalidad de tratamiento.

8. Diseño y planificación de la tarea práctica (primera parte).

9. Diseño y planificación de la tarea práctica (segunda parte).

10. Evaluación.

En síntesis, creemos que más allá de la puesta en funcionamiento de la primera edición de esta optativa, se tratará de una construcción

permanente a la luz de los resultados concretos obtenidos de este primer curso. Esta construcción deberá recoger los aportes de los participantes, estudiantes y docentes, sus comentarios y sugerencias así como de los destinatarios de las acciones prácticas de la misma, a fin de integrar todas las visiones para continuar en este proceso bidireccional de formación estudiantil y comunitaria.

Bibliografía

- Administración de los Servicios de Salud del Estado, Resumen Ejecutivo. Noviembre 2011.
- Arseneault, L.; Cannon, M.; Poulton, R.; Murray, R.; Caspi, A.; Moffitt, T. E. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. 2002.
- Canetti, A.; Da Luz, S. Enseñanza Universitaria en el ámbito comunitario desafíos y propuestas para la formación de recursos en el área de la salud. Montevideo. 2003.
- Castaño, G. Cocaínas Fumables. Adicciones. 2000. VOL. 12. Número 4. Págs. 541/550. 2000.
- Castaño, G. Comorbilidad de las adicciones. Maestría Iberoamericana en drogodependencias. O.E.A., P.N.D.2002.
- Castro, A. Adolescencia y Drogas. J.N.D. 2004.
- Dell'Acqua, C.; Negrin, A.; Pascale, A.; Cardelli, V. y Idiarte Borda, C. Pautas de tratamiento en intoxicación etílica aguda y en intoxicación aguda por cocaína. Montevideo. Centro de tratamiento Portal Amarillo. M.S.P.; I.N.A.U.; J.N.D. 2006.
- DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.1998.

- Escohotado, A. Historia de las drogas. Editorial Anagrama. Madrid. 1989
- Espinoza, R. Obstetricia. En Pérez, A.; Donoso, E. (ed.). Efectos de algunas drogas sobre el feto recién nacido. Santiago: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. 1999.
- Ey, H. Tratado de psiquiatría. (8ª ed.) Barcelona. 1983.
- Fielitz, P.; Suárez, H.; Bouissa, M.; Frontini, M.; López, G.; Brescia, S. Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes de la emergencia del Hospital Pasteur. Montevideo. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen 73. Nº 2: 143_156. Diciembre 2009.
- Goodman & Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Adicciones y abuso de sustancias tóxicas. Cap. 24. Mc Graw-Hill. Interamericana Vol I. Novena Edición. 1996.
- Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos. J.N.D. 8ª Edición.
- Kaplan, H.; Sadock. Tratado de psiquiatría vol. 1. 6º ed. Buenos Aires: Intermédica. 1997.
- Ladero, J. y Martín del Moral, M. Drogodependencias. En Lorenzo, P.; Ladero, J.; Leza, J. y Lizasoian, I. (ed.). Complicaciones del consumo de cocaína: orgánicas y psiquiátricas. 2003.
- Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Drogas. Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. Diciembre 2007.
- Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Drogas. Vázquez, J.; Romani, M. III Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media-Uruguay. 2007.
- Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Drogas. Fernández, W. Cultura y Potencialización del Vínculo Adictivo. Abril 2008.
- Naciones Unidas. Oficina contra las Drogas y el Delito. Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Abril 2008.
- Naciones Unidas. Oficina Contra las Drogas y el Delito. Elementos orientadores para las políticas públicas sobre Drogas en la subregión. 2008.
- Observatorio Uruguayo de Drogas. Niños en situación de calle. Noviembre del 2006.
- O.U.D. -J.N.D. Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas. Nov. 2006.
- Plan de estudios de la carrera de doctor en medicina. Disponible en <http://www.claustro.fmed.edu.uy/menu2.html>
- Porciúncula, H.; Isabel, W. Asistencia en Crisis. 2001.
- Porciúncula, H. Adicciones en el primer nivel de atención. Conferencia interactiva. Montevideo. 2010.
- Pouy, A.; Deberti, C. La entrevista en farmacodependencia primera aproximación diagnóstica. *Revista Itinerario*. Año 1, Nº 1. Montevideo. Julio 2004.
- Soler, I.; Insa, P. Cannabinoides. (Master en drogodependencias, Les Heures Barcelona). 2002.
- Sosa, A. El equipo de Salud en el ámbito comunitario. Montevideo. 2003.
- Tomasina, F.; Garcés, G. Departamento de Educación Médica. Diálogo virtual de educación médica. Disponible en www.observatoriorh.org/sites/default/files/.../dgo_edumed_urru.pdf
- Triaca, J. y cols. Centro de referencia nacional de la red drogas. Portal Amarillo. Un nodo en la red. Montevideo. 2005.
- Viñar, M. Historia y psicoanálisis diálogo entre oficios. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* Nº 86. 1997.
- Zurmendi, P.; Fielitz, P.; Saad, Y. Trastornos relacionados con sustancias. Disponible en www.docstoc.com/docs/.../ 2004



Política, salud y procesos de liberación

POLITICS, HEALTH AND RELEASE PROCESSES

Enrique Saforcada

Palabras claves: Salud y Liberación, Imperialismo Cultural, Control Social, Miedo y Poder, Mercado de la Enfermedad.

Keywords: Health and Release, Cultural Imperialism, Social Control, Fear and Power, The Disease Market.

Resumen


Indoafroiberoamérica¹ está tratando de llevar adelante un proceso de liberación del colonialismo neoliberal, para lo cual los gobiernos de la mayor parte de los países que la integran han incluido en sus agendas políticas todas las áreas de gestión de la sociedad. No obstante, en varios de ellos el quehacer en salud pública ha quedado excluido de las mismas y continúa rigiéndose y operando en función de los más conspicuos principios neoliberales. Esto tiene graves consecuencias en diversas vertientes de lo nacional y lo regional: los derechos humanos, la vulnerabilidad económica y en seguridad, el incremento de la carga de morbilidad y el obstáculo que la misma impone al potencial de desarrollo nacional. Incluir la salud dentro de las tareas de liberación es una cuestión impostergable a la vez que un problema de gran complejidad y envergadura; además, implica enfrentar una de las concentraciones de poder fáctico más potente.

Summary

Indoafroiberoamérica²² is trying to carry out a process of liberation from neoliberal colonialism, to which the governments of most of the countries of the region have included in their political agendas all areas of the society management. However, in several of them the work in public health has been excluded and continue to be governed and operating in the most conspicuous feature of neoliberal principles. This has serious consequences in different aspects of the national and the regional: human rights, economic vulnerability and security, increased disease morbidity and the obstacle that it imposes on the national

¹ El empleo de Latinoamérica o América Latina para denominar nuestra región deja fuera a los pueblos originarios y afrodescendientes cuyas lenguas no se derivan del latín.

² Employment in Latin America to describe our region leaves out indigenous and African descendants whose languages are not derived from Latin.



potential development. Include health within the tasks of liberation is a matter that cannot be postponed and, at the same time, it is a problem of great complexity and scale, also means facing one of the most powerful concentrations of real power.

El control de la sociedad en función de la enfermedad, como fenómeno ya presente o como amenaza, y la dominación de los comportamientos de sus integrantes con relación a sus procesos de salud tuvo dos etapas históricas claramente visualizables: del Renacimiento a la Segunda Guerra Mundial y de comienzos de la década del 60 del siglo XX a la fecha actual, en que a la sujeción se le suma el agresivo proceso de creación de un verdadero mercado de la enfermedad y la seudoenfermedad que involucra a toda la sociedad y genera una iatrogenia negativa que en términos de mortalidad, en países como Estados Unidos, se ubica como tercera causa de muerte (Starfield, 2000).

Dado que en Estados Unidos los controles sanitarios y de mala praxis son elevados, es dable pensar que en varios de los países de nuestra región la situación puede ser mucho más grave en la medida en que los poderes fácticos que dinamizan este mercado actúan con poco control legal y pueden poner en juego, con bajo riesgo, su enorme capacidad de

lobby y corrupción de funcionarios, legisladores, jueces y gobiernos (presidentes, gobernadores y alcaldes o intendentes).

En el mismo proceso de socialización iniciado desde la más temprana infancia (los niños y niñas comienzan a ser vacunados apenas nacen), en tanto implica un fenómeno de enculturación³ y modelamiento de la personalidad, están inscriptas todas las formas culturales a través de las cuales un determinado componente social, que voluntaria o involuntariamente desempeña una función didáctica (en este caso la medicina, la odontología y la psicología establecidas y las otras profesiones concurrentes) modela restrictivamente a toda la sociedad cooperando conciente o inconcientemente con los intereses del complejo industrial (rubros: químico-farmacéutico, físico nuclear, electro-electrónico, electromecánico) que, en los últimos cuarenta años, ha captado integralmente a las sociedades nacionales como objetos de mercado de su desbordante producción de insumos diagnósticos y terapéuticos. En esta tarea (producción-consumo) hacen de intermediarios y canalizadores los profesionales de las ciencias de la salud, sobre todo las instituciones a través de las cuales

³ Proceso por el cual una persona adquiere los usos, creencias, tradiciones, etc. de la sociedad en que vive (Diccionario de la Real Academia Española).

actúan corporativamente y/o empresarialmente (colegios y federaciones profesionales, sanatorios, empresas de seguro y atención prepaga, etc.).

No obstante, ciertos transcurros políticos pueden comenzar a revertir estas dinámicas psicosocioculturales. Así se puede observar, por ejemplo en Argentina pero también en otros países de la región, cómo en medio de un devenir político progresista ha comenzado a generarse una comprensión liberadora de las instancias y estrategias de dominación ejercida sobre los sectores de la pobreza, de la clase obrera y de los pueblos originarios por parte de las clases medias altas y alta o, si se quiere, se está dando un cambio progresivo en que se pasa de una posición pasiva ante la oligarquía y los poderes fácticos concentrados a una posición activa de lucha contra estas sujeciones y de develamiento de la instrumentación amañada que hacen –preponderantemente a través de los medios de comunicación masiva– de los conceptos de derechos humanos, libertad de expresión y económica, democracia, soberanía nacional, institucionalidad, intervención del Estado, etcétera.


Cultura, salud y dominación

Para Occidente la religión –el cristianismo– y la medicina han sido siempre herramientas de control social y dominación. El desarrollo del

imperialismo de Europa Occidental, que se entrelaza con la expansión y consolidación del capitalismo, estuvo precozmente acompañado por el trabajo de intelectuales, figuras prominentes de la filosofía política y la literatura, que pusieron su esfuerzo y producción al servicio del trazado de perfiles descalificadores de las culturas, razas y pueblos luego colonizados, a la vez que fundamentaron la justificación de esa dominación en términos del beneficio que la civilización Occidental les brindaba a esas naciones atrasadas o inviables como estados.

Las eruditas obras de Edward Said (2001, 2004a, 2004b) muestran con claridad este fenómeno en la literatura a partir del siglo XVII; en una de ellas señala que “(...) dentro de la historia literaria, se puede ver una poco corriente continuidad entre la narrativa temprana, normalmente no considerada en relación con el imperio, y la tardía, que trata **explícitamente** sobre él. Austen, Thackeray, Defoe, Scott y Dickens preparan a Kipling y Conrad (...) (Ídem, 2004:134)”. Un buen ejemplo de la temprana puesta en escena de la voluntad imperial, en una modalidad ingenua, lo muestra Said a través del análisis crítico de la magnífica novela de Jane Austen, *Mansfield Park* (Said, 2004a: 141-165).

Esta cuestión de la relación entre cultura e imperialismo es central



para la comprensión de la temática de este escrito y para señalar ciertas tareas prioritarias a que convoca el actual horizonte regional de potenciales liberaciones nacionales que, para cristalizar, requieren un profundo proceso de concientización y emancipación de las sociedades en las distintas vertientes de dominación del **imperialismo cultural externo e interno** que incide en muchos aspectos y procesos álgidos de la vida de nuestras sociedades, entre ellos, el de la salud.

En este sentido, es fundamental tomar en cuenta como herramienta de análisis crítico el concepto desarrollado por Edward Said (2001, 2004a, 2004b) de **fuerza de la cultura** para indagar cómo, en el **imperialismo interno**, una parte de la sociedad –por ejemplo, los profesionales de las ciencias de la enfermedad– somete a su dominio y usufructo a la sociedad entera o, en el **externo**, una sociedad extranjera –un país o conjunto de países– domina a otro. Es necesario subrayar que en temas como éste, la salud, aun cuando se logre la independencia del imperialismo cultural externo, el interno puede mantener la situación de subordinación de la sociedad a las negativas imposiciones preexistentes del externo.

Este tipo de sometimientos es generado no sólo a causa de una fuerza violenta y tangible, externa a las personas o sociedades doblegadas,

sino que se doblegan a partir de sus propias ideas y sensaciones de que no hay otra alternativa. A su vez, la alternativa hegemónica, en el sentido que Gramsci da a este concepto, resulta no discutible o, por lo menos, no se presenta o representa en la mente de las personas de forma tal que permita idear posibilidades de liberación de ese poder y tomar como válidas otras opciones o que estas otras opciones son superiores a la vigente en las distintas vertientes que las constituyen (científica, tecnológica, filosófica, de los derechos humanos, de la evidencia empírica, del sentido común, etc.).

Said destaca, con respecto al dominio de Inglaterra sobre la India, que “(...) era la idea inculcada en la mente de los colonizados: que su destino era vivir gobernados por Occidente (Said, 2001: 66)”. Citando a William Blake también subraya que “(...) el fundamento del imperio [...] son el Arte y la Ciencia. Si los eliminamos o degradamos el Imperio desaparece (Ídem, 2004: 48)”.

Muy tempranamente, en los inicios de la voluntad manifiesta de expansión de Europa, ya se constata cómo la voluntad imperial y su accionar va acompañada de la medicina y la religión empleadas como herramientas destinadas a atemorizar, justificar y asegurar la dominación a la vez que cada una de ellas, religión y medicina, ejercían violenta presión


para lograr los desplazamientos culturales radicales que el **imperialismo europeo** (que hoy involucra, por continuidad histórica, a todos los países que integran el organismo militar denominado Organización del Tratado del Atlántico Norte –OTAN– liderado por Estados Unidos) consideró y considera necesario llevar adelante. No buscó ni busca entrelazar pueblos y culturas sino someter a los primeros y destruir sus culturas o, por lo menos, descalificarlas e invisibilizarlas lo más posible.

Viene al caso un pasaje en una obra de Amin Maalouf (1994) en el que toma en cuenta los comentarios del emir cronista Usama Ibn Munqidh (1095-1188) que se mostraba sorprendido ante el hecho de que “(...) los frany⁴⁴ están muy atrasados en relación con los árabes en todos los campos científicos y técnicos. Pero es en medicina donde la diferencia es mayor entre el Oriente desarrollado y el Occidente primitivo. Usama observa la disparidad:

«Un día –cuenta–, el gobernador franco de Muneitra, en el monte Líbano, escribió a su tío Sultán, emir de Shayzar, para rogarle que le enviara un médico para tratar algunos casos urgentes. Mi tío escogió a un médico cristiano de nuestra tierra llamado Thabet. Este sólo se ausentó

unos días y luego regresó entre nosotros. Todos sentíamos gran curiosidad por saber cómo había podido conseguir tan pronto la curación de los enfermos y lo acosamos a preguntas. Thabet contestó “Han traído a mi presencia a un caballero que tenía un absceso en la pierna y a una mujer que padecía de consunción. Le puse un emplasto al caballero; el tumor se abrió y mejoró. A la mujer le prescribí una dieta para refrescarle el temperamento. Pero llegó entonces un médico franco y dijo: “¡Este hombre no sabe tratarlos!” Y, dirigiéndose al caballero, le preguntó: “¿Qué prefieres, vivir con una sola pierna o morir con las dos?” Como el paciente contestó que prefería vivir con una sola pierna, el médico ordenó: “Traedme un caballero fuerte con un hacha bien afilada.” Pronto vi llegar al caballero con el hacha. El médico franco colocó la pierna en un tajo de madera, diciéndole al que acababa de llegar: “¡Dale un buen hachazo para cortársela de un tajo!” Ante mi vista, el hombre le asestó a la pierna un primer hachazo y, luego, como la pierna seguía unida, le dio un segundo tajo. La médula de la pierna salió fuera y el herido murió en el acto. En cuanto a la mujer, el médico franco la examinó y dijo: “Tiene un demonio en la cabeza que está enamorado de ella. ¡Cortadle el pelo!” Se lo cortaron. La mujer volvió a empezar entonces a tomar las comidas de los francos

⁴⁴ Nombre genérico que en el mundo árabe, durante el transcurso de la Edad Media, se le daba a los integrantes de las cruzadas provenientes de Europa Occidental.



con ajo y mostaza, lo que le agravó la consunción. “Eso quiere decir que se le ha metido el demonio en la cabeza”, afirmó el médico. Y, tomando una navaja barbera, le hizo una incisión en forma de cruz, dejó al descubierto el hueso de la cabeza y lo frotó con sal. La mujer murió en el acto. Entonces, yo pregunté: “¿Ya no me necesitáis?” Me dijeron que no y regresé tras haber aprendido muchas cosas que ignoraba sobre la medicina de los frany» (Maalouf, 1994: 151-152)”.

Otro ejemplo, que viene de antiguo pero que llegó a estar presente hasta bien entrado el siglo XX, es la difundida práctica del sangramiento de los enfermos, casi cualquiera fuera su enfermedad, que según McKeown mató más gente en occidente que todas las epidemias juntas. Entre muchísimos otros casos, así mató el médico de la casa real inglesa al esposo de la Reina Victoria de Inglaterra, el Príncipe Alberto, que padeciendo una fiebre tifoidea el médico lo sangró hasta que se murió a los cuarenta y un años, en diciembre de 1860, no en la Edad Media. Éste es un ejemplo real (en los dos sentidos) de un caso de dominación interna, no muestra el rol de la medicina occidental sobre otra cultura sino el dominio de esta medicina sobre su propia sociedad, siendo el ejemplo un caso extremo, dado que el paciente damnificado era un príncipe consorte del cual su

consejero permanente y conviviente en Londres, amigo personal, era un médico alemán, el Dr. Cristian von Stockmar, que se opuso al tratamiento señalando que era contraproducente, pero no oficiaba de médico, este rol lo desempeñaba en la corte el Dr. Sir James Clark (Strachey, 2000).

Sheldon Watts señala en una de sus obras lo siguiente:

Los años de transición (aproximadamente 1880-1930) que condujeron a la plena medicalización de Occidente (la aceptación, por parte de los legos, de que los médicos constituían la primera línea de defensa contra las enfermedades) coincidieron con la gran época del imperialismo europeo y norteamericano; ambos fenómenos están relacionados. [...] Siguiendo lineamientos establecidos por Galeno y Avicena, los médicos mismos consideraban que su tarea consistía en ofrecer a los pacientes técnicas personalizadas para impedir la mala salud. Cuando un paciente que había seguido un régimen recetado por el médico sufría una enfermedad grave, la función del médico consistía en crear una impresión de atención mediante placebo, baños, sangrías y recomendaciones dietéticas. El médico [...] sabía muy bien que él no podía curar la enfermedad (Watts, 1997: 14-15).

Algo de esto último tuvo la segunda escuela de medicina de Viena, allá


por el siglo XIX, con figuras como Karl Rokitansky (1804-1878), Josef Skoda (1805-1881), Ferdinand von Hebra (1816-1880), Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865). Sobre todo Skoda, que propugnaba abstenerse de cualquier intervención terapéutica, dejando al cuerpo recuperarse solo o a través de dietas apropiadas como tratamiento de elección frente a muchas enfermedades, y Semmelweis que luchó inútilmente para que quienes atendían a las parturientas en los hospitales se lavaran las manos para bajar la tasa de mortalidad por fiebre puerperal tal como él lo había logrado en su sala del hospital, mientras que en las otras la mortalidad sobrepasaba el 50% de las mujeres atendidas.

En general, las sociedades han aceptado todas las afirmaciones y prescripciones de la medicina a lo largo de los siglos; desde comienzos del siglo XX, también las de la psicología y la odontología. No obstante, son evidentes la enorme cantidad de errores producto de la construcción puramente empírica de conocimientos, la falta de sentido común y elevadas dosis de violencia (Kothari & Mehta, 1988: 167-210) sumadas a diferentes manifestaciones de omnipotencia. Agregando ejemplos de prácticas arbitrarias empleadas en el siglo XX se pueden señalar, entre muchas otras, las siguientes: ventosas, cataplasmas, enemas, aparatos para contrarrestar el abstruso diagnóstico de

estómago caído, amigdalectomía y episiotomía de rutina que, al ser inoperantes y contraproducentes, adquieren naturaleza de pura injuria y ensañamiento a la vez que subordinación y deshumanización de las personas consultantes o pacientes. Lo mismo ha ocurrido en odontología y psicología.

Esas imprudencias todopoderosas en general eran relativamente simples (muy relativamente, porque las sangrías o las amigdalectomías de rutina a niños y niñas fueron injurias graves y con consecuencias que iban de malas a funestas), el problema es que estos comportamientos profesionales se vuelven hoy temerarios, porque con la misma liviandad y falta de sentido común se manejan drogas, tecnologías y procedimientos terriblemente injuriosos y con un poder de daño mucho mayor, a lo que se añade un factor de potenciación incalculable: su utilización genera lucro masivo.

Hoy, ¿cuántas prácticas sofisticadas, de gran complejidad técnica, capacidad de injuria y altísimos costos no serán utilizadas con la misma naturaleza actitudinal bárbara e inútil que éstas que quedaron atrás no hace mucho tiempo? La complejidad y el sufrimiento no tienen nada que ver con la eficacia terapéutica; el alcohol no desinfecta la herida porque arde, el Merthiolate o thiomersal no arde y desinfecta con más eficacia.



La dominación cultural es un proceso gradual de gran complejidad, sigiloso, en general muy extendido en el tiempo, en el que intervienen transformaciones que involucran la subjetividad y otros fenómenos vinculados con el vasto campo de las dinámicas psicosococulturales. Desde finales de la década de los 70 del siglo pasado, cuando arreció la presión para imponer el consenso de Washington –pautado económico-político de la sociedad en términos neoliberales– surge una nueva modalidad del manejo de las noticias: una empresa de televisión que sólo transmite noticias. Antes, este tipo de información era dado en horas determinadas y en programas específicos de información política, cultural, deportiva, policial, etc. dentro de una programación mucho más amplia que involucraba distintos tipos de presentaciones –telenovelas, actividades deportivas, obras cinematográficas, debates, etc.–. La primera de estas empresas de información monotemática, noticias, surgió en Estados Unidos en 1980, Cable News Network (CNN); otra fue la Fox News Channel creada en 1996. En Argentina la primera se creó en 1993: Todo Noticias (TN). El entramado institucional-comercial de estas empresas, que abarcan también prensa escrita y diversas formas de telecomunicación, integran verdaderos monopolios transnacionales que

tienen uno de sus máximos exponentes en el complejo comunicacional creado por Keith Rupert Murdoch. No caben dudas en cuanto a que esta estrategia comunicacional tiene por finalidad desinformar y modelar la opinión pública a fin de darle vigencia en las sociedades a todo lo necesario para mantener en pie el andamiaje sociopolítico del capitalismo en su modalidad neoliberal globalizada, por lo que resulta significativa la constante presencia de los temas de salud en sus programaciones. Se debe tener en cuenta que siempre se anuncian los programas (radiales, televisivos o suplementos en diarios y revistas) como de salud, pero también en forma constante y preponderante en ellos se desarrollan temas vinculados con la enfermedad y el riesgo de enfermar y/o morir manteniendo o incrementando el miedo a la pérdida de la salud y a la muerte.

Proceso y dispositivos de dominación y desposeimiento en el ámbito de la salud


El proceso y los dispositivos generados por la medicina emergieron al final de la Edad Media a medida que comenzó a declinar el poder de control y dominación social que estaba en manos del Cristianismo desde su unificación e imposición como religión del Imperio Romano, dispuesta

por Constantino I en el Concilio de Nicea en el año 325. La finalización de este período histórico y el comienzo de la Edad Moderna (finalización del feudalismo como sistema de organización sociopolítica de Europa, comienzo de estructuración de la burguesía y el capitalismo como sistema de organización social, dominación económica y acumulación de riqueza) implicó un debilitamiento de la religión católica como instancia de control y dominación social. Coincidiendo con esta situación, sin que se esté postulando que exista una relación causal o una particular asociación, se produce en la medicina un giro copernicano que lleva a pasar de las posiciones francamente higienistas, provenientes de la antigua medicina greco-romana, a enfoques netamente patogenistas, centrados en la enfermedad, su diagnóstico y su curación. De manos de personajes que vivieron entre el último cuarto del siglo XV y el tercer cuarto del XVI –como Paracelso, Fracastoro, Vesalio, Falopio y tantos otros– surge la clínica como método de estudio de las enfermedades para cuya cura se apela a los remedios constituidos por sustancias de origen inorgánico (minerales), no provenientes de procesos de la vida, rechazando la farmacopea vegetal de la medicina hipocrática.

Lo esencial a tener en cuenta es que la medicina y el quehacer de sus

profesionales abandonan la posición higienista, que implicaba tener como función primordial el que la gente sana se conservara en buenas condiciones de salud, para pasar a ser el eje de la profesión médica el ocuparse sólo de la enfermedad. El ser humano pasa a tener presencia en el quehacer médico en función de ser reservorio de la enfermedad. “El saber médico es un saber sobre la enfermedad, no sobre el hombre, que no interesa al médico sino como terreno en el que evoluciona la enfermedad [...] Pero el sitio donde subsiste el objeto no es el objeto (Clavreul 1983: 139)” y justamente por la prescindencia de aquello en lo que el objeto subsiste es que las sociedades pudieron ser progresivamente medicalizadas como forma de control social y disciplinamiento (Barrán et al., 1993; Barrán, 1992, 1993, 1995). A medida que la odontología y la psicología se fueron constituyendo como profesiones reconocidas del campo de la salud reprodujeron el proceso de la medicina en cuanto a conformar dispositivos de sujeción social.

En estos procesos de dominación patologizante la población perdió su capacidad de autodeterminación con respecto a su salud, ésta fue confiscada y transformada por los profesionales de la salud y sus mandantes, el complejo industrial-profesional corporativo, en un ámbito de negocios y actividades marcadas por la



búsqueda de lucro, lo que ha terminado generando más enfermedad de la que solucionan porque en los procesos de toma de decisiones la racionalidad que pesa es la del lucro y no la de los saberes y artes que los habilitan.

Sobre estas temáticas hay que reflexionar partiendo del convencimiento de que la condición de buena salud es un bien inestimable para las personas, pero también es una de las más importantes riquezas de los países, vinculada directamente a su potencial de desarrollo nacional integral, a su libertad y a su capacidad de autodeterminación.

Para ir cerrando este apartado se transcriben dos citas de Paracelso que no requieren comentario alguno dada la claridad con la que en ellas queda manifiesta la transferencia de poder entre religión y medicina renacentista, y su misión de control social:

“Si queréis saber por qué Dios ha creado la Medicina y los médicos, estando Él capacitado por sí para curar, y por qué gusta de realizar las curaciones a través de los médicos, deberemos contestaros que está en los arcanos designios del Creador hacer que el enfermo no sepa que Dios es médico. Sin embargo a fin de que el arte y la práctica progresen y que el hombre mismo perciba su ayuda más allá de los simples milagros, ha permitido que su influencia

sea reconocida en todos los artificios de la Medicina” (Paracelso 1994: 127-128).

“Las enfermedades y otras cosas parecidas se producen cuando cometemos excesos, ya sea con el pan como con la justicia. Y os digo que nada de eso nos afligiría si viviéramos en la oración y dentro de la ley” (Paracelso 1994: 190).

La fuente y eficacia del poder de la Iglesia Católica y de la medicina es la misma: **el miedo** a la muerte y al sufrimiento. En ambas adquieren, según las épocas, una cierta sinonimia los términos **pecado** y **enfermedad**; algunos historiadores de esta disciplina, como Laín Entralgo (1961), han analizado esta vinculación.


Hasta acá se ha presentado una perspectiva desde la cual es posible pensar en las ciencias de la salud, la formación universitaria de sus profesionales y sus posteriores prácticas a partir de dos preguntas desafiantes que cargan de responsabilidad a los poderes políticos y académicos: ¿para qué se forman profesionales de la salud?, ¿a quién sirven?

De acá en más, en los tres apartados siguientes, se trazan algunas líneas de reflexión que pareciera razonable profundizar en los países de una región en la que la mayoría de ellos se encuentran en procesos políticos inéditos, con muchas

diferencias entre los mismos, pero con cuatro características comunes que hoy resultan fundamentales: a) todos están desarrollando o implementando estrategias de autodeterminación con respecto a los países centrales, en especial Estados Unidos; b) todos, en forma aunada, han puesto eficaces barreras a los efectos e intentos de transferencias de la gran crisis económico-financiera de los países desarrollados y desprendiéndose de las concepciones neoliberales; c) todos están llevando adelante sus procesos de liberación en función de procesos absolutamente democráticos, con una característica adicional nunca vista antes: el recurso más eficaz que utilizan para avanzar en el cambio de los paradigmas sociopolíticos (del de dependencia al de independencia, del de exclusión e incremento de la concentración de la riqueza al de inclusión social y redistribución de las rentas nacionales, etc.) es la profundización de la democracia y la institucionalización del país; d) todos están sólidamente unidos al punto de llegar a constituir en 2005 la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) integrada por los doce países de Suramérica y entre el 2010 y el 2011 la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) que agrupa a los treinta y tres países de la región (todos ellos en condición de *fundadores* de la misma), dejando afuera a Estados

Unidos de Norteamérica y Canadá (es importante señalar que algunos Jefes de Gobierno lo son de países que tienen a su Jefe de Estado en el Reino Unido de la Gran Bretaña).

No obstante, en muchas de estas naciones la salud no ha sido incluida en la agenda política de los gobiernos que avanzan en su lucha contra el neoliberalismo, lo cual deja abierta una ventana de gran vulnerabilidad. El mercado de la enfermedad es una creación del neoliberalismo impulsada fundamentalmente por el complejo industrial para el cual es rentable la enfermedad: las grandes corporaciones de la industria químico-farmacéutica, físico-nuclear, electro electrónica y electro-mecánica que fabrican insumos diagnósticos y terapéuticos o pretendidamente curativos. Los dos primeros rubros abarcan las corporaciones que disputan los primeros lugares en los listados de las empresas más poderosas del mundo y en los análisis efectuados por revistas especializadas tales como Forbes, Fortune y Business Week. Implican poderes fácticos mundiales. Por ejemplo, en el caso de Argentina las empresas del primero de estos rubros, de origen europeo, entre las que estuvo la corporación Hoffmann-La Roche más conocida como Roche, fueron las que decidieron el golpe militar al Presidente Arturo Illia el 28 de junio de 1966 llevado a cabo por el General Juan Carlos Onganía. Este derrocamiento de un gobierno



democrático tuvo su origen principal en la sanción y promulgación, el 28 de agosto de 1964, de la Ley 16.462 que regulaba drásticamente la producción de medicamentos, sus precios en función de márgenes de ganancias, los montos de inversión publicitaria para estos productos, la veracidad de las fórmulas anunciadas de cada uno de ellos y la eficacia real de las mismas, también dispuso la receta médica por droga genérica. Esta ley fue tildada de comunista por la industria químico-farmacéutica multinacional y nacional, y por los militares.

Algunas consideraciones sobre salud y dominación

Al entrar en el campo de la salud lo primero es indagar cuál es la definición de salud implícita en las concepciones y prácticas que se ponen en juego.

Lo habitual, lo que se estructura en las carreras de ciencias de la salud en las universidades y lo que se hace evidente en las instancias de gerencia gubernamental de la salud, como así también en las laborales de los profesionales (centros periféricos, hospitales, etc.), es que salud es sólo ausencia de enfermedad.

Complementariamente, lo que da identidad al consultante de un servicio de ¿salud? es su condición de permanente riesgo de enfermar, tomándolo en cuenta no por

su situación de salud presente sino por ese riesgo frente al cual hay que actuar, llevar adelante una supuesta práctica preventivo-primaria aún cuando la acción conlleve causas, concretas o posibles, de daños (radiación, efectos tóxicos, infecciones intrahospitalarias, etc.) o de generación de enfermedades haciendo caso omiso al viejo axioma médico de **primero no hacer daño**. Si la persona consultante tiene ya una dolencia clínicamente evidente, se irrespeta sistemáticamente el principio de la antigua medicina grecorromana del **poder curador de la naturaleza** (*vis medicatrix naturae*) y se actúa artificialmente con intervenciones químicas o quirúrgicas o de otra naturaleza agravando frecuentemente el cuadro, intoxicando o irradiando inútilmente o generando un nuevo daño que no es aquél que disparó la consulta. La única especialidad que respeta este principio es la pediatría que dio origen a la puericultura, el arte de mantener sano al niño sano, la cual insume las tres cuartas partes del quehacer de los y las pediatras, sobre todo en las orientaciones de la pediatría social como son la escuela del Dr. Julio Meneghello Rivera en Chile o la promovida por la Sociedad Argentina de Pediatría.

Por otra parte, todo el esfuerzo de la industria químico-farmacéutica de los últimos cuarenta años está enfocado en encontrar drogas estándar


que actúen sobre el funcionamiento del organismo y no en encontrar drogas que curen determinadas enfermedades, lo que va acompañado de un incremento agigantado de los desarrollos teóricos y técnicos que permiten tipificar desempeños humanos, comportamentales o funcionales, como anormales para hacer entrar ciertos indicadores dentro de la franja de lo patológico o para luego transformarlos en síndromes clasificables en los sistemas taxonómicos de las enfermedades más difundidas. Esta situación se hace hoy muy visible en el campo de las manifestaciones preponderantemente mentales y comportamentales –sobre todo en niños y adolescentes– que, al patologizarlas, abren la puerta al uso masivo e indiscriminado de los psicofármacos, incluso vuelven a activar drogas prácticamente en desuso, generadas durante la Segunda Guerra Mundial, como el metilfenidato, cuya primera denominación comercial fue Ritalin.

Entre los sistemas taxonómicos mencionados se destaca por sobre todos el DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la Asociación Americana de Psiquiatría de Estados Unidos, que ha penetrado profunda y profusamente en nuestros países y está totalmente manipulado por el **complejo industrial químico farmacéutico-profesional corporativo** de ese y de nuestros países. Estas inclusiones

hacen pasible que los niños y púberes sean tratados con esas drogas estándares que adquieren así una función pseudoterapéutica de enfermedades inexistentes. Al daño que esto ocasiona en las criaturas y los púberes, por lo menos daño por toxicidad, hay que agregarle las injurias psicosocioculturales a través de estigmatizaciones, tomas de conciencia de enfermedad inexistente, impacto en la dinámica familiar, etcétera.

Es interesante e importante leer los trabajos de la Dra. Barbara Starfield, del Department of Health Policy and Management, John Hopkins School of Hygiene and Public Health (hoy llamado John Hopkins Bloomberg School of Public Health), como el citado al inicio de este artículo (Starfield, 2000) en el que prueba que las prácticas médicas son la tercer causa de muerte en Estados Unidos, sobre todo por las consecuencias adversas de los remedios. Téngase en cuenta que Starfield sólo toma en cuenta la mortalidad, no la morbilidad o el agravamiento de morbilidades; sumándole estos dos tipos de consecuencias adversas seguramente que la cuantificación del daño sería mucho más sorprendente.

Toda esta masa de consecuencias negativas, unas tangibles y otras más encubiertas –como las consecuencias que apareja hacer tomar conciencia de enfermedad a quien no padece ninguna, sumado a las consecuencias



en la familia al ser patologizado uno de sus miembros-, incrementa en forma exponencial la carga de morbilidad que soportan nuestros países, lo que impacta negativamente en el desarrollo nacional y en el bienestar de la sociedad.

Esta forma de comprender y actuar por parte de los profesionales y de la población responde al paradigma individual-restrictivo (Saforcada 1999), que es el que orienta todos los currículos de las carreras de ciencias de la salud, preponderantemente la medicina, la odontología y la psicología. Este paradigma, como se enunció anteriormente, se comenzó a estructurar desde el Renacimiento y se fue consolidando hasta la fecha. Sin lugar a dudas, desde el punto de vista del avance del conocimiento científico está perimido, lo mantienen hegemónizando el campo los mismos factores antes mencionados de poder económico que usufructúan el mercado de la enfermedad.


Por el contrario, desde el paradigma social-expansivo (Saforcada 1999) la comprensión de la salud implica definiciones del siguiente tipo:

Salud es un proceso, extremadamente complejo del cual depende el desempeño de las personas en el vivir cotidiano con un relativo bienestar físico, mental, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia socio-cultural determinada), debiéndose

tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, comprendiendo que todos estos componentes integran a su vez el complejo **sistema** de la trama de la vida. En esta definición se entiende por persona una entidad bío-psico-socio-ambiental y por ambiente una entidad psicosocio-cultural, bío-físico-química y económico-política.⁵

En la realidad actual de los países de Indoafroiberioamérica (exceptuando Cuba y en parte Bolivia, Venezuela y Uruguay) los dos paradigmas están presentes pero con una relación que ni siquiera se acerca a la posibilidad de usar metafóricamente aquello de David y Goliat: el paradigma individual-restrictivo domina absolutamente todos los actores sociales del ámbito de la salud: las universidades, las instancias gubernamentales de gerenciación de la enfermedad en las tres instancias jurisdiccionales –Nación, Provincia, Municipio–, las instancias laborales (los sistemas de servicios de salud), las corporaciones de los profesionales de la salud, las concepciones y prácticas de salud de la población que es bombardeada por las estrategias y actividades de marketing que tienen por objetivo

⁵ Definición de la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.




incrementar la hipocondría en la población (publicidad, suplementos de salud de los medios masivos de comunicación, los programas medicinales de televisión, etc.).

Aproximadamente el 80% del conocimiento de las profesiones de la salud es empírico y un 20% es científico –epistemológicamente muy positivista y poco abarcativo de la cualidad sistémica y compleja de los procesos de la vida, entre ellos, el de la salud– pero este concepto de ciencia nimba equívocamente la totalidad del quehacer de sus profesionales, lo que les otorga un poder de dominación de la misma naturaleza que el fenómeno propio del imperialismo antes mencionado, en que el subordinado admira y se paraliza ante el dominador.

El poder de este dominio cultural es enorme y ni siquiera puede, hasta ahora, ser conmovido por los ingentes errores de los supuestos saberes empíricos y científicos que en el pasado y en la actualidad caracterizan a las profesiones de la salud. Ni siquiera por las prácticas delictuales que se han llevado y se llevan a cabo; por ejemplo, con relación a la cuestión de la influenza AH1N1 o gripe porcina y el engaño flagrante de la supuesta pandemia que, a través de técnicas de mercadeo de gran envergadura y riesgo institucional, lograron hacer entrar en pánico a la humanidad y hacer gastar a los países sumas siderales

en vacunas experimentales y remedios peligrosos y de eficacia más que dudosa; pero no sólo ésto, llevaron a que una enorme cantidad de seres humanos se someta a recibir la vacuna experimental sin dar lugar al consentimiento informado por parte de la población y luego no difundieron las serias consecuencias que trajo para muchos ni se hicieron estudios públicos de epidemiología iatrogénica. Todo este proceso fue una violación grave de los derechos humanos, pero tal vez una de las cuestiones implicadas de mayor significación es que en el armado de este engaño tuvo una participación decisiva la Organización Mundial de la Salud (OMS) –por lo tanto, por acción o por omisión, también la Organización Panamericana de la Salud (OPS)–. Este hecho no debe asombrar dado que la OMS forma parte de la ONU, al igual que el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de Comercio, entre otras instituciones que integran este organismo transnacional que está al servicio de los intereses empresarios y geopolíticos de los países más desarrollados.

Parafraseando a Said, las principales fallas en los intentos por revertir esta situación están en que quienes luchan contra este poder del mercado de la enfermedad, basado finalmente en el miedo y en cierto tipo de ignorancia de elevado nivel cultural, es



que prestan poca atención a la cultura. Con unos pocos hilos científicos los usufructuadores de este mercado (empresas y profesionales de la salud) arman una urdimbre con la cual entraman un tejido de gran dimensión que frecuentemente distorsiona totalmente aquellos hilos y, a veces, los contradice pero las contradicciones quedan ocultas. Esta urdimbre se transforma en una enorme red con la que atrapan sociedades enteras.

Si a las prácticas de los profesionales de la enfermedad se les exigiera una absoluta y rigurosa prueba científica de validez y confiabilidad de lo que prescriben y de los procedimientos que aplican, poco y nada les quedaría por hacer y entonces verían, la sociedad toda vería, que mucha gente se cura sola, por aquello de la *vis medicatrix naturae*, y que en gran cantidad de casos también se cura por la sola presencia de los profesionales cuando están colmados de comprensión y valores humanos, cuando son contendores y tienen autoridad moral.

Finalmente, hay que tener en cuenta que la salud es una de las principales ventanas de vulnerabilidad de nuestros países. Entra dentro del paquete de estrategias y herramientas que los poderes de las metrópolis imperialistas siempre han tenido y tienen a la mano: operar sobre el miedo de la gente, el miedo a sufrir y morir.

Un país fuerte es aquel cuyo pueblo ha recuperado su autodeterminación

sobre su salud y que, además, se encuentra esclarecido sobre lo que implica y es el proceso de salud en su integralidad. Hoy, los profesionales de la salud son engañados en su etapa de formación universitaria de pregrado y luego, las más de las veces inconsciente e involuntariamente, engañan; han sido puestos al servicio del mercado de la enfermedad y ningún país es dueño de sus destinos si no recupera el poder sobre la salud devolviéndolo a su pueblo y cooperando con el mismo para que pueda autogestarla con la colaboración de profesionales bien formados en el paradigma social-expansivo y en las vertientes más modernas y sociales de sus respectivas disciplinas: medicina social, odontología social y psicología social.

Sobre la educación, la salud y los procesos de liberación en Indoafroiberoamérica

Una tarea prioritaria para los procesos políticos de liberación y autodeterminación nacional es vincular profunda y extensamente todo lo referente a las actividades de acción o desarrollo social con las de salud y las de educación, desde los correspondientes ministerios hasta el primer nivel de trabajo con las comunidades, de la atención de la salud y de la educación (la escuela maternal) pasando, por supuesto, por las

instancias universitarias de formación de los efectores y las efectoras de las tres áreas.

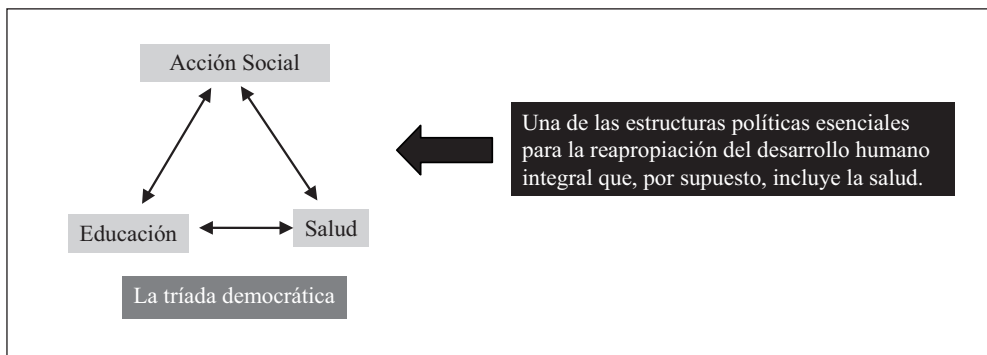
A continuación se inserta un esquema que implica una visión sistémica integral de esta perspectiva en la gestión política del Estado:


¿Qué implican los procesos de liberación en Indoafroiberoamérica? Entre otras cuestiones complejas, hay que tener en cuenta algo básico para significar adecuadamente los comportamientos de los integrantes del conjunto ciudadano: que todo lo macro es resultado de la sumatoria de instancias y procesos moleculares, que cada comportamiento individual es decisivo para el encauzamiento o el resultado final del comportamiento colectivo.

Esta mirada lleva a cinco objetivos o propósitos esenciales: a) recuperar en todos los aspectos la autodeterminación y evitar todos los procesos de macro y micro despoamiento; b) vincularse con los demás, personas y países, en términos

de solidaridad y cooperación, no en términos de individualismo y competición; c) buscar e incorporar a las universidades la sabiduría y conocimientos de los pueblos originarios; d) lograr lo más velozmente posible deseuropeizarnos y desnorteamericanizarnos culturalmente; somos mucho más que ellos en términos de valores humanos y sabiduría; e) tener en cuenta que todo lo relacionado con el desarrollo humano integral depende en último término de procesos sociales y de decisiones político-económicas, no de la ciencia ni de la técnica. En todo caso ellas son herramientas útiles (y peligrosísimas) que aportan no más de un diez o veinte por ciento a la verdadera solución de los problemas del bienestar de los pueblos.

Si se encuentra cierta razonabilidad a lo desarrollado hasta este punto, adviene una pregunta básica: ¿qué hacer? La respuesta, a juicio de quien esto escribe, es sencilla de formular y sumamente compleja de llevar





a cabo, lo cual no debe incidir en la decisión de encararla: hay que desnaturalizar y concientizar, empezando por uno mismo. Para ello, entre otros objetivos, parecen muy importantes los siguientes:

1. Lograr que la población visualice que la salud en Occidente, sobre todo para los objetivos y estrategias económico-políticas neoliberales, es sólo enfermedad y por esta razón es la ventana de mayor vulnerabilidad de nuestros países. Que también perciba que a través de esta ventana se puede y se lleva a cabo: a) generar miedo y pánico para que la población y los gobiernos adopten determinados comportamientos o decisiones, b) desequilibrar presupuestos gubernamentales, c) introducir tecnologías dañosas para la salud, d) hacer experimentos con seres humanos en función del artilugio del consentimiento informado –aplicado a población hospitalaria que en la mayoría de los casos no tiene escolaridad primaria completa– o sin que nadie sepa que se están haciendo (por ejemplo: los relativamente recientes experimentos humanos –siendo razonable pensar que se siguen

haciendo en distintas partes del mundo– en África y en Guatemala –ver nota A al final de este artículo, después de la bibliografía–), e) mantener una alta carga de morbilidad artificial; f) incrementar la cronificación de ciertas enfermedades.

2. Lograr la despatomedicalización de la medicina, la despatodontologización de la odontología y la despiscopatologización de la psicología. Expresado en perspectiva retrohistórica implica desandar el camino impulsado por Paracelso, Fracastoro, Vesalio y todos aquellos que les cortaron las alas a la medicina higienista y que en el siglo XIX se las amputaron a la medicina social.
3. Lograr politizar totalmente la medicina, la odontología y la psicología teniendo presente lo que afirmó Rudolf Virchow en 1848: la política no es más que la medicina a gran escala, hoy hay que decir que la política no es más que las ciencias de la salud a gran escala y las universidades públicas deberían formar en tal perspectiva a sus estudiantes de pregrado de estas ciencias.

Referencias Bibliográficas

- Barrán, J.; Bayce, R.; Cheroni, A.; de Mattos, T. et al. (1993). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordam-Comunidad/Instituto Goethe.
- Barrán, J. (1992). *El poder de curar*. Tomo 1 de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- _____ (1993). *La ortopedia de los pobres*. Tomo 2 de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- _____ (1995). *La invención del cuerpo*. Tomo 3 de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot Compañía del Libro.
- FPP (entrada 2013), <http://www.fundforpeace.org/>
- Kothari, M. L. & Mehta, L. A. (1988). Violence in modern medicine. En A. Nandy (Ed.). *Science, hegemony and violence*. , Calcuta: The United Nations University.
- Lain Entralgo, P. (1961). *Pecado y enfermedad*. Barcelona: Toray.
- Maalouf, A. (1994). *Las cruzadas vistas por los árabes*. Madrid: Ediciones del Prado.
- Paracelso. (1994). *Obras completas*: México: Cinar Editores.
- Perkins, J. (2005). *Confesiones de un gánster económico. La cara oculta del imperialismo americano*. Barcelona: Urano.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Said, E. W. (2001). *La pluma y la espada*. Barcelona: Siglo XXI.
- _____ (2004a). *Cultura e imperialism*. Barcelona: Anagrama.
- _____ (2004b). *Orientalismo*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Starfield, B. (2000). "Is US health really the best in the world?". *Journal of the American Medical Association* Jul 26; 284 (4): 483-5.
- Strachey, L. (2000). *La Reina Victoria*. Chile: Sudamericana.
- Watts, S. (1997). *Epidemias y poder. Historia, enfermedad e imperialismo*. Barcelona: Ed. Andrés Bello.

A Agencia de noticias EFE. Washington viernes 01/10/2010 - 19:38 horas.

http://www.elmundo.es/america/2010/10/01/estados_unidos/1285956720.html

El presidente de EEUU, Barack Obama, llamó por teléfono el viernes al presidente guatemalteco, Alvaro Colom, para expresarle personalmente sus disculpas por los experimentos que infectaron intencionalmente a personas de ese país con sífilis y gonorrea entre 1946 y 1948.

Obama conversó con su homólogo guatemalteco, después de que la secretaria de Estado, Hillary Clinton, se había comunicado ya con el presidente también para disculparse.


"Es algo chocante y condenable. Es trágico y EEUU, desde luego, se disculpa ante todos aquellos afectados por esto", afirmó el portavoz de la Casa Blanca, Robert Gibbs en su rueda de prensa diaria.

A su vez, el Gobierno de Guatemala aceptó la disculpa de la Casa Blanca.

El portavoz de la Presidencia guatemalteca, Ronaldo Robles, dijo que Obama "manifestó una profunda disculpa por un acto que, dijo, causa indignación en los Estados Unidos y que no es compatible con los principios y valores de esa sociedad".

Robles dijo que el presidente guatemalteco reconoció a Obama "el gesto de su Gobierno por hacer la comunicación" y la petición de perdón al pueblo guatemalteco.

"El presidente Colom le manifestó (a Obama) que comprende que los hechos ocurrieron en otro momento, pero le insistió en la necesidad de investigar los mismos", añadió Robles.



El portavoz presidencial aseguró que el gobernante estadounidense se comprometió con Colom a “realizar una investigación profunda para determinar qué fue lo que sucedió así como identificar los alcances” de los daños causados por los experimentos médicos.

Los Ministerios de Salud, Defensa y Gobernación fueron instruidos por Colom para “ubicar” y “resguardar” los archivos de los años en que ocurrieron los hechos, los cuales servirán de base para la investigación que buscará identificar a los responsables.

La infección de personas tenía como objetivo estudiar el desarrollo de las enfermedades de transmisión sexual en períodos prolongados de tiempo, sin ofrecer tratamiento alguno a los infectados y sin que éstos estuvieran enterados de ser parte de los estudios.

El procurador de los Derechos Humanos de Guatemala, Sergio Morales, calificó de “positiva” la disculpa del Gobierno estadounidense, pero señaló que debe ir acompañada de “un resarcimiento” por los daños ocasionados al país.

Por su parte, el director del humanitario Grupo de Apoyo Mutuo, Mario Polanco, dijo a los periodistas que “se demuestra una vez más” como Estados Unidos “ha experimentado desde siempre con Guatemala”.

“Reconocen (Estados Unidos) que hicieron experimentos médicos denigrantes con presos y enfermos mentales, tal y como hicieron experimentos políticos en 1954 cuando derrocaron al Gobierno” del coronel Jacobo Arbenz, reprochó Polanco.

Previamente, la secretaria de Estado, Hillary Clinton, se disculpó con Guatemala en un comunicado conjunto con la secretaria de Salud, Kathleen Sebelius. Clinton calificó de “antiético” el estudio estadounidense de inoculación de enfermedades de transmisión sexual que se desarrolló en Guatemala durante el Gobierno de Juan José Arévalo Bermejo (1945-1951).

“Lamentamos profundamente que esto haya sucedido y ofrecemos nuestras disculpas a todas las personas que resultaron afectadas por esas abominables prácticas de investigación”, señala el comunicado.

El estudio

En los experimentos, liderados por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en la administración de Harry S. Truman (1945-1953), se estudiaba el desarrollo de las enfermedades en períodos prolongados de tiempo, sin ofrecer tratamiento alguno a los infectados.

Las prácticas han salido a la luz gracias a un estudio de la investigadora de la Universidad de Wellesley Susan Reverby que afirma que infectaron a 696 personas, muchas de ellas pacientes internados en instituciones para enfermos mentales.

Clinton y Sebelius se mostraron “indignadas de que tal investigación reprochable haya ocurrido bajo el pretexto de la salud pública” y aseguraron que “no representa los valores de Estados Unidos ni nuestro compromiso con la dignidad humana y el gran respeto hacia el pueblo de Guatemala”.

De acuerdo con el estudio de Reverby los experimentos trataban de determinar si la penicilina podía prevenir, y no sólo curar una infección de sífilis.

Los sujetos fueron infectados mediante visitas de prostitutas que tenían la enfermedad e inoculación directa, y a muchos de ellos se les alentó a que contagiaran a otras personas, según la investigadora, que no pudo determinar si los pacientes fueron curados o tratados más adelante.



Psicología y psicopatología de la Expresión, el caso de Uruguay

Madelón Casas

Descriptores: Psicología, Expresión, Taller de Libre Expresión, Mediador Plástico, Psicoterapia, Psicoanálisis.

Key words: Psychology, Expression, Free Expression workshop, Plastic Mediator, Psychotherapy, Psychoanalysis.

Resumen

El artículo presenta una síntesis histórica del desarrollo en Uruguay de la Psicología de la Expresión a través de la descripción de la actividad de los psicólogos Juan Carlos Carrasco y Mauricio Fernández y el grupo constituido por ellos en la década de 1960. En el contexto de los primeros pasos de la profesionalización de la psicología en el país, la construcción de herramientas de intervención y un *corpus* teórico-técnico llevado adelante por este colectivo estuvo dirigido a dar cuenta de la demanda de atención de la salud mental de la población integrando técnicas y dispositivos con mediadores plásticos en todos los niveles de intervención. Se releva la producción científica del grupo y su difusión, la constitución de una asociación y las prácticas de formación desplegadas. La metodología empleada integró el relevamiento de fuentes documentales, producción bibliográfica y entrevistas a informantes calificados.

Abstract

This article presents a historical synthesis of the development of Expression's Psychology in Uruguay, through the description of the activity led by Psychologist Juan Carlos Carrasco and Psychologist Mauricio Fernández and their team in the sixties. In the context of the beginning of the professionalisation in Psychology in the country, their construction of intervention tools and theoretical-technical corpus was oriented to satisfy the needs of the population mental health caring, integrating techniques and devices with "plastic mediators" (painting, modelling, drawing, etc.). The group's scientific production and its diffusion, the birth of an association and the educational practices that were held, were gathered. The methodology that was used integrated the study of documents, bibliographical production and interviews to qualifies informers.

En Uruguay la actividad desarrollada en relación a la psicología y la psicopatología de la expresión comienza en la década de 1950 a partir de los trabajos pioneros de los psicólogos Juan Carlos Carrasco y Mauricio Fernández. Ambos profesionales organizan un grupo de psicólogos interesados en la temática que en poco menos de veinte años producen múltiples trabajos de apropiación y legitimación para el campo profesional de la psicología, de la producción expresiva creativa del sujeto como herramienta válida de intervención en este campo profesional.

En 1956 dichos psicólogos crean el *primer instituto de formación preescolar*, una institución escolar que les permitiría llevar adelante un *plan de higiene mental y de desarrollo de la comunidad* que comprendía cuatro áreas de trabajo: a) formación preescolar, b) talleres de expresión y terapia, c) escuela de padres y d) organización de actividades recreativas (clubes de niños y centro de barrio) (Fernández, 1970), además de constituirse en un centro de investigación y producción de herramientas de intervención.

Los/as psicólogos/as Yolanda Martínez, Alberto Namer, Jorge Caprario, Pola Volinsky, Ivonne Vázquez, Ivonne Gómez, Elida Casas, José Luis Brum, Ana María Herrera, M. J. Dighiero Urioste, Sergio Marro, Luis Irazú, Pelusa Labroucherie,

Yolanda Fazakas, Alejandro Scherzer e Ildis Santini, según Juan Carlos Carrasco (1996), se nuclean en torno a las actividades concretas que las definiciones ideológicas y las consecuencias teórico-metodológicas que dicho plan de higiene mental implicaban. Un integrante de dicho grupo, describe lo siguiente:

(...) Nos invitaron a participar en el Colegio Latinoamericano¹ en todo el programa que tenían de extensión y de trabajo en la comunidad, un trabajo muy interesante con los talleres de libre expresión para niños, el trabajo pedagógico a nivel del Latinoamericano y el trabajo con los padres (...).

La demanda social de atención psicológica y la búsqueda de dispositivos de intervención eficaces incidieron en la elección de la técnica y el método. Tal como expresa uno de los fundadores, Juan Carlos Carrasco:

(...) El origen de los talleres de expresión yo diría, sin mucho error, que fueron los pedidos de intervención, de atención psicológica, de las escuelas al curso de Psicología Infantil. A nosotros nos generaba una enorme preocupación, una enorme angustia que después de hacer un diagnóstico no teníamos forma de seguir atendiendo al sujeto (...)" (Caselli & Casas, 1996-1998).

¹ Colegio Latinoamericano es la denominación actual del Primer Instituto de Formación Preescolar.

El dispositivo de intervención “*Taller de Expresión*” resultó muy potente en cuanto a los resultados y posibilidades que ofrecía, así como el uso de la pintura como mediador. Al respecto se expresa:

(...) El Taller de Expresión del jardín de Infantes y dentro de él la pintura se reveló como un instrumento altamente eficaz. A través de ella se crearon dos técnicas: 1) Un método de estudio del Desarrollo y de la Personalidad y 2) Un método de Terapia Dinámico Expresiva. El estudio y determinación del primer método insumió un tiempo de dos años comprendidos entre 1956 y 1957. En el curso de los mismos la utilidad de la pintura y el modelado como técnica de investigación, lo significativo de sus resultados y sobre todo lo reveladores que se mostraron de las condiciones de la personalidad y de sus conflictos, nos condujeron a su uso como procedimiento de terapia (...) (Fernández, 1970 :16).

En un doble movimiento, este grupo de psicólogos en épocas de naciente profesionalización de la psicología en el país, década de 1960, legitimó para dicho campo profesional unas modalidades de intervención profesional en diferentes niveles de atención de salud instaurando, al mismo tiempo, la integración de técnicas expresivas en su desarrollo. Esta legitimación


operó en diversos ámbitos, entre ellos el desarrollo de prácticas que se difundieron en reuniones científicas con soportes y aportes teóricos y técnicos que consolidaron dispositivos de intervención en prevención y promoción de salud (talleres de expresión); de tratamiento psicoterapéutico (la psicoterapia dinámico-expresiva); y de diagnóstico del desarrollo (la Escala Montevideo). Asimismo, este grupo pionero procede a su institucionalización con la fundación en noviembre de 1963 de la Asociación Uruguaya de Psicología y Psicopatología de la Expresión (AUPPE).

Acerca de su experiencia personal, Scherzer (2008) manifiesta:

(...) en el año 66, entré a AUPPE, permanecí hasta que se cerró en 1973, allí también recibí formación en psicoterapia dinámico-expresiva grupal trabajando con Ildis Santini. Primero entré a participar de los plenarios y a estudiar las técnicas específicas y después ya a participar como terapeuta en los Talleres de Psicoterapia dinámico-expresiva (...).

Varias circunstancias convergen en los orígenes de la fundación de AUPPE, entre ellas el funcionamiento en el Hospital Italiano, a comienzos de la década de 1960,² de un gru-

² Fecha estimada por la autora ya que no se localizaron publicaciones al respecto.



po de psicoterapia dinámico-expresiva de adultos compuesto por cuatro hombres y cuatro mujeres de entre 26 y 40 años que funcionó en el Hospital Italiano.

En relación a ello Juan Carlos Carrasco describe que:

(...) el coordinador era yo y Mauricio actuaba de observador; (...) en ese momento nosotros tomamos un modelo psicoanalítico de terapia de grupo (...) trabajábamos con un terapeuta, un observador y trabajábamos con la transferencia y con la interpretación. (...)” Respecto a los integrantes del grupo manifiesta que “(...) no eran voluntarios, eran personas que querían hacer psicoterapia y aceptaban esta modalidad que nosotros auspiciábamos (...) (Caselli & Casas, 1995).

En esta misma época, en el Hospital Vilardebó, dicho profesional dictaba clases en el Postgrado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, trabajaba en el Laboratorio de Psicología de la institución y coordinaba junto a Ildis Santini un taller de psicoterapia por la pintura con internos, dando cuenta de una actividad intensa y de variada índole dentro del campo de la Psicología.

Para estos años ya se habían presentado trabajos en reuniones científicas y se habían elaborado las bases teórico-metodológicas de la psicoterapia dinámico-expresiva, se contaba

con experiencia de más de diez años en el Colegio Latinoamericano de trabajo en Talleres de Expresión con niños y un grupo de psicólogos/as interesados en la temática

Con la fundación de AUPPE se armaron, como señala Juan Carlos Carrasco:

(...) los talleres en el lugar donde había estado el primer preescolar y empezamos a trabajar gratuitamente con niños, ya que no era ético cobrarles cuando lo que estábamos haciendo era una especie de escuela de psicoterapia (...)” (Caselli & Casas, 1996-7).

En este sentido, se expresa que:

(...) AUPPE funcionaba en donde fue el edificio histórico del Latinoamericano, Bvar. Artigas 535, ahí empecé mis primeras lides con la psicoterapia, ahí funcionaban grupos de psicoterapia dinámico-expresiva y había instancias de formación (...) (Scherzer, 2009).

La institución, de acuerdo a los testimonios anteriores, desarrollaba acciones de formación de psicoterapeutas por la expresión en el marco de la práctica en grupos de terapia dinámico-expresiva. De alguna manera daba cumplimiento, de esta forma, a uno de sus objetivos. En efecto, el Artículo 1 de los Estatutos de dicha institución expresa que:

(...) AUPPE tiene por objetivos establecer un sentido social del

estudio y aplicación de las técnicas psicológicas, de modo que las haga accesibles económicamente al mayor número de individuos, tanto en el orden del aprendizaje de la técnica, como en el de la rehabilitación psicológica (...)" (AUPPE, 1970: 5) poniendo de manifiesto la orientación del grupo fundador.

En el campo de la psicología en el Uruguay, para alguno de sus protagonistas:

(...) AUPPE surge como un planteo contestario a la hegemonía del psicoanálisis kleiniano para una élite económica, (...) me parecía que lo importante era la concepción filosófica de AUPPE, (...) que la clase digamos económicamente menos privilegiada y los pobres, tuvieran una alternativa terapéutica y que fuera grupal (...) (Scherzer, 2009).

Carrasco afirma que el grupo de psicólogos interesados en los Talleres de Expresión en la primera mitad de la década de 1960, muchos de ellos egresados del Curso de Psicología Infantil, fueron activos protagonistas de la creación de AUPPE dado que no tenían acceso, por motivos diversos, a la formación como psicoterapeutas en otros ámbitos. Esto lo pone de manifiesto de la siguiente manera:

(...) en ese ínterin es cuando una generación de egresados del


Pedro Visca³ dicen que querían tener formación psicoterapéutica y no saben cómo (...) querían hacer psicoterapia, no tenían un lugar donde formarse, no podían pagar, concretamente, lo que en ese momento estaban cobrando los psicoanalistas (...)"(Caselli & Casas,1996-7).

Según la visión de uno de los fundadores entrevistados:

(...) En aquel momento el único centro de formación de psicoterapeutas era la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), una asociación que de alguna manera era bastante restrictiva, de algún modo era también bastante elitista y muy cara (...) la gente que no tenía medios, no podía y ese fue uno de los motivos fundamentales por el que nosotros abrimos AUPPE (...).

En el orden de la difusión, en 1970, AUPPE publica *Psicología de la expresión*, una recopilación de trabajos de autores nacionales y extranjeros dando cuenta de un recorrido de casi quince años de experiencia en la temática. La presentación del trabajo con técnicas expresivas en jornadas y congresos del grupo de referencia

³ Designación usada en la época para referirse a la formación universitaria (Facultad de Medicina-Universidad de la República) en Psicología Infantil impartida inicialmente en el Hospital de Niños del mismo nombre



había comenzado en la década de 1960. A título de ejemplo, Juan Carlos Carrasco y Mauricio Fernández presentaron, en las “Primeras Jornadas Uruguayas de Psicología” (1960) dos trabajos: *Método de psicoterapia dinámico-expresiva en grupo y Pautas de desarrollo en Pintura*. En coautoría con Yolanda Martínez presentan el artículo *La pintura como instrumento técnico de la psicología aplicada*. Estas ponencias enfocaban, desde diferentes ángulos, la teoría y la técnica de una modalidad de psicoterapia y la especificación del uso de la pintura en el diagnóstico del desarrollo y de la personalidad, la fundamentación de la integración de un mediador plástico en las intervenciones profesionales del psicólogo respectivamente. El interés por la producción de imágenes de Juan Carlos Carrasco tuvo diversas expresiones. Una de ellas es la creación de un *Test de Integración Audio-motriz* (1963) con la colaboración de Yolanda Martínez; este instrumento de diagnóstico de personalidad fue presentado en el Congreso Interamericano de Psicología en Río de Janeiro en 1960; puesto en práctica por el autor en la Clínica de Serge Lebovici en París y publicado en el Boletín de Psicología de la Universidad de París en 1963.

La exploración y el estudio de la génesis de las imágenes que llevó adelante este autor tiene expresión en sus trabajos sobre el Test de Goodenough

(1962); el Test de Rorschach (1970) y sobre la imagen psicológica (1965, 1994).

La producción de pinturas de niños en edad preescolar (18 meses a 6 años) da lugar a un estudio pormenorizado de las formas que asume la conducta pictórica, diferente de la producción de dibujos, en esta etapa vital. La creación de la *Escala Montevideo*,⁴ en 1963, por Juan Carlos Carrasco y Mauricio Fernández, luego de 10 años de experiencia y el análisis de las pinturas de más de 2.000 niños, da cuenta de que:

(...) reuniendo los caracteres comunes de la actividad en pintura en los distintos niveles de la edad preescolar, hemos descrito las pautas de desarrollo en pintura que configuran la conducta de por lo menos el 75% de los niños de una edad determinada (...) (Carrasco, 1970: 24).

Dichos autores consideraron que esta Escala proveía de un potente y sencillo instrumento de aproximación diagnóstica del desarrollo infantil. Las pautas de desarrollo en pintura fueron registradas en el Centro Mundial de Documentación de Arte Psicopatológico de París en 1963 (Carrasco, 2006).

⁴ Señala Juan Carlos Carrasco que la denominación “Escala Montevideo” le fue dado por él en Holanda en 1981 al trabajar con niños hijos de exiliados políticos (Carrasco, 2009).

En forma más general y en relación a la pintura, Carrasco ha manifestado:

(...) La técnica que he utilizado en mi trabajo es proponer la ejecución pictórica no directiva o sea usando como método la expresión libre. He seleccionado la pintura como substrato material de la técnica por su carácter, por su extrema cualidad de polivalencia y polimorfismo al ser tratada para la ejecución de la obra. (...) Por estas cualidades, la pintura se presta maravillosamente para procurar una mediación comunicante, (...) un canal abierto de material proyectivo, tanto de fenómenos operativos psíquicos como de contenidos emocionales, de procesos de pensamiento, pero también de contenidos emocionales (...) (2009).


De los diversos lenguajes expresivos, parecería que el canal de comunicación no verbal a través de imágenes producidas con pintura que estas técnicas proporcionaban era una de las cualidades más importantes en relación a la demanda de intervención profesional. Esto se refleja en la afirmación que realizan Carrasco y Fernández (1960), luego de un extenso período de uso, donde resaltan que la pintura se ha incorporado de manera legítima como instrumento de la “*psicología aplicada*”, como técnica del diagnóstico de niños en su

más amplia expresión, así como herramienta psicoterapéutica.

La experiencia con Talleres de Expresión se extendió a otros medios sociales e instituciones. En el sindicato “Federación Obrera de la Lana”, Mauricio Fernández coordina esta actividad con fines de promoción de salud y, en la Escuela de Recuperación Psíquica N° 2 de Montevideo, Juan Carlos Carrasco coordina un taller con finalidad terapéutica (Carrasco, 1967); a ello se suma que en el Hospital de Niños Pedro Visca funcionan grupos de psicoterapia dinámico-expresiva, uno con niños deficitados, coordinado por Pola Volinsky e Ivonne Vázquez y otro con niños de entre 8 y 10 años dirigido por Yolanda Martínez y Yolanda Fasakas. También se reportan experiencias de psicoterapia en grupo con adolescentes realizadas por Yolanda Martínez y Jorge Caprario, y con preadolescentes por Luis Irazú y Elida Casas (Caselli & Casas, 1996: 7).

La comunicación de las experiencias mencionadas anteriormente se realizó –como ha sido dicho– en las Jornadas Uruguayas de Psicología, hasta la sexta edición de las mismas (1965), esta actividad de difusión fue permanente; en el XII Congreso Interamericano de Psicología (1969) se presentan cuatro ponencias más.

Juan Carlos Carrasco viaja becado a Francia en 1963 donde permanece un año, es visitante asiduo del Taller de Arno Stern y trabaja con



Serge Lebovici; de esta última experiencia relata:

(...) allí hablé de la técnica y la pusimos en práctica, en la Clínica de Lebovici y de ahí salió uno de los dos trabajos escritos de la beca, (...) llevé la pintura como escala de desarrollo en preescolares y además como posibilidad de técnica terapéutica (...) (Caselli & Casas, 1996-1998).

No se han localizado contactos y/o intercambios del grupo con colegas de la región. A pesar de la cercanía con Argentina –donde Fidel Moccio trabajaba en la misma época con el dispositivo “Taller de Terapias Expresivas”– no parece haber sido importante el relacionamiento a nivel local con otras personas y/o grupos que trabajaran en la misma línea de pensamiento e interés. A modo de ejemplo, no se han relevado vínculos con profesionales que en Brasil integraban técnicas expresivas en el tratamiento en los hospitales psiquiátricos, tal es el caso de la Dra. Nise Da Silveira cofundadora de la SIPE, con actividad en Río de Janeiro desde la década de 1940.


A nivel internacional era fluido el contacto con Asociaciones Internacionales como la Société Française de Psychopathologie de l'Expression (SFPE) y la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression (SIPE) de la que AUPPE formó parte (Psicología de la Expresión, 1970).

En un período de poco más de quince años, 1956-1973, los integrantes del grupo de Psicología de la Expresión, así designado por Carrasco en 1997, desarrollaron tareas de significación para la profesionalización de la psicología en Uruguay. Estas actividades se ven interrumpidas con la instauración de la dictadura militar en 1973, momento en que se disgrega el grupo en tanto muchos de sus miembros se exilian y las actividades de AUPPE cesan.

Hemos dado cuenta en forma somera del desarrollo de la ampliación y legitimación de un campo de trabajo de la profesión de psicólogo en el país llevado adelante por este grupo. En este sentido, se observan tres vertientes de trabajo: a) de producción de instrumentos de la psicología aplicada; b) de creación de reflexión teórica y difusión científica y c) de creación de una institución para la formación y la investigación en psicología de la expresión.

Es importante destacar que cada uno de estos movimientos ha aportado al ordenamiento del rol del psicólogo en el marco de una ética profesional de la que daban cuenta. La confluencia de elementos de diferente orden, histórico-social y académico e ideológico, en sinergia unos con otros, justificarían dicha actividad.

Históricamente la psicología, en esos años, era una profesión naciente, los primeros egresados y los




fundadores del campo, en esta etapa originaria, llevaron adelante la construcción de un rol de psicólogo con rasgos propios. Para ello necesitaron desarrollar una tarea de legitimación de sus prácticas. El ejercicio profesional que debía construirse, para algunos de sus principales actores, no podía ser ajeno a una definición social de la profesión, a la búsqueda de instrumentos que permitieran el acceso al mayor número de personas en todos los niveles de atención de la salud mental. El correlato de ello fue la construcción de herramientas de intervención pertinentes a estos fines y en este sentido los fenómenos expresivos resultaron operativos a esta necesidad.

La adhesión de muchos egresados jóvenes parecería que comprometió a los “fundadores” a llevar adelante la formación para la psicoterapia, campo en el que no era posible ingresar si no era a través de otra institución (APU) que lo monopolizaba y del cual eran excluidos de maneras diversas. En ese sentido la fundación de AUPPE significó el comienzo de la institucionalización; surgía una institución con aristas contra hegemónicas en muchos sentidos; no se cobraban honorarios por la formación y tampoco a los usuarios del servicio de psicoterapia que allí se brindaba, los dispositivos de intervención apelaban inicialmente a la producción expresiva-creativa no verbal del sujeto, no existían normativas respecto a la necesidad o no de

psicoterapia de los psicólogos en formación, además, los psicólogos que trabajaban con los grupos de psicoterapia dinámico-expresiva de niños no percibían honorarios.

La producción y circulación de unos bienes simbólicos peculiares u originales, los de la psicología de la expresión, quedaba de todas maneras restringida a la actividad privada del grupo, ya que en efecto, la misma no se desarrolló en forma plena en el ámbito de la Universidad Pública (UdelaR).

El contexto histórico de funcionamiento del grupo estará signado por la década previa al golpe de estado de junio de 1973, como pone de manifiesto uno de los entrevistados, los enfrentamientos ideológicos externos permeaban la institución: “(...) Esto trajo en la interna de un movimiento autogestivo, anarco, con la raíz de Carrasco y Fernández, diversos enfrentamientos (...)”. Asimismo, en el ámbito externo a AUPPE comienzan a circular otras propuestas de formación, como la de Armando Bauleo, que viajaba de Buenos Aires para coordinar grupos de estudio con una matriz ideológica marxista y psicoanalítica. A él se le solicita realice una intervención institucional en AUPPE que, en opinión de uno de los entrevistados, agudiza los problemas. Las derivas posteriores de este clima institucional no llegan a procesarse totalmente, en 1973 debido al golpe de estado y la instalación de la



dictadura cívico-militar, la actividad de AUPPE cesa. Juan Carlos Carrasco y Mauricio Fernández ya se habían exiliado en 1972, uno de los entrevistados expresa: "(...) después estuvo la dictadura, lamentablemente se tuvo que cerrar AUPPE (...)". No hemos accedido a documentos y/o testimonios sobre formas de circulación y apropiación (formación) de estos constructos teórico-técnicos durante el período dictatorial (1973-1985). Las intervenciones psicológicas con integración de técnicas expresivas durante ese lapso son prácticamente inexistente, con excepción de grupos de psicoterapia dinámico-expresiva que se desarrollaron en el Hospital Pereira Rosell (Fazakas, 1998).

En Uruguay el desarrollo de la Psicología de la Expresión, en el período de fundación de la psicología como profesión (en 1956 se instala la Licenciatura de Psicología en la FHHCC), produjo el surgimiento de un campo emergente, de prácticas que fueron alternativas a las tradicionales (verbales e individuales), con objetivos de prevención y promoción de salud e inserción comunitaria.

La Psicología Latinoamericana como ciencia y como praxis ha sido extremadamente pobre en su producción según algunos autores (Martín-Baró, 1986); de allí la importancia del rescate de esta historia y el reconocimiento a los precursores y su compromiso social.

Las huellas de la producción del Grupo de la Psicología de la Expresión son múltiples en el campo profesional en Uruguay, dejaron su marca en la formación de muchos psicólogos/as y se son parte constitutiva de la identidad de la profesión de psicólogo en el país. Las trazas de su actividad se expresan en prácticas profesionales actuales con mediación no verbal, un relevamiento de las mismas, así como de la producción científica de referencia (Casas, 2011), muestra su desarrollo en todos los niveles de atención de salud y en diferentes ámbitos de intervención.

La difusión de los antecedentes y el desarrollo de la Psicología de la Expresión en Uruguay pretende contribuir a la integralidad de estas prácticas profesionales, tanto en su construcción como en su desarrollo actual.

Bibliografía

- Ardila, R. (1998). *Historia de la Psicología en América Latina*. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1994). *El campo científico*. En <http://pierrebourdieu.blogspot.com>. Recuperado 8/08/2008.
- Bourdieu, P.; Wacquant; L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina: Siglo XXI.
- Carrasco, J. C. (1967). "Una experiencia de taller de pintura en escuela de recuperación". *Quintas Jornadas Uruguayas de Psicología*. Montevideo. 1964. Montevideo: Sociedad de Psicología del Uruguay.
- (1970). *Psicodiagnóstico de Rorschach Manual*. Montevideo: Mimeográfica Aurora.

- _____ (s/f). Aproximación descriptiva de fases o etapas en el desarrollo de la psicología uruguaya. En *Historia de la Universidad y la Psicología en el Uruguay*. Montevideo: CEUP Departamento de Publicaciones (s/d).
- _____ (1991). "Rol del Psicólogo en el mundo contemporáneo" [1969]. En Giorgi, V.; Carrasco, J. C.; et al. *El Psicólogo: Roles, escenarios y quehaceres*. Montevideo: Roca Viva.
- _____ (1993, Noviembre). "Talleres de Expresión". En *Revista El Latino Año 2 N° 3*. Montevideo: Colegio Latinoamericano.
- _____ (1994, Noviembre). "Algunos aportes para una metodología analítica de la imagen espacial en psicología". En *Revista El Latino N° 4*. Montevideo: Colegio Latinoamericano.
- _____ (1997). "Dialéctica entre figura y forma". En *Creatividad Cap. 7*. Montevideo: Roca Viva.
- _____ (2006). "Seminario de Psicología Crítica alternativa. Análisis crítico de una práctica psicológica personal y propuestas alternativas". En Benítez, L.; Sosa, M.; Varela, A. (comp.). *Juan Carlos Carrasco. Textos escogidos*. Montevideo: Artes Gráficas.
- _____ (2007). *Aportes para la elaboración de una propuesta educativa*. Montevideo: Artes Gráficas.
- _____ (2009). *Aportes II. Comentarios sobre una práctica psicológica*. Montevideo: Juan Carlos Carrasco.
- _____ (2009 b, Setiembre). *Mesa de Apertura Jornadas de AUPPE*. Montevideo: Mimeo.
- _____ (2010). "Test d'integration audiomotrice" [1963]. *Bulletin de Psychologie: groupe de études de psychologie de L'Université de Paris N° 225, XVII, 2-7* en *Aportes II Comentarios sobre una práctica psicológica*. Montevideo.
- Carrasco, J. C.; Fernández, M. (1966). *Planificación psicopedagógica, higiene mental y desarrollo de comunidad (una experiencia de diez años)*. Montevideo: Comunidad del Sur.
- Carrasco, J. C.; Fernández, M. (1970). "La pintura como instrumento técnico de la psicología aplicada". En *Psicología de la Expresión*. Montevideo: AUPPE.
- Carrasco, J. C.; Fernández, M.; Martínez, Y. (1970). Método de psicoterapia dinámico-expresivo. En *Psicología de la Expresión*. Montevideo: AUPPE.
- Casas, M. (2006, Noviembre). "Profesionalización de la Psicología en Uruguay, primer relevamiento". En *Memorias VIII Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Facultad de Psicología UdelAR.
- _____ (2010). "Psicología de la Expresión Técnicas Expresivas Integradas Noticia desde Uruguay". *Congreso de FEAPA CD Gerona España*.
- _____ (2011). "Prácticas Profesionales con Integración de Técnicas Expresivas en Psicólogos egresados de la Universidad de la República". *Tesis de Maestría en Salud Mental*. Montevideo: Universidad de la República Uruguay.
- Casas, M.; Caselli, H. (1995). "Las Técnicas Expresivas integradas ¿Una herramienta de trabajo polivalente para el psicólogo? *Encuentro de Psicología Coordinadora de Psicólogos del Uruguay CPU*. Atlántida Uruguay: Mimeo.
- _____ (1996-8). *Entrevistas a Juan Carlos Carrasco y Élide Tuana* 1º/08/1996, 16/08/1996, 13/09/1996, 20/09/1996, 1º/10/1996, 1º/04/1997, 18/04/1997, 10/02/ 1998. Montevideo: Mimeo.
- Martín-Baró, I. (1986). "Hacia una psicología de la liberación. *UCA Boletín de Psicología, No. 22*. 219-231. San Salvador: UCA Editores.

Violencias y Educación en el Uruguay de hoy: aportes para pensar

*Víctor Giorgi
Gabriel Kaplún
Luis E. Morás
María A. Arias
Martín Martínez
Daniel Parafita
Hoenir Sarthou*

Descriptorios: Violencia, Salud Escolar, Derechos del Niño y Adolescente, Convivencia, Salud Colectiva, Exclusión Social, Vínculo.

Descriptors: Violence, School Health, Rights of Children and Adolescents, Community Life, Public Health, Social, Relationship.

Resumen


El presente artículo es parte de un proyecto más amplio denominado “La violencia en los Centros Educativos. Representaciones, imágenes y valores desde la mirada de los protagonistas.”

En las últimas décadas la educación no sólo ha ido perdiendo el alto prestigio social que alcanzó en la sociedad uruguaya sino que ha sido escenario de múltiples situaciones de violencia que han disparado reacciones y posturas contrapuestas, muchas veces francamente enfrentadas, entre los diferentes actores que participan del proceso educativo.

En este artículo nos hemos propuesto aproximarnos a la comprensión de las situaciones de violencia que se producen en el sistema educativo tomando como centro del análisis la palabra de los educandos.

La estrategia utilizada se sitúa en el cruce de dos propuestas metodológicas con larga tradición dentro las ciencias sociales: los talleres –dispositivo central de la estrategia desarrollada– integran aspectos de las denominadas metodologías cualitativas y, dentro de éstas, incorporan elementos de la llamada investigación-acción; no se limita a recoger material sino que problematiza, desafía y promueve el análisis de los actores en relación a su implicación en las situaciones sobre las cuales se trabaja.

A través de esta metodología se recoge y analiza la producción verbal de los educandos en tres centros educativos: una escuela, un liceo y una escuela técnica.



La propuesta está orientada a la apertura de espacios de expresión, reflexión y diálogo, y a tales efectos se ponen en juego técnicas facilitadoras que permiten que los protagonistas manifiesten puntos de vista e intercambien en relación a los mismos, entre ellos y con los investigadores. En este sentido resulta central capturar las representaciones sociales a través de las cuales los diferentes actores institucionales se vinculan entre sí, con la tarea educativa y con la institución. El análisis del material confirma las dificultades de comunicación intergeneracional, la percepción devaluada de los roles adultos, y la crisis que atraviesan las instituciones educativas desde la mirada de los niños, niñas y adolescentes.

Abstract

This article is part of a larger project entitled "Violence in Schools. Representations, images and values from the protagonists' perspective"

In recent decades, education has not only been losing social prestige achieved in Uruguayan society, but it has also been the scene of many violent situations that have triggered conflicting reactions and positions, often frankly faced, among the different actors involved in the educational process. In this article we intend to approach the understanding of the situations of violence that occur in the educational system, considering the words of the learners as the center of the analysis.

The strategy is at the intersection of two methodological proposals with a long tradition within the social sciences: the workshops - central device of the developed strategy - integrate aspects of the so-called qualitative methods, and within these, incorporating elements of the so-called research - action, not only collects material but also problematizes, challenges and encourages the analysis of the actors in relation to their involvement in situations over which they work.

Through this methodology, verbal production of students in three schools are collected and analyzed: a school, a lyceum and technical school.

The proposal is aimed at opening up spaces for expression, reflection and dialogue, and to this end, the enabling techniques that allow the actors to express and exchange their views, among themselves and with researchers come into play. This way, it is vital to capture social representations through which the different institutional actors are linked together, with the task of education and with the institution.

Material analysis confirms the difficulties of intergenerational communication, devalued perceptions of adult roles and the crisis afflicting the educational institutions from the children and adolescents' perspective.

Introducción

El presente artículo es parte de un proyecto más amplio denominado “La violencia en los Centros Educativos. Representaciones, imágenes y valores desde la mirada de los protagonistas.” El referido proyecto fue ejecutado por un equipo interdisciplinario conformado que integraba aportes desde la comunicación, la psicología, la educación, la sociología y el derecho. Contó con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República (UdelaR) en el marco del Programa “Fondo universitario para contribuir a la comprensión pública de temas de interés general” (2009).

Desde los años 90 la violencia en sus diferentes expresiones se ha instalado en la agenda política y en las preocupaciones cotidianas de la población uruguaya. Esta preocupación va acompañada de un incremento de las críticas y pérdida de confiabilidad en las instituciones de control social (Morás, 2009).

La educación, en las últimas décadas, no sólo ha ido perdiendo el alto prestigio social que alcanzó en la sociedad uruguaya sino que ha sido escenario de múltiples situaciones de violencia que han disparado reacciones y posturas contrapuestas, muchas

veces francamente enfrentadas, entre los diferentes actores que participan del proceso educativo.

En este artículo nos hemos propuesto aproximarnos a la comprensión de las situaciones de violencia que se producen en el sistema educativo tomando como centro del análisis la palabra de los educandos.

La violencia, las violencias

La violencia toma múltiples expresiones y formas según los ámbitos, espacios y actores que involucra. Podemos hablar de violencias físicas, simbólicas, psicológicas y económicas. También se habla de violencias individuales, institucionales o colectivas. El afán de introducir taxonomías que ordenen, al menos en apariencia, un tema caracterizado por su vastedad y complejidad, no debe ocultar ni minimizar las asociaciones e interacciones entre estas múltiples modalidades que coexisten y circulan en espacios socio-simbólicos interconectados e interdependientes, a pesar de aparentes distancias socialmente construidas.

Viscardi (2008), tras alertarnos acerca de las dificultades de precisar qué es la violencia, sugiere que la misma oscila entre dos polos. Por un lado aquél que conmueve a la opinión pública: muertes, golpes, heridas con o sin armas, robos, etc.; por otro lado la violencia como un

conjunto de incivildades, de agresiones cotidianas al derecho de cada quien a ver su persona respetada: palabras hirientes, interpelaciones, humillaciones, etc. Estas incivildades están presentes en diferentes ámbitos de convivencia, siendo muchas veces naturalizadas e incluso negadas en su carácter de actos violentos. Se trata entonces de una violencia institucional o institucionalizada.

Cuando las formas de violencia pertenecientes al primer grupo superan ciertos umbrales y adquieren cierta espectacularidad tienden a generar un efecto de encandilamiento por el cual se invisibilizan (o al menos se les quita significación) a esas otras expresiones de violencia que suelen estar naturalizadas, toleradas por el colectivo. Lo que sucedió antes, lo que sucede cotidianamente en esos espacios y que en forma directa o indirecta involucra a los mismos actores, parece no tener relación alguna con esos hechos que al ser recortados resultan incomprensibles y, por tanto, sólo adjudicables a la irracionalidad y a la “naturaleza violenta” de los actores.

La noción de *violencia simbólica*, acuñada por Bourdieu, suele usarse para referirse a las formas más sutiles y no físicas de violencia. Sin embargo vale la pena recuperar el sentido que el sociólogo francés da al concepto, asociado al de *arbitrariedad cultural*. Para Bourdieu no existe una cultura legítima, toda cultura es arbitraria; lo

que hace la institución escolar es afirmar como única legítima la cultura de las clases dominantes. En el caso de la institución escolar esta violencia simbólica se ejerce principalmente a través de la acción pedagógica:

Toda acción pedagógica es objetivamente una violencia simbólica en tanto que imposición, por un poder arbitrario, de una arbitrariedad cultural. (...) poder arbitrario que es la condición de una relación de comunicación pedagógica, o sea, de la imposición y de la inculcación de una arbitrariedad cultural según un modelo arbitrario de imposición e inculcación (*educación*) (Bourdieu y Passeron, 1979: 45-46).

En una sociedad integrada dicha violencia se ejerce sin mayores resistencias. Sin embargo, con el actual proceso de desestructuración social, este arbitrario cultural que se intenta inculcar se torna prescindible para algunos jóvenes, siendo éste un elemento más de la crisis de legitimidad del sistema (Viscardi, 1998).

Crisis de legitimidad –crisis de hegemonía, en el sentido de Gramsci– que puede ser, entonces, parte importante del origen de muchas violencias, ya no simbólicas, sino físicas. Crisis que abre, a su vez, oportunidades para repensar el sistema educativo y la sociedad toda, interpelada violentamente desde una de sus principales instituciones de sustento.



La violencia en la sociedad uruguaya

Históricamente la sociedad uruguaya se diferenció del resto de la región por altos niveles de integración social y bajos índices relativos de pobreza. En las últimas décadas, sin embargo, las distancias invisibles que siempre estuvieron presentes se hicieron cada vez más evidentes. Las diferentes formas de pobreza y la exclusión social se instalaron, consagrando una profunda brecha que separa espacios simbólicos, culturales y urbanos caracterizados por formas de vida marcadamente diferentes. Los esfuerzos realizados desde el Estado uruguayo a partir del 2005 han permitido disminuir los niveles de pobreza, pero sus efectos diferidos aún permanecen activos. Las marcas que llevan aquellos que han nacido y se han socializado en situaciones de extrema pobreza permanecen, y también la transmisión transgeneracional de estas marcas continúa operando como factor de segmentación social.

Estos procesos de exclusión se encuentran estrechamente relacionados con las características y frecuencia que han tomado las diferentes formas de expresión de la violencia en los más variados espacios de interacción social. La violencia emerge en el ámbito doméstico, en los espacios públicos, en los espectáculos

deportivos. Y también en las instituciones educativas.

Los medios de comunicación parecen especialmente receptivos a transformar estos hechos en noticias, dándole destacados espacios, pero preocupándose poco por acercarse a las causas. Se abusa de explicaciones simplistas, desconociendo la complejidad y la multicausalidad de estos procesos. Se buscan responsables y culpables, cayendo fácilmente en la demonización de algunos sectores y en la desresponsabilización de otros.

A su vez la opinión pública y algunos sectores del sistema político exigen al Estado respuestas basadas en las referidas interpretaciones simplistas que no hacen más que profundizar la exclusión e incentivar las violencias.

Violencia e instituciones educativas

Aunque en Uruguay la educación básica es de acceso universal, no pueden desconocerse las lógicas prácticas que la llevan a reproducir los procesos de exclusión y formar parte activa de los mismos. El fracaso diferencial, la llamada deserción intermitente, la psiquiatrización de los niños provenientes de hogares más pobres son indicadores de nuevas formas de exclusión que no se reflejan en la matrícula pero sí en las reales posibilidades de integración y acceso al aprendizaje.

Los estudios disponibles a nivel nacional e internacional coinciden en ubicar a la violencia a la vez como causa y efecto de estos procesos de exclusión (Fernández et. al., 2010: 8). Procesos que inciden a su vez en el clima escolar, en la convivencia en los centros educativos. El hecho de que muchos alumnos sean formalmente incluidos pero culturalmente excluidos del sistema educativo alimenta los fenómenos de violencia.


El conflicto inclusión-exclusión se expresa al interior de las instituciones educativas, donde se despliegan “lógicas prácticas” que tienden a la expulsión de aquellos niños y adolescentes señalados como “portadores de problemas”, fortaleciendo en éstos el sentimiento de ajenidad respecto a los espacios educativos y la sensación de estar en una situación de enfrentamiento con “los otros”. Esto conduce, desde los sectores considerados integrados, a una especie de legitimación de la discriminación, acompañada de demandas de represión, exclusión, encierro y otras medidas que radicalizan el conflicto.

Coincidimos con Bleichmar en cuestionar el “mito de que la violencia es producto de la pobreza. Es producto de dos cosas: por un lado el resentimiento por las promesas no cumplidas y, por el otro, la falta de perspectiva de futuro” (Bleichmar, 2008: 35). Ambos elementos remiten a un tiempo de larga duración.

Las promesas incumplidas refieren a la generación actual que asiste a las aulas, pero también a sus padres, en quienes los primeros ven la marca de las promesas incumplidas y las violencias sufridas. La falta de perspectivas de futuro, y por tanto de proyectos, lleva a vivir en un eterno presente, sin posibilidad de orientación en el tiempo, sin sentido del cuidado del otro y de sí mismo.

En medio de la crisis de las instituciones educativas la formación y las prácticas docentes siguen respondiendo inercialmente, en buena medida, a modelos pedagógicos centrados en la transmisión de conocimientos, a lógicas de heteronomía y autoritarismo (Ubilla, 2002: 6). Pero junto a ello convive la anomia y el desánimo, manteniendo a veces el ritual autoritario pero sin lograr la obediencia silenciosa de las aulas de otro tiempo. Y entre el autoritarismo remanente y la destitución siguen emergiendo también los múltiples esfuerzos de “reconstrucción de vínculos y de redes que, en la medida en que permiten crecer con autonomía, se convierten en nuevos caminos y posibilidades” (ibíd: 8).

Uno de los componentes más dramáticos de esta crisis de los mecanismos institucionales de socialización e inclusión es el hecho de que “muchos estudiantes sienten que tanto el aula como las instituciones educativas son espacios donde sus modos de vivir y



sentir no tienen lugar. Muchos terminan incluso abandonando estas instituciones que los incluyen formalmente pero los excluyen culturalmente” (Kaplún, 2008: 16).

Esto refuerza la percepción de muchos docentes de que “la clase se ha convertido en un ritual vacío, donde muy poco puede ser aprendido” (Ibíd).

Martinis (2005) alerta acerca del carácter expulsivo de los procesos pedagógicos basados en la construcción de homogeneidad a través de borrar las diferencias. Esto es lo opuesto a construir igualdad, ya que a través de la expulsión del diferente se profundiza la desigualdad.

Para Duschatzky y Corea (2002) la violencia en nuestra cultura actual se presenta como una nueva forma de socialidad en nuestra cotidianidad, como un modo de relacionarse con los otros, como un sustrato. En la medida que no se conforma la categoría de “semejante”, es decir, un otro semejante a mí, el/los sujeto/s no son capaces de construir la categoría de igualdad.

Una importante parte de estas conductas violentas no pueden considerarse como instrumentales, en tanto formas delictivas que buscan un beneficio económico inmediato, sino que estarían respondiendo a un amplio y difuso cambio en las modalidades de manejo y resolución de conflictos, ya que apelan a niveles y

formas de violencia que impactan a la opinión pública.

Cuando hablamos de las violencias en las instituciones educativas resulta pertinente detenernos en el sentido de la expresión “en”. ¿Estamos hablando de aquellas violencias que tienen lugar en la trama institucional, o nos referimos al espacio físico-locativo del centro educativo? En cualquiera de los casos ¿cuál es la frontera que define el adentro y el afuera? En caso de referirnos al entramado institucional ¿incluye a las familias? En la acepción espacial ¿incluye los alrededores, la puerta, las esquinas, los lugares de encuentro donde concurren los educandos e interactúan con otras personas?

Una rápida recorrida por la bibliografía relativa al tema da cuenta de diferentes posicionamientos que a su vez se relacionan con las formas de pensar la causalidad y los sentidos de los hechos violentos. Para unos, el centro educativo es un espacio en que se expresan violencias presentes en el conjunto de la sociedad; para otros las instituciones educativas son actores que participan en la génesis de la violencia y sus expresiones.

Si bien ambos enfoques no son dicotómicos, el primero favorece la desresponsabilización de la institución y sus actores, genera la tentación de colocar el problema en personas ajenas al entramado vincular propio. Mientras que el segundo invita

a problematizar acerca de las violencias generadas desde la propia institución, aspecto que suele resultar difícil de asumir desde los lugares institucionales.

Lewkowicz va más allá en la interpretación del mensaje que estas violencias encierran al entenderlas como el índice de la incapacidad de la escuela y su dispositivo pedagógico para instituir una subjetividad regulada por la ley simbólica de una moralidad que trascienda y marque al individuo. “Nosotros hacemos como que enseñamos y ellos hacen como que aprenden” dicen hoy los docentes, conscientes del quiebre del modelo instituyente”.

Viscardi (2008) entiende que esta actitud puede ser resultado de “la concepción filosófica que sustenta la educación uruguayá”.

“La escuela es concebida como un lugar de enseñanza y las violencias no son materia a tratar (...). Esta actitud se constituye en una dificultad para la propia tarea de enseñanza” (Ibíd., 2008: 152).

“Los docentes aún hoy, entienden que el eje de su trabajo y relación con los jóvenes es la relación con el saber. Esto se plasma en falta de herramientas de trabajo, de prácticas y de respuestas frente a problemáticas sociales que no se resuelven de forma razonada en una ecuación o en un pizarrón, sino a través del relacionamiento con el otro” (Ibíd., 2008: 157).


Es posible entonces interpretar ciertos comportamientos “violentos” o las llamadas incivildades como respuesta casi “natural” ante la incapacidad instituyente del sistema. Pero también es posible interpretarlos como parte de un proceso de construcción de identidades y de prácticas de subjetividad frente a las situaciones de crisis e incertidumbre en las que ambos actores (docentes y educandos) están sumergidos y en las que se pretende la afirmación como sujetos plenos que parece desconocerlos.

Nuestros puntos de partida

A partir de la revisión bibliográfica y de su propia experiencia el equipo construyó un marco de referencia para el trabajo con los actores educativos en base a un puñado de “ideas fuerza” que resumimos aquí.

No estamos ante un problema de violencia individual ni de un grupo que a primera vista puede aparecer como responsable de la situación. Nos encontramos ante una problemática que involucra a todos los actores y a la propia institución educativa.

Las instituciones educativas adquieren sentido en tanto sean pensadas como espacios en los que las nuevas generaciones adquieren aprendizajes y acceden a productos culturales considerados valiosos, útiles,



necesarios para su realización como personas en el marco de la sociedad de la que son parte. Esto implica que los educandos y sus familias, desde sus diferentes roles y miradas generacionales, perciban y valoren a las instituciones educativas como espacios de oportunidad para acceder a un lugar en el mundo y ser parte de un proyecto de país. Por tanto, la fuerza instituyente de la institución educativa se apoya en ese encuentro y ese reconocimiento mutuo.

Nuestra experiencia de intervenciones en el ámbito educativo desde diferentes roles profesionales nos enfrenta a numerosas evidencias de que en el Uruguay actual esta relación entre la oferta educativa y sus destinatarios se encuentra profundamente distorsionada. Las experiencias desarrolladas por docentes y estudiantes de diferentes servicios universitarios, en el marco de programas de extensión, muestran una marcada tendencia en los docentes a percepciones negativas en relación a los educandos y sus familias, sus motivaciones y su potencial para transitar los aprendizajes que deben impartirse. Por su parte padres y educandos perciben a la institución educativa y a los propios docentes como refractarios a sus intereses y necesidades, sin motivación para realizar lo que consideran “su tarea” y, por tanto, los

docentes no se constituyen en figuras significativas ni aliados en el proceso de socialización de sus hijos. En este contexto predomina la frustración, el reproche recíproco, la tendencia a culpabilizar al otro. Esto coexiste con la ausencia de autocrítica y la tendencia a “poner afuera” las responsabilidades.

Este escenario es propenso para la construcción de “percepciones anticipadas” de unos actores en relación a otros. Este proceso consiste en la construcción de una representación del otro a partir de ciertos indicios que lo identifican como perteneciente a una cierta categoría de persona. A partir de esa construcción se adjudican sentimientos, valores, intensiones y potenciales comportamientos que eclipsan la posibilidad de percibir al otro real y relacionarse con él. Se construyen personajes en base a los prejuicios, no dejando lugar al verdadero conocimiento del otro.

La transformación de esta compleja realidad pasa, entre otras cosas, por abrir brechas en esas representaciones donde pueda recuperarse la capacidad de diálogo. Para esto se deben generar ciertas condiciones: respeto mutuo, aceptación de las diferencias, reconocimiento de la singularidad, recuperación del valor de la palabra como vehículo de relación entre las personas.

Hacia una estrategia de intervención

La estrategia utilizada se sitúa en el cruce de dos propuestas metodológicas con larga tradición dentro las ciencias sociales. Los talleres – dispositivo central de la estrategia desarrollada– integran aspectos de las denominadas metodologías cualitativas y, dentro de éstas, incorporan elementos de la llamada investigación-acción.

La esencia de la propuesta es abrir espacios y poner en juego técnicas facilitadoras para que los protagonistas expresen sus puntos de vista e intercambien entre ellos y con los investigadores sobre determinado problema. En este sentido resulta medular capturar las representaciones sociales a través de las cuales los diferentes actores institucionales se vinculan entre sí, con la tarea educativa y con la institución.

La estrategia de intervención implementada no se limita a recoger material sino que problematiza, desafía y promueve el análisis de los actores

en relación a su implicación dentro de las situaciones sobre las cuales se trabaja. De este modo la estrategia habilita la escucha, da visibilidad a otras miradas e ilumina nuevos sentidos en torno a los hechos abriendo brechas en los preconceptos y en los discursos hegemónicos.

Por otra parte los investigadores asumen su implicación en los procesos y, al momento del análisis del material, dialogan con los protagonistas, confrontan desde su perspectiva aportando a una teorización en que se integra el conocimiento experiencial y el académico dando lugar a nuevas formas de ver y pensar los problemas tratados.

La intervención se inició con ciertas técnicas facilitadoras que debieron ser adaptadas a las características de cada grupo. La técnica central parte de una noticia ficcionada que relata un hecho violento en un centro educativo. La elaboración de este texto-noticia se realizó a partir de una selección de noticias reales aparecidas en la prensa escrita durante el año 2009.

La Prensa - página 7 **No fue un juego más**

Un niño de 11 años fue herido en el recreo escolar con un elemento cortante por haberse negado a participar de un juego.

El hecho acontecido en la escuela N° el pasado martes ha generado asombro y polémica entre padres, alumnos y maestras de la misma.

“La mañana de ese día parecía transcurrir con normalidad, como cualquier otra”, señala la maestra Margarita al ser entrevistada por este medio de prensa. “Se escuchaban las burlas de siempre de unos niños para con otros, pero éstas nunca habían pasado a mayores”, continúa diciendo. Sin embargo ese día algo imprevisto ocurrió: un niño de 11 años sufrió una herida provocada por un compañero de su misma edad con un elemento cortante. Si bien el niño fue rápidamente asistido y la herida no produjo mayores consecuencias, el susto fue grande y el hecho sigue generando diferentes reacciones en docentes, vecinos y alumnos de la escuela.

Marta, maestra de quinto año, nos contó que el problema se originó con el juego que los niños llaman la “morta-redonda”, y que el mismo ya ha generado diferentes problemas. Según explicó la maestra dicho juego consiste en lo siguiente: “los chiquilines se juntan en una ronda y se empujan, si uno cae los demás le pegan... Nosotras intentamos que el juego no se haga, pero tenemos que estar atentas a tantas cosas en el recreo que resulta imposible”.

Sin embargo en esta oportunidad el niño herido se había negado a jugar, dado que era él quien habitualmente caía y recibía los golpes de sus compañeros. Ante la negativa a participar del juego fue igualmente agredido por uno de sus compañeros quien, en la oportunidad, utilizó un objeto cortante que le produjo la herida.

Los docentes y padres se reúnen en el día de hoy tras la suspensión de clases. La resolución se tomó debido a la baja asistencia del día de ayer. Padres consultados por La Prensa nos decían: “Me da mucho miedo, dejo a mis hijos tranquila en la escuela y me pueden aparecer heridos, por eso vengo”. “Mi hija me dice que no juega con este niño y que nadie se quiere sentar con él en la clase”, nos comentaba otra mamá. “Todos sabemos que son siempre los mismos chiquilines, algo se tendría que hacer”, agregó. Es de señalar que los padres del niño agresor, a pesar de haber sido convocados por la dirección de la escuela, aún no han concurrido a la misma.

Si bien al retirarnos la reunión aún no había comenzado, las autoridades de la escuela se proponen establecer normas de comportamiento que los padres no desconozcan para así prevenir acontecimientos como el relatado.

Luego cada uno de los actores es adjudicado a un subgrupo que realizará un dibujo a modo de *identikit* del personaje asignado en diferentes contextos: el protagonista del hecho violento en su casa, el docente en el aula, un compañero de clase en el recreo, los padres en el barrio.

Luego el subgrupo presenta al personaje y se promueve el diálogo entre los distintos personajes, actuándolos.

Posteriormente, y después del análisis del material por parte del equipo, se realiza una instancia de devolución.

Esta técnica fue aplicada en una escuela primaria, un liceo y una escuela técnica. En cada caso se trabajó con los docentes, los padres y los educandos en formas separada y en uno de los casos se realizó también una instancia de encuentro de todos los actores. A los efectos del presente artículo nos limitaremos a la presentación y análisis de la producción de los educandos, en especial la verbal aun cuando en muchos casos ésta resulta inseparable de la representación gráfica de los personajes.

Escuchando a los protagonistas: la mirada de los educandos


Un aspecto que toma especial significación a partir de la lectura de los registros es la forma en que la

información acerca de la actividad y su finalidad les fueron transmitidas en forma previa a los niños, niñas o adolescentes. Éstos no manejaban la información en relación a la actividad que se iba a realizar. Ésto puede tomarse como un primer emergente que devela las dificultades en la comunicación dentro de la propia institución y que nos lleva a interrogarnos acerca de cuál es el lugar que se le da al otro –en este caso al educando– en estos vínculos. La cultura institucional no parece haber integrado el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser informados, formarse opinión ante los hechos que les afectan, expresar esas opiniones y ser escuchados (Convención de los Derechos del Niño, ONU, 1989).

Dentro de estos “aspectos previos” también incluimos ciertas advertencias de parte de docentes y autoridades relativas a las dificultades que podían encontrarse al trabajar con los alumnos y que reflejan un lugar asignado a ellos en el universo institucional del cual resulta difícil sacarlos. Se trata de percepciones anticipadas a través de las cuales se pronostican dificultades, que luego no necesariamente coinciden con la realidad pero que contribuyen a generar una expectativa negativa.

En la escuela

Durante el taller los niños y niñas se mostraron interesados en la



propuesta de trabajo y colaboraron estableciendo una buena comunicación con los coordinadores.

En un momento en que varios están hablando en voz alta, uno de ellos dice: “*si no hacen silencio los van a cagar a palos*”. Esto tendería a señalar la idea de que en estos niños el límite es sinónimo de violencia. El ser golpeados, “cagados a palos”, parece ser el único motivo por el cual deben guardar ciertos comportamientos. El lugar del otro, la necesidad de escucharse, la comunicación en relación a una tarea compartida no aparecen como aspectos a tener en cuenta o a preservar sino que sólo se trata de evitar el castigo.

Esto también remite a la forma de percibir el rol adulto y las formas de construcción de la autoridad. Ésta parece basarse en la capacidad de violencia y no en otros valores ni cualidades.

Acerca de las maestras

La imagen que los niños tienen de sus maestras se pone en evidencia a partir de la producción gráfica. El personaje dibujado muestra una persona en situación de desborde emocional que rápidamente es reconocida como su maestra.

Coordinador (refiriéndose a la producción gráfica de los niños): “¿Quién es?”

Alumnos: “*Se parece a la maestra de nosotros*”. “*Creemos que está así*

por lo que pasó. “*Ella siente la culpa porque el niño que lastimó es alumno de ella*” (se refiere al episodio de la noticia que se utilizó como disparador). “*Ella es responsable de lo que hace y tiene que hacerse cargo de él en las horas que está con él*.”

Esta verbalización –si bien puede estar inducida por opiniones de adultos– refleja uno de los reclamos que se realizan hacia los docentes: que se hagan cargo, que sean capaces de poner límites, que no sean prescindentes en sus responsabilidades.

Las motivaciones del agresor

Al momento de explicar el comportamiento del niño que, en la noticia planteada como disparador, lesiona a su compañero, surgen diferentes puntos de vista acerca de sus motivaciones.

Alumnos (actuando como el niño agresor): “*Soy un niño que no entiendo las cosas*”. (Agregan luego comentarios) “*Tiene dura la cabeza, no razona*”; “*Tiene malas juntas. Porque no lo educaron bien a su hijo. Se lo quieren sacar de encima porque no lo aguantan más y lo dejan que tenga malas juntas*.”

Coordinador: ¿*Le pasa algo?*

Alumnos: “*Sí (...) rabia; rencor; tristeza; soledad*.” “*No, ¡cómo lo va apuñalar por un juego?! Acumulaba rencor, capaz que tiene celos de los amigos, soledad por esto. Sólo porque*

nadie se quería sentar con él. El niño es inteligente, el problema es que es envidioso, porque tenía cosas que él no tenía.

Estas frases son elocuentes en varios aspectos. Los niños ubican la raíz de la violencia en el ámbito de las familias. Ausencia de educación e indiferencia de parte de los padres.

Otro aspecto relevante es la patologización del agresor: no razona, tiene la cabeza dura, necesita un psicólogo. Por otra parte también emerge una postura más comprensiva: rabia, tristeza, soledad. Incluso parece insinuarse una situación de discriminación (“nadie quería sentarse con él”) y de diferencias en cuanto a lo que unos y otros puedan tener.

Propuestas

Las propuestas que se realizan quedan limitadas a la forma de evitar o manejar los episodios de violencia. No hacen referencia a la convivencia dentro de la escuela, menos aún al aprendizaje.

“Evitar ese juego” (refiere a un juego que aparecía en la noticia disparadora como el inicio del episodio violento). “Echarlo de la escuela”. “Que vuelva a ser chico y que lo traten bien”. “Suspenderlo”. “Los padres tendrían que ser más comprensivos, tratarlo con más tranquilidad”. “Que lo manden al INAU. Encerrarlo.”

Las propuestas oscilan entre la sanción, la exclusión y el encierro,

hasta las posibilidades de reparar las experiencias que ha vivido como parte de su infancia. Esta última postura parece planteada desde una perspectiva mágica (“Que vuelva a ser chico y lo traten bien”).


Estos aspectos planteados desde los alumnos pueden tomarse también como un reclamo hacia los adultos, reclamo de buen trato, de comprensión, de límites. A su vez encierran una vivencia de soledad y desamparo que –según los estudios científicos existentes– compromete las capacidades cognitivas, lleva a la prevalencia del acto por encima del pensamiento y compromete los procesos de mentalización y de aprendizaje a partir de la experiencia.

En el liceo

Al comienzo el coordinador pregunta si conocen alguna noticia sobre violencia en los centros educativos.

Alumnos: “La vemos acá”. “Ayer pasó una”. “Que en la escuela de no se qué entraron unos chorros”. “Que en una escuela de Maldonado estaban zarpados los pibes y la cagaron a palos a la maestra, le quebraron la cadera. Lo vi en el informativo”. “Todos los días en el liceo alguna pelea hay”.

Estas respuestas podrían estar mostrando una cierta naturalización de la relación entre violencia y centros educativos. Ellos aparecen como



incluidos en una situación generalizada. Lo que viven a diario en su liceo se enmarca en una situación más amplia que les llega a través de los medios de comunicación. Queda planteada la interrogante acerca de cómo incide esta supuesta generalización en la reproducción o naturalización de los comportamientos violentos como algo inherente a lo generacional y a la cotidianidad educativa, ante lo cual parece perderse la capacidad de asombro.

Si todos dicen que ser joven es ser violento y transgresor, ¿por qué no serlo?

Esta banalización parece reafirmarse al referirse a los motivos de esos actos violentos.

Si bien existe una cierta crítica a la violencia que se desata por cosas intrascendentes, al momento de enumerar los supuestos motivos válidos para “pelearse” éstos aparecen asociados a valores propios de una forma de concebir la masculinidad que operan como justificatorios y parecen limitar la libertad individual de decidir los comportamientos ante estos hechos, impulsando a actos agresivos y dándoles cierta legitimidad.

Al momento de escuchar la noticia ficcionada disparadora reaccionan tomando distancia de los supuestos juegos basados en comportamientos violentos. Insisten en que ellos no tienen juegos con esas características. Cuando alguno de

los estudiantes asocia con juegos que ellos practican el resto intenta negarlo sosteniendo que los de ellos son diferentes. Sin embargo no logran dar cuenta de esas diferencias.

La imagen de los docentes

La representación que los adolescentes tienen de sus docentes se evidencia cuando deben referirse a la reacción de los profesores ante el hecho de violencia que se describe en la noticia: *“La profesora o adscrita fue irresponsable porque los vio jugando y no “Pero en la noticia dice que no pueden con todo...”*

Varios adolescentes hablan y gritan: *“Vamos... ¿por qué no pueden? Están tomando café...”*. *“Los profesores de esa institución son irresponsables... vieron que hacían el juego y no lo pararon...”*.

La crítica a la pasividad docente aparece asociada a un reclamo de que ejerzan su autoridad en la puesta de límites, “parando” las situaciones a tiempo. Tratándose de docentes es significativo que se diga “te hacen pensar cualquier cosa” en una clara desvalorización del docente como referente intelectual, orientador y promotor del pensamiento en los estudiantes.

Y aparece la violencia como primera respuesta a la violencia: *“Que le den un patotazo entre varios a ése (al que no le importa la suspensión) para que no joda”*.

La imagen de los padres

Las referencias a los padres de los alumnos reafirman una percepción negativa de los adultos, que se condensa en la siguiente expresión que luego se amplía ante el dibujo: (*Al padre*) “no le importa su hijo”.

A partir del dibujo del padre del adolescente agresor se realizan los siguientes comentarios:

“Una plaga, una persona que ya está pérdida en la sociedad... mirá como está”. “Tiene un arma tatuada, ya te demuestra quién es, no puede estar en la sociedad”. “Es un vicioso, tiene chasquis en el bolsillo... son basocos armados”.

Resulta especialmente rico el diálogo imaginario que se entabla entre los personajes:

“Si ése es el padre, que podés esperar del hijo...”. “Le dice al hijo: le pegaste una puñalada ahora pegale un tiro”. “Son parecidos con el hijo”.

Adolescente agresor le pregunta al padre: “¿Estuvo bien lo que hice?”. “Me da lo mismo, es problema tuyo... Manejate”.

Quien actúa como padre pregunta a la profesora: “¿Qué estabas haciendo cuando empezó el problema?”. La “profesora” responde: “Estaba dando clases. Yo también tengo recreo. Estaba yendo a la cantina”.

Aquí podemos apreciar una continuidad de los roles adultos entre padres y docentes. Ninguno es capaz

de poner límites, de ejercer cierta autoridad. Ambos oscilan entre la complicitad y la indiferencia, tendiendo a culpar al otro sin asumir su parte de responsabilidad en las situaciones.

La profesora increpa al padre: “Tenés que controlar a tus hijos”. El padre responde: “En el liceo es responsabilidad tuya... bañate sucia”. “Es mi hijo no te metas, él ya es grande... sabe lo que hace”.

Una vez más nos enfrentamos a una imagen adulta adolescentizada, que no se diferencia de su hijo, no logra hacerse cargo de su rol de adulto.

La imagen del agresor

La dureza con que los adolescentes se refieren a los adultos, contrasta con la actitud frente al joven agresor. En éste prevalece la idea de vulnerabilidad y la agresividad como fachada.

“Es más bueno que el pan... está aprendiendo”. “Tiene cara de plancha”. “Se hace el polenteado pero no lo es... mira lo que es, le falta mucho para llegar al padre”. “Se piensa que metiendo miedo te van a respetar más”.

La idea de una transmisión transgeneracional hace que la responsabilidad de sus comportamientos retorne sobre sus padres: “Se repiten un montón de cosas del padre y del hijo, el pircieng, el tatuaje, la forma de vestirse”. “Los dos viven en el mismo

barrio". "No, el vive con la madre, están separados los padres".

La idea de la separación de los padres como uno de los aspectos que componen un escenario de desprotección nos lleva a preguntarnos cuántos de ellos podrán vivir situaciones similares. Esto, unido a la pertenencia generacional, parece acercarlos más al agresor que a los adultos.

En la Escuela Técnica

Tras la lectura de la noticia y consultados acerca de su parecer en relación a la misma expresan: "Demasiado violento". "Demasiado asesino". "Criminal". "Esos juegos no hay". "A mí me quema la cabeza". "Nosotros jugamos a la rayuela" (risas).

Consultados acerca de cuáles eran los juegos que ellos realizan se dijo "Sólo fútbol, si perdemos nos agarramos a trompadas". "Guerra de tiza hacemos".

Luego pasan a dibujar a un profesor.

"Yo hago al de informática". "Narizotas, Narizota". "Cabeza de huevo sin pelo!". "Era medio down". "Tremendo dumbbo el tipo". "La corbata dibujá". "Parece un chino, dice arigato". "Hacele un portafolio". "Una carterita, está changando" (risas).

Al momento de pedirles los comentarios sobre lo dibujado dicen:

"Van a renunciar. Cara de renuncia tienen". "Están asustados y

enojados a la misma vez". "Asustados no, son los nervios de la situación". "El profesor de informática siempre está malo". "Piensan qué les va a pasar a ellos, están re cagados". "Piensan que les van a robar, llaman a la policía".

La representación de los docentes parece ser la de adultos frágiles, miedosos, que sólo reaccionan en función de sus intereses inmediatos y que no asumen un lugar acorde a su calificación ni a las responsabilidades institucionales.

Estos jóvenes parecen ser conscientes de la tensión que les genera a los adultos entablar vínculos con ellos y hacerse cargo del rol que institucionalmente les corresponde.

Representación del agresor

Se reitera la idea de que el agresor es una persona en la que prevalece lo infantil, la debilidad, el miedo y la carencia. "La madre lo dejó, se fue, lo abandonó" (risas).

Al momento de dialogar con los personajes le preguntan: "¿Te sentiste mejor después de apuñalarlo?". Responde: "Me siento agrandado, ¿o no?". "Si ya lo hizo una vez, se hace más malo ahora, tengo más poder".

Esto confirma la asociación entre comportamiento agresivo y fragilidad. La acción agresiva sería una forma de adquirir confianza, fuerza, respeto ante los demás y ante sí mismo.

Representación de los padres

Los padres aparecen infantilizados y con características demasiado parecidas a las de sus hijos. Esto unido a la imagen de los docentes cierra el círculo de un mundo adulto fragilizado, desvalorizado en el cual el adolescente no encuentra protección ni referentes para el desarrollo de su comportamiento social.

Al momento de referirse al dibujo dicen: *“Tiene cara de niño”*. *“El hijo apuñaló a uno y se ríe”*. *“Él hace lo mismo”*. *“Capaz que es terrible tumbero”*; *“no le importa mucho”*. *“El hijo apuñaló a uno y está re contento”*.

Esto deja en evidencia la ausencia de modelos adultos que sostengan los procesos de conformación de la identidad del adolescente. El mundo adulto aparece poblado por personajes desvalorizados a los cuales no quieren parecerse. Los jóvenes quedan colocados en una situación de soledad y vacío identificatorio.

Propuestas

A partir de la pregunta acerca de cómo prevenir hechos como el de la noticia surgen algunas propuestas: *“Suspender a los que armaron el juego”*. *“Poner un 222 por alumno”*. *“Detector de metales”*. *“Poner un alcahuete”*. *“Agarrarlo afuera y cagarlo a palos”*.

Estas propuestas denotan la imposibilidad de visibilizar salidas a


través de lo educativo, la mejora de los vínculos o la búsqueda de espacios de comunicación. Las alternativas son siempre en el campo del control, la represión e incluso la violencia.

Reflexiones a partir del material recogido

Una primera constatación es que la producción de los talleres reafirma la validez de la metodología utilizada en tanto facilitadora de la expresión y comunicación de los niños, niñas y adolescentes en temáticas en que el diálogo directo entre ellos y con los adultos se presenta como difícil.

Un aspecto a señalar entre los emergentes de apertura de todos los talleres es la dificultad de parte de autoridades y docentes de proporcionar a los educandos información clara y veraz en relación a la propuesta de trabajo. Esto se complementa con las advertencias acerca de las posibles dificultades en el trabajo con ellos. Desde la institución no se les considera como personas responsables y con derecho a la información. Por otra parte se les adjudica un rol de distorsionadores de una tarea para los cual no se los prepara. Por cierto, este vaticinio no se cumple en la medida que los coordinadores abren espacios de comunicación con ellos.

Las expresiones y opiniones de los educandos tienden a confirmar lo referido en la bibliografía en el



sentido de percibir a las instituciones propias del mundo adulto –familia y educación– en una crisis que las lleva a cierta disfuncionalidad. Esto coincide con la imagen de los adultos que representan a esas instituciones: padres y docentes. Ambos son descritos en todos los casos como personas desbordadas, absorbidas por sus propias preocupaciones y que no logran responder a las necesidades, derechos y expectativas de niños, niñas y adolescentes.

La escasa utilización de conocimientos y conceptos para comprender las situaciones que les toca enfrentar confirma la idea de que la relación de las instituciones educativas con sus alumnos se basa en un supuesto saber desarraigado de las realidades cotidianas que viven. En ninguno de los niveles educativos –primaria, secundaria y educación técnica– los educandos muestran haber reflexionado junto a sus docentes sobre las situaciones de violencia que viven ni sobre las condiciones sociales que las generan. Esto aparece como ajeno a la tarea educativa, más como interferencia o amenaza que como “materia de análisis” en el proceso formativo. Esto estaría dando cuenta de una imposibilidad de conectar el conocimiento “del aula” con las situaciones de la vida y de convivencia. El conocimiento impartido no parece aportar al análisis y comprensión de la realidad, menos aún como un

instrumento para su transformación. Esto podría explicar la desmotivación de los educandos, que aparece a su vez como factor determinante en el desgaste de los docentes, cerrando así un círculo de retroalimentación negativa.

Se percibe a los docentes alineados con lo que es la representación social del funcionario público: escasa motivación para la tarea, desgano, despreocupación, actitudes evasivas ante los problemas (“siempre están tomando té”). Esto coexiste con juicios duros en relación a las actitudes que tienen hacia los educandos y las dificultades de convivencia que se plantean en los centros educativos. Se los ve como omisos, pasivos, sin actitud ni capacidad para tramitar conflictos. No se percibe en ellos una actitud de disponibilidad para compartir y apoyar a los educandos ante los problemas que estos enfrentan.

Al momento de caracterizarlos resulta llamativa la ausencia de referencias a sus conocimientos o sus capacidades didácticas. Son figuras que no han logrado construir una relación de legítima autoridad desde un lugar adulto.

En este sentido parece entenderse, a partir de algunas expresiones de los educandos, un reclamo de retomar la integralidad del proceso educativo, no limitarse a la transmisión de contenidos curriculares sino tomar en cuenta al educando persona

con sus preocupaciones e intereses. Esto pasaría por más diálogo y la generación de espacios más allá del aula donde docentes y educandos se puedan relacionar con mayor proximidad y respetando las singularidades.

En referencia a lo antedicho, nos parece oportuno citar un pasaje de la Observación General N° 1 realizada por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas en relación al Artículo 28 de la Convención de los Derechos del Niño en que se consagra el Derecho a la Educación. En la citada observación el Comité se pregunta ¿A qué educación tienen derecho los niños y niñas? Y responde: “La educación a que tiene derecho todo niño es aquella que se concibe para prepararlo para la vida cotidiana, fortalecer su capacidad de disfrutar de todos los derechos humanos y fomentar una cultura en la que prevalezcan valores de derechos humanos”. Y más adelante amplía: “Los conocimientos básicos no se limitan a la alfabetización y a la aritmética elemental, sino que comprenden también la preparación para la vida activa: la capacidad de adoptar decisiones ponderadas, resolver conflictos en forma no violenta, llevar una vida sana, tener relaciones sociales satisfactorias y asumir responsabilidades, desarrollar el sentido crítico, dotes creativas, y otras actitudes que den a los niños las herramientas


necesarias para llevar adelante sus opciones vitales.”

Por otra parte los padres aparecen en la representación de los educandos como personas desbordadas por sus propias exigencias vitales, sin tiempo y energía para atender a sus hijos. En las representaciones gráficas se los ve con rasgos adolescentes (vestimenta, tatuajes). Podríamos decir que se trata más de adolescentes envejecidos que de adultos que puedan funcionar como referentes para sus hijos.

Esta imagen desvalorizada del mundo adulto no sólo impregna a las personas sino también a los vínculos entre ellas: pareja de padres, relación padres con la institución, relaciones entre los docentes y de éstos con sus autoridades.

Cabría preguntarse cómo incide esta imagen deteriorada del mundo adulto en los proyectos de vida de los niños y adolescentes. Podría pensarse que la idea de un futuro adulto en esos términos no es atractivo para las nuevas generaciones.

La expectativa dentro de sus proyectos de vida de un futuro ejercicio de la paternidad o la maternidad no parece contar con las apoyaturas de modelos y referentes que permitan construirla como algo deseable o gratificante. Por el contrario podríamos tender a pensar que desde estas experiencias se lo viva como algo que los desbordara, como hoy desborda a sus padres, y ante lo cual la estrategia



es la evitación de la situación o de las responsabilidades que ella conlleva.

Acá podríamos seguir la línea de los autores que hablan de “duelos a futuro” refiriéndose al duelo por la pérdida de lo que no se va a ser, de aquello a lo que no se puede aspirar en tanto ya no existe en la cultura a la que el niño pertenece. Esto conlleva un bloqueo en la futurización que podría estar en la base de actitudes violentas e incluso autodestructivas.

Lo que más allá de estas interpretaciones resulta evidente es que estas figuras adultas no logran construir una relación de autoridad en que ellos operen como referentes y modelizadores de valores y comportamientos para las nuevas generaciones. Es ampliamente aceptado por los autores que han estudiado la problemática que rodea al “drama adolescente” que la construcción del lugar de adulto se realiza en una tensión entre la pertenencia generacional con los modelos y oportunidades de filiación e inclusión que ofrece el grupo de pares y la referencia intergeneracional de los adultos como modelos identificatorios. En este escenario, ante el debilitamiento de la referencia intergeneracional, los comportamientos tienden a ser isomórficos, perdiendo la posibilidad de individuación y fusionándose con lo que hacen los otros. La ausencia de referentes adultos que sostengan los procesos de conformación de la identidad de los

niños, niñas y adolescentes se presenta como un problema que trasciende a las familias para atravesar a las instituciones en su conjunto.

La forma en que se explica la violencia y el origen que se le asigna es otro elemento significativo. Prevalece la tendencia a ubicar la violencia en el “afuera de las instituciones”, especialmente en las familias y en un entorno social más amplio. Pero se lo coloca en las familias de “los otros”, tomando distancia de estas situaciones a pesar de las proximidades generacionales y sociales.

Esto lo podemos vincular con otra coincidencia significativa en la producción de los diferentes talleres en la imagen de los adolescentes que cometen agresiones. En ella prevalece la carencia por encima de la demonización que suele verse en otros espacios sociales. Si bien las mayores problemáticas de comportamiento de los niños o adolescentes tienden a asociarse a escenarios de pobreza y exclusión, en muchos momentos se amplía la idea de pobreza a aspectos que trascienden lo material: pobreza afectivas, en la comunicación, en la atención.

Los agresores son percibidos como figuras frágiles, carentes de afecto y apoyo desde los adultos, que buscan un lugar en el mundo. La agresión es vista más como producto del miedo y la impotencia que de “malos sentimientos”. Se reitera la

idea de que se agrede a aquél que tiene aquello de lo que el agresor carece. La “envidia” aparece puesta no sólo en lo material sino en otros aspectos tales como mayor cuidado o “una familia”.

Al momento de responsabilizar a los adultos se refleja la diferencia de género. Si bien se habla genéricamente de las omisiones de “los padres”, la imagen predominante es la ausencia de la figura masculina, desinteresada en los temas de sus hijos o manteniendo actitudes de complicidad ante conductas inadecuadas que sus hijos puedan tener. Como si estas conductas formaran parte de un proceso de socialización de género que se transmite por línea masculina, mientras las mujeres son colocadas en un lugar de esfuerzo e impotencia para controlar las situaciones.


Todo esto contribuye a una situación en que la propuesta educativa no parece despertar la motivación de los educandos. Las violencias interpersonales –como la de la noticia que sirvió de disparador a los talleres– se generan y fortalecen en un escenario de violencias estructurales y simbólicas de las que la institución educativa es actor y parte.

Los centros en que se desarrolló esta intervención están ubicados en diferentes zonas de la ciudad, recibiendo poblaciones de diferente perfil socioeconómico. Mientras la escuela seleccionada se enclava en una

zona con alto número de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, el liceo corresponde a un barrio de clase media y la Escuela Técnica podría situarse en un punto medio entre ambos. Este aspecto toma relevancia en la medida en que la brecha que separa a las instituciones educativas de los educandos y sus familias y que, por momentos, impide el acceso de unos a otros, no es necesariamente la que separa incluidos de excluidos en el conjunto de la sociedad sino que parece predominar la dimensión generacional. Esto habilita a pensar que el sistema educativo, sus efectores y sus representantes no logran motivar, retener y sostener la relación educativa con los niños y jóvenes, independientemente de las distancias sociales que separen a unos y otros.

Estaríamos ya no ante una dificultad de garantizar el derecho a la educación de los niños y adolescentes provenientes de los hogares más vulnerables sino ante la disfuncionalidad del sistema educativo como servicio universal. Esto nos reafirma en la necesidad de revisar la brecha que separa el mundo de la educación del mundo de la vida.

Al momento de plantear alternativas se realizan propuestas en las que puede leerse una fuerte influencia del pensamiento de los adultos del entorno. La presencia de un 222, la expulsión de los “problemáticos”, o la “mano dura” desde las propias



autoridades institucionales (sanciones, expulsión, “patoteadas”). Estas posturas tienden a reforzar desde los propios educandos la idea de la seguridad como condición previa para la tarea educativa y no como resultado de ésta o al menos como un aspecto sinérgico con los avances del proceso educativo en tanto promoción de valores y formas de convivencia en que se minimicen las violencias y se encuentren otras formas de tramitar los conflictos.

Otra alternativa es la medicalización. Si bien la propuesta de silenciar la problemática a través de la sedación prevalece en la escuela también se expresa en otros ámbitos. La idea de que los agresores “están mal de la cabeza” o de que la solución pasa por que tengan un psicólogo estaría dando cuenta de cierta continuidad entre la mirada de los niños, niñas y adolescentes y la de los adultos que se expresan en diferentes ámbitos. Aparece asociada a la patologización de comportamientos que parecen estar más vinculados a formas de adaptación o sobreadaptación al ambiente que a patologías claramente estructuradas.


Para finalizar estas reflexiones parece oportuno citar lo planteado por los niños, niñas y adolescentes participantes del 1er. Foro Panamericano (Lima 2009): “Se hace necesario garantizar el acceso universal de niños, niñas y adolescentes a un sistema educativo que cuente con calidad y

calidez, sin discriminación de ninguna índole. La educación debe estar de acuerdo con las realidades y las demandas de los estudiantes, respetar las diferencias. Para esto es fundamental aumentar y fortalecer espacios de participación de niños, niñas y adolescentes dentro de las instituciones educativas.”

A pesar de las capacidades instaladas y los niveles alcanzados históricamente por el sistema educativo uruguayo, estos conceptos planteados a partir de una mirada a la educación en los diferentes países de la región parecen muy pertinentes a la realidad que hoy atraviesa la educación en nuestro país.

Bibliografía

- Bourdieu, P. y Passeron, J.-C. (1979). *La reproducción. Elementos para una teoría de la enseñanza*. Barcelona: Laia.
- Bleichmar, S. (2008). *Violencia social-violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires: Noveduc.
- Duschatzky, S. y Corea, C, Barcelona. (2002). *Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Duschatzky, S. (2005). “Hilos artesanales de composición social. Experiencias juveniles en la escuela”. *Revista Nómadas* N° 23, pp. 76-84. Bogotá: Universidad Central.
- Fernández, T. et. al. (2010). *La desafiliación en la educación media y superior de Uruguay: conceptos, estudios y políticas*. Montevideo: CSIC-UDELAR.

- 
- Instituto Interamericano del NNA-Organización de Estados Americanos. (2009). *Informe Final XX Congreso Panamericano del Niño, la Niña y Adolescentes* Lima. Disponible en <http://www.iin.oea.org/IIN2011/newsletter/espanol/recomendaciones-finales-25.pdf>
- Kaplún, G. (2008). *¿Educar ya fue? Culturas juveniles y educación*. Montevideo: Nordan/Udelar.
- Lewkowicz, I. (2004). Escuela y ciudadanía. En Corea, Cristina y Lewkowicz, Ignacio. *Pedagogía del aburrido. Escuelas des-tituidas, familias perplejas* (pp.19-40). Buenos Aires: Paidós.
- Martinis, P. (2005). Escuela, pobreza e igualdad: una relación necesaria. En *Revista Andamios*, N° 1. Montevideo.
- Morás, L. Edo. (2009). "Prevenir, reprimir, desistir. Los dilemas de las políticas de seguridad ciudadana". En Morás, Luis Eduardo (comp.) *Nosotros y los otros: Estudios sobre la seguridad en tiempos de exclusión y reclusión*, pp. 22-26. Montevideo: ISJ-CIEJ.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). Convención Sobre los Derechos del Niño. Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia. Montevideo: UNICEF.
- Ubilla, P. (2002). Violencia institucional en la educación. En *Revista Signos* N° 2, Pp. 5-8. Montevideo.
- Viscardi, N. (2008). Violencia en las aulas: práctica educativa, conflicto escolar y exclusión social. En: Paternain, Rafael y Sanseviero, Rafael (comps.) *Violencia, inseguridad y miedos en Uruguay. ¿Qué tienen para decir las Ciencias Sociales?* Pp. 145-160. Montevideo: FESUR.

Referentes socio-culturales familiares y comunitarios en la construcción social de la salud materna

*Jimena Heinzen
Graciela Castellano
Soledad Nión*

Descriptores: Embarazo, Medicina Tradicional, Comunicación, Conducta de Salud, Medio Social.

Descriptors: Pregnancy, Traditional Medicine, Communication, Health Behavior, Social Environment.

Resumen


Este trabajo forma parte de las conclusiones del proyecto de investigación "Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad" (desarrollo en el período abril del 2010 a diciembre de 2011). En dicho proyecto se buscó indagar y analizar las ciencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto, el rol de los referentes comunitarios y del equipo de salud en cuanto a la transmisión, legitimación y mantenimiento de estas creencias. Se entrevistaron 28 mujeres embarazadas usuarias del sub-sector público de Montevideo y se aplicaron complementariamente 40 formularios auto-administrados en salas de espera.

El presente trabajo tiene como objetivo abordar el rol de las y los referentes socio-culturales en torno a las creencias y prácticas populares en el embarazo y parto de las usuarias entrevistadas en el presente proyecto de investigación. Se aborda esta dimensión particular que hace a la construcción social de la salud en el entendido de que los contextos en los que las mujeres transitan sus embarazos tienen un lugar importante en la adquisición de prácticas de promoción de salud, prevención de la enfermedad y pautas de cuidados, así como en la preservación y transmisión de las creencias populares. Los referentes socio-culturales forman parte de este contexto y participan por lo tanto en dichas construcciones sociales en torno a la salud; asimismo se abordará su relación y puntos de encuentro y/o desencuentro con el "saber experto".

Abstract

Socio-cultural referents in social construction of maternal Health.

This paper represents part of the conclusions from research: "Popular beliefs and practices around pregnancy and childbirth: a focus on health-disease process", a project developed from April 2010 to December 2011. The




aim of this research was to acknowledge and analyze popular beliefs and practices en pregnancy and childbirth, the role of socio-cultural referents and health team on transmission, legitimization and maintenance of these beliefs. There had been conducted 28 interviews to pregnant women and 40 self administrated forms on waiting rooms, both on public healthcare system of Montevideo.

This paper aims to look on socio-cultural referent´s role in popular beliefs and practices on pregnancy and childbirth of the women interviewed. The context on which pregnancy develops takes part on health promotion, prevention and care practices that woman do during pregnancy, as well as on transmission of popular belief; the socio-cultural referents belong to this context. This is an specific approach to social construction of health that allows to understand the relationship between “popular” and “expert knowlege”.

Introducción

El presente trabajo forma parte de las conclusiones del proyecto de investigación “Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad”, proyecto que fue desarrollado en el período abril del 2010 a diciembre de 2011; y realizado en el marco de las actividades de investigación y docencia de las docentes responsables en el Departamento de Medicina Preventiva y Social & la Unidad de Sociología de la Salud (F. Medicina-UdelaR).

A partir del proyecto de extensión “Educación para un embarazo saludable” (CSEAM, 2009-2010), surge la necesidad de elaborar un marco teórico y una conceptualización de la salud que tenga en cuenta el universo cultural de las participantes. En este sentido el equipo de investigación



se propuso profundizar en el conocimiento sobre las concepciones, creencias y prácticas populares vinculadas a la salud materna que sirviese de sustento teórico para el mejoramiento de programas de educación para la salud en el embarazo.

En el proceso de investigación se indagaron y analizaron las creencias y prácticas populares en torno al embarazo y al parto, el rol de los referentes comunitarios y del equipo de salud en cuanto a la transmisión, legitimación y mantenimiento de estas creencias. Se entrevistó a 28 mujeres embarazadas usuarias de policlínicas de ASSE, BPS y del Hospital de la Mujer Paulina Luisi (Centro Hospitalario Pereira Rosell) y se aplicaron complementariamente 40 formularios auto-administrados en salas de espera.

En el presente trabajo se abordará el rol de las y los referentes socio-culturales, específicamente los familiares y comunitarios, en torno a las creencias y prácticas populares en el embarazo y parto de las usuarias del sub-sector público de Montevideo entrevistadas en el presente proyecto de investigación. Se considera relevante profundizar en esta dimensión particular que hace a la construcción social de la salud, en el entendido de que los contextos en los que las mujeres transitan sus embarazos tienen un lugar importante en la adquisición de prácticas de promoción de la salud,

prevención de la enfermedad y pautas de cuidados, así como en la preservación y transmisión de las creencias populares. Los y las referentes familiares y comunitarias forman parte de este contexto y por lo tanto aportan en las construcciones y de-construcciones en torno a lo que implica el estado del embarazo y los conceptos de salud-enfermedad asociados a los procesos de embarazo y parto. Asimismo, en la mayoría de los casos son una red fundamental de sostén y acompañamiento de las mujeres y sus parejas. En este sentido, analizar sus perspectivas y aportes constituye un paso ineludible para comprender las construcciones culturales arraigadas en las mujeres en torno al embarazo y el parto; y por lo tanto se constituye en herramienta básica para el diseño de propuestas de promoción de la salud en el embarazo que incorporen el universo cultural de las usuarias y sus familias.

Marco teórico

En la investigación se partió de la premisa de que es necesario ampliar las bases conceptuales de las ciencias de la salud, de modo de lograr una más amplia y real aproximación a la complejidad de los fenómenos de salud-enfermedad. Dicha complejidad se ve reflejada en las concepciones y prácticas populares relativas a la maternidad, sus creencias, siendo

importante conocerlas e integrarlas a la hora de diseñar e implementar programas de educación para la salud como se decía anteriormente. Es necesario, entonces, aportar una visión que permita, desde la perspectiva del saber científico, integrar, en lugar de crear fracturas entre ambos mundos de vida y conocimiento.

Construcción social de la salud-enfermedad


Podemos decir que el conocimiento de la vida cotidiana se comporta como un saber práctico fundado en normas y valores y, por tanto, indagar en él implica acercarse al: "... fundamento incuestionado de todo lo dado en mi experiencia, el marco presupuesto por así decir, en el cual se colocan todos los problemas que debo resolver" (Schutz, A.; Luckmann, T.: 25). Mundo éste que es compartido intersubjetivamente, socialmente articulado, y que contiene un marco común de interpretación y –por tanto– de acción. La salud y la enfermedad son dimensiones de la vida cotidiana de los individuos concebidas dentro de ese conocimiento fundado en su mundo de vida natural. Tal como señalan Mitjavila y Fernández: "Actualmente existen suficientes argumentos científicos como para sostener que tanto la salud como la enfermedad no existen en sí mismas en la naturaleza: ambas son construcciones sociales..." (Op.

Cit: 506). De esta forma, las situaciones biopsíquicas que se perciben e interpretan como problemas de salud (incluso las enfermedades microbianas) tienen –en distintos grados– una raíz sociocultural (Op. Cit: 506). Esto muestra claramente la necesidad, por parte de todos los actores involucrados en la prevención, la promoción y la atención de la salud de comprender los procesos sociales por detrás de la producción, interpretación y actitudes frente a la salud y la enfermedad.

En este sentido, se afirma que la experiencia de la enfermedad y de la salud como tal ha existido siempre, pero que cobra distintas características según el contexto socio-histórico que se esté observando (Op. Cit: 507). Las creencias y prácticas de salud variarán según las etapas de la historia, las culturas y sociedades, grupos, etc.

Creencias y prácticas populares en salud

Las creencias moldean las actitudes con respecto a la salud pero no necesariamente se traducen en comportamientos acordes a dichas creencias. En este sentido las creencias juegan un papel muy importante en materia de salud y de conductas preventivas. La adopción de acciones preventivas se encuentra determinada, entre otras cosas, por la evaluación de viabilidad y eficacia que la persona realiza de dicha acción, es



decir, se da una estimación subjetiva de los beneficios potenciales en función de los costos físicos, sociales, económicos que le implica dicha acción (Ver Lostao; 2000, por ejemplo).

Como señalan Aguinaga et al. (1983), existen factores condicionantes de las actitudes con respecto a las diferentes opciones sanitario-asistenciales, entre ellas se destacan el concepto de enfermedad, la tipificación del rol de enfermo, los conocimientos de los distintos sistemas sanitario asistenciales, la idea de muerte y su codificación cultural en relación con la enfermedad, la ideología, especialmente las creencias religiosas. El análisis funcionalista plantea la necesidad de considerar las creencias en salud como conducta verbal articulada y no directamente como una variable explicativa de la conducta manifiesta de los sujetos (Moreno; Gil, 2003). Los individuos viven en una continua movilización y actualización de creencias y valoraciones que pueden o no llevar a la práctica dependiendo de las habilitaciones y limitaciones que les brinda el contexto en el cual están insertos. Es decir, dichas creencias y prácticas se entrecruzan en un tiempo y espacio determinado, en una red de relaciones socio-económicas y culturales determinadas que fomentan la actualización de dichas creencias pero que así mismo las limitan.

Construcción social de la salud de la mujer en el embarazo

Determinadas etapas del ciclo vital –como puede ser el embarazo– determinan transformaciones en la valoración sobre el estado de salud y las actitudes y comportamientos a tomar de acuerdo a la misma. Dentro del estudio de las creencias y las prácticas populares en relación a la salud materna y el parto aparece como dimensión fundamental entonces, la valoración específica de la situación de embarazo dentro del conjunto de valoraciones en torno a la salud de las mujeres en general, en el entendido de que surgen creencias y se propician prácticas específicas que –aunque no necesariamente asimilen embarazo = enfermedad– sí sitúan dicho estado como de mayor vulnerabilidad, cambiando de esta forma el patrón de referencia y, momentáneamente, en definitiva, el *estatus* asociado a esa persona dentro del colectivo social. Se han identificado estudios que analizan estos aspectos así como la importancia de las creencias populares de pueblos indígenas en torno a conductas preventivas. En nuestro país se destaca la trayectoria de diversos servicios de la Universidad de la República (Cátedra Libre en Salud Sexual y Reproductiva, Sexualidad y Género; Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales,


entre otros) que desde distintos abordajes estudian la salud de la mujer y sus trayectorias en los servicios de asistencia sanitaria.

Pero, más allá de estos estudios, en Uruguay es necesario profundizar en investigación específica en el tema. Sobre todo si tenemos en cuenta que ligada a la propia construcción cultural de la salud y la enfermedad en el caso de la salud materna, confluye el hecho de que la maternidad siendo un fenómeno social, también se configura a través de significaciones socio-culturales del imaginario social que no necesariamente tienen relación directa con la maternidad en términos biológicos, sino que son el producto de una operación simbólica que le da significado a la dimensión materna de la feminidad y por ello, es portadora de sentido (Amorín, D., 2006: 148). Por tanto, así como la salud y la maternidad son vivenciadas de manera diferencial entre e intra-sociedades, la salud materna constituye un fenómeno socio-cultural específico en sí mismo que contempla estas valoraciones, creencias y construcciones sociales subyacentes a procesos de índole macro.

Referentes socio-culturales

Los referentes socio-culturales son aquellas personas o grupos de personas que participan en la construcción de la realidad social de un

individuo o colectivo; es decir, son co-constructores de objetivaciones de los procesos (y significados) subjetivos por medio de los cuales se construye el mundo intersubjetivo del sentido común. Identificamos como referentes socio-culturales aquellas personas que forman parte de los vínculos interpersonales cercanos de las mujeres. Dentro de estas redes de vínculos sociales distinguimos dos grupos: los y las referentes familiares y los y las referentes comunitarias. Los y las referentes familiares son aquellas personas que por vínculos de consanguinidad, legales o afectivos son identificados por las mujeres como parte de sus familias. Los y las referentes comunitarias son aquellas personas que forman parte de las redes de vínculos sociales extra familiares. No abunda la referencia en la literatura con respecto a este fenómeno, sin embargo podemos caracterizar estos referentes comunitarios de manera similar a la caracterización que Maritza Montero (2006) realiza de los líderes comunitarios. La autora señala que éstos comparten con el resto de la comunidad "(...) un sentido de pertenencia, identificación histórica común, elementos de vida compartidos (...) lo cual supone compartir sentimientos, conocimientos y actividades (...)" (Montero, 2006: 95). Dadas las características mencionadas es importante señalar que los individuos que forman parte



del equipo de salud no son considerados, a los efectos del presente artículo, como referentes comunitarios. El rol de los profesionales de la salud, quienes aportan un saber científico o académico deberá ser considerado en futuros artículos que profundicen dicho aspecto.

Saber “experto” vs saber “profano”

Devillard (1990) plantea que la posición de poder que ocupa la medicina científica tiene que ver con la relación que se establece entre saber y poder, y más específicamente con las *condiciones sociales de clase* que permiten obtener dicho conocimiento (Op. Cit). A su vez, el médico consigue su poder gracias a ser él mismo la representación de las tendencias “racionales” en la sociedad (Ackerkhecht, E., 1985). En este escenario, es interesante analizar cómo se relaciona este “saber experto”, ampliamente legitimado por la sociedad, con otros saberes, menos legitimados, más ocultos.

El papel de la medicina tradicional entonces es, preponderante en sociedades como la uruguaya, donde el “saber experto” no sólo se impone al “saber profano”, sino que también lo limita y permea constantemente. Esta tendencia de la medicina tradicional como actor calificado que puja en las construcciones culturales

sobre lo valorado como normalidad o desviación surge fuertemente en las entrevistas realizadas. Sin embargo –desde la perspectiva de las autoras y a partir del análisis realizado– esta relación no se da en forma dialógica sino todo lo contrario; el “saber experto” gestiona su poder en una relación que podría identificarse como de características unidireccionales con escaso o nulo contacto con otros saberes. En este escenario, creencias y prácticas populares conviven y/o entran en puja con el saber médico legitimado.

Metodología

Como se menciona en la introducción, para la investigación referida se utilizó un enfoque principalmente cualitativo, y complementariamente se utilizaron herramientas cuantitativas (datos secundarios/relevamiento cerrado de datos); por tanto, se analizaron los datos a través de la triangulación de técnicas.

La metodología cualitativa busca estudiar y comprender los fenómenos en profundidad, y por eso se centra en el descubrimiento del sentido y el significado de las acciones sociales, descifrando valoraciones y representaciones sociales. La investigación cualitativa en el área de la salud, por su parte, consiste en un campo de saberes y prácticas de creciente desarrollo en América Latina

(Mercado-Martínez, 2002), y en el cual se ha abierto un espacio para la práctica multidisciplinaria, lo que se traduce en una gran riqueza en la producción.

Se optó por una mirada principalmente cualitativa, por entenderse como la aproximación más adecuada en la medida que permite aproximarse de manera contextual y profunda al fenómeno a estudiar en sus dimensiones social y cultural, de manera de comprender el mundo de significados y valoraciones que construyen y se reconstruyen en torno al mismo. Se pretende comprender los comportamientos y motivaciones de las mujeres embarazadas enmarcadas dentro de un sistema de relaciones sociales y familiares en el cual se comparte un esquema de significaciones sobre la maternidad, la salud de la mujer, la salud del feto y los servicios de asistencia sanitaria.

La pauta de entrevista estuvo enfocada a profundizar en las siguientes dimensiones: caracterización de la entrevistada (si es primípara o múltipara por ejemplo); actitud frente a la salud durante el embarazo, creencias sobre la salud en el embarazo; características del grupo social de pertenencia; papel del médico/a y otros integrantes del equipo de salud en el embarazo y el parto; papel de las recomendaciones profesionales frente a la salud en el embarazo; papel de las recomendaciones y de las prácticas del grupo social de pertenencia

frente a la salud en el embarazo y el parto; miedos relacionados a la salud durante el embarazo y en el parto entre otras dimensiones que fueron surgiendo en el transcurso del desarrollo de las entrevistas y el campo en general. Como se ha referido, se realizaron 28 entrevistas a mujeres usuarias del sub-sector público de Montevideo, las entrevistas fueron realizadas en las salas de espera de policlínicas periféricas del BPS, ASSE e IMM así como en las policlínicas centralizadas del Hospital de la Mujer, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En términos del abordaje cualitativo, cabe señalar que se utilizó en este estudio el software Atlas ti como herramienta que facilitó la condensación de los datos, su análisis y presentación. Para la condensación de datos se combinó lo que en teoría fundada se llaman códigos in vivo con códigos que devienen de los constructos sociológicos y de la salud pública, siendo que en este proyecto se estaba frente a un tema relativamente nuevo para las disciplinas que lo abordaron (al menos en nuestro país). Como técnica complementaria se utilizó el análisis de contenido de leyes, programas, manuales, etc. Asimismo se utilizó el relevamiento de información mediante un formulario autoadministrado a las mujeres presentes en sala de espera de los controles obstétricos donde se realizaban las entrevistas.

Quiénes ejercen el rol de referentes socio-culturales

Como se desarrolló anteriormente, las diferentes construcciones subjetivas en torno a la salud y la enfermedad están relacionadas con el contexto sociocultural en el que los individuos están inmersos. Estos procesos son dinámicos, por lo que se da una continua movilización y actualización de creencias y valoraciones que pueden o no ser llevadas a la práctica dependiendo de las habilitaciones y limitaciones que les brinda el contexto en el cual están insertos. En este entendido los y las referentes socioculturales juegan un rol fundamental como se mencionaba.

En los discursos de las mujeres entrevistadas se destacan como referentes en lo que hace al cuidado de la salud en el proceso de embarazo personas del entorno cercano, principalmente familiar:

“Mi familia... mis padres, estoy como muy apoyada.... sobre todo tengo un trato muy bueno, con todos. Me escuchan, hablamos...”

(Policlínica Periférica, Nulípara, Adulta).¹

“Mi familia, que me dice que me controle, me exige que venga al

control” (Policlínica Central, Multi-para, Adulta).

Entre los referentes familiares son significativas las menciones a referentes familiares femeninos, es decir madres, abuelas, hermanas entre otras. El consejo está fuertemente mediatizado por la dimensión de género, teniendo especial relevancia la recomendación “de mujer a mujer”. Las experiencias previas de embarazos de estas mujeres parecen darles legitimidad en cuanto a las recomendaciones de cuidado a la salud durante el embarazo, así como señales de alarma y distintas recomendaciones para el tránsito por esta etapa de la vida. Estas referentes socio-culturales femeninas, tanto familiares como comunitarias, participan como moduladoras de las emociones de las entrevistadas, compartiendo experiencias, miedos, precauciones y consejos, a partir de un discurso accesible y en la mayoría de los casos positivo.

“Sí, mi hermana, mi hermana la única que me dice es un dolor más fuerte que el de una muela pero es el dolor más lindo que vas a sentir en tu vida, después nada... tomo los consejos más bien de mi madre y mi hermana”

(Policlínica Periférica, Nulípara, Adulta).

“Mi madre me da recomendaciones, qué no hacer, que no limpie, que no haga esfuerzo, no puedo barrer....

¹ Se utilizó la siguiente denominación para caracterizar las entrevistadas y al mismo tiempo preservar la confidencialidad de los datos: Policlínica Central/Periférica, Nulípara/Multi-para, Adolescente/Adulta.

no me dan otras recomendaciones, nadie más...”

(Policlínica Central, Nulípara, Adulta).

Cuando en el ambiente familiar o comunitario una mujer embarazada comparte espacios con otras mujeres son ineludibles las referencias a las experiencias previas de cada una de ellas, experiencias que por ser cercanas y al mismo tiempo diversas contribuyen a la construcción colectiva de marcos de referencia propios.

Sin embargo, se hace referencia a que las entrevistadas suelen consultar con integrantes del equipo de salud en busca de cierto nivel de respaldo frente a las percepciones u observaciones que pueden venir del medio no académico. Esto puede comprenderse en el marco de una sociedad con una gran legitimidad del saber médico como se mencionaba en el marco teórico, así como oportunidad para generar puentes entre distintos saberes.

La atención a la mujer gestante, en nuestro país y en el mundo, se ha centrado por mucho tiempo en el binomio madre-hijo, dejando de lado perspectivas más integrales que comprenden las mujeres más allá de su función reproductora y nutritiva. El enfoque de Género en Desarrollo contribuye a la visualización de las mujeres en tanto personas y sujetos de derechos, también en lo que a la salud refiere. Desde esta perspectiva

los hombres también son incluidos como protagonistas y no como meros “acompañantes”; este protagonismo de los hombres se refleja en los discursos de las entrevistadas al ser identificados como referentes importantes en el proceso de embarazo y parto:

“Primero hablamos con mi esposo”

(Policlínica Periférica, Multípara, Adulta).

“No, no, mi marido siempre me dice el tema de no mover las cosas, de no correr las cosas, un día llegó y estaba el ropero en el medio del comedor”

(Policlínica Central, Multípara, Adulta).

A pesar de la preponderancia de las referentes femeninas en tanto voz autorizada a la hora de recomendar y mantener vigentes las creencias y prácticas populares, los hombres, en tanto compañeros y sujetos activos del proceso de gestación y parto también son incluidos, fundamentalmente como apoyo emocional y de cuidado.

Los referentes comunitarios no familiares también están presentes a la hora de hacer recomendaciones con respecto al embarazo, fundamentalmente se hace mención a los grupos de amigos y amigas, y personas del entorno cercano de las entrevistadas, como vecinos/as y compañeras/os de trabajo. El

discurso de los referentes comunitarios se centra en recomendaciones de cuidados durante el embarazo, pero también en la transmisión de costumbres y prácticas populares (fundamentalmente relacionadas con la indagación del sexo del bebé) y como consulta. Como ejemplo se exponen las siguientes referencias:

“Sí, si le das la espalda al dormir a tu esposo, es varón, yo no podía dormir mirándolo a él, estaba cómoda mirando al otro lado, esto me lo dijo primero una señora mayor en la policlínica, luego yo lo comprobé. También están las pruebas de la cuchara y el tenedor, eso me lo dijeron mis hermanas...”

(Policlínica Central, Multípara, Adulta).

“O sea de amigos... también, si sobre todo que me cuide, que me quede tranquila, me alimente, consejos básicos, que todo el mundo te dice... como algo positivo... siempre”

(Policlínica Periférica, Nulípara, Adulta).

Entre los referentes socio-culturales comunitarios también se observa el consejo o recomendación fuertemente mediado por la condición de género, se destaca nuevamente que dichos consejos no sólo predominan entre las mujeres, sino que las mujeres que ya han tenido hijos son consideradas especialmente como referentes calificadas.

Qué aconsejan las/los referentes socio-culturales

Como se mencionó anteriormente, las recomendaciones de los y las referentes de las embarazadas, ya sea de su entorno familiar o comunitario, en la mayoría de los casos no sólo no entran en puja con el saber médico legitimado sino que lo respaldan y apoyan fuertemente. El “saber profano” ha adoptado discursos y prácticas provenientes del “saber experto”, en esta línea se hayan las recomendaciones con respecto a la alimentación, al no consumo de determinadas sustancias como tabaco y café, el cuidado del peso, algunas conductas (andar en moto) entre otras.

Muchas de estas recomendaciones conllevan la consideración del embarazo como un estado de especial vulnerabilidad en la que se le restringen las actividades y posibilidades a la embarazada, fundamentalmente desde el discurso del cuidado:

“Lo que no hay que hacer son cosas excesivas para tu cuerpo, por ejemplo, lavar pisos no puedo... caminar mucho tampoco, estuve internada con riesgo que nazca antes. No comer nada que te caiga mal es lo principal... no bañarte sola, ya casi me caí dos veces... no estar sola lo principal es no estar sola, estas vulnerable”

(Policlínica central, Adulta, Multípara).

“Sí, amigas me decían no andes en moto, no andes en moto que le

hace mal" (Policlínica central, Adolescente, Nulípara).

Asimismo, muchos de los consejos no están relacionados con el "saber experto" y contribuyen a la transmisión generacional de determinadas creencias y prácticas populares:

"Sí, cosas que te dicen, como no lavar la ropa del bebé, te dicen que no laves la ropa del bebé antes de los 3 meses que te puede pasar algo. En el primero no lo hice, en éste lo hice, lavé la ropa antes de los 3 meses y después empecé con todo tipo de problemas y pensé hay ¡no te lo puedo creer! Y todo el mundo me decía ¡que no lavara la ropa del bebé! ¡No aprontes el bolso! En este embarazo hice todo lo que no hice en el otro y empecé con problemas..."

(Policlínica Central, Multípara, Adolescente).

"No, coser la ropa del bebé, me enteré ahora que no se puede coser"

(Policlínica Central, Multípara, Adolescente).

Al indagar los aspectos aconsejados por los referentes socio-culturales, tanto familiares como comunitarios, suele mencionarse en primera instancia aquellos que, como decíamos anteriormente, están alineados con las recomendaciones aceptadas desde los servicios de asistencia sanitaria. Esto puede estar condicionado

con el hecho de que las entrevistas fueron realizadas a mujeres que ya han sido captadas por el sistema de atención. En el transcurso de las entrevistas van surgiendo otras creencias y prácticas arraigadas en el acervo familiar o comunitario. Éstas suelen tener asignado un valor especial, en la mayoría de los casos de respeto y credulidad. Parece ser que "saber popular" y "saber experto" conviven pero no comparten espacios.


"1- ¿Crees que esas creencias son importantes?"

2- Sí muy importantes..."

1- ¿Si tuvieras que citar algunas, las que te parezcan más importantes?"

2- Por ejemplo, si llueve, si llueve y hay tormenta se adelantan los partos"
(Policlínica Periférica, Multípara, Adulta).

Sin embargo esto no siempre es así, las recomendaciones no médicas de los referentes socio-culturales suelen ser despojados de valor o relevancia. "Saber profano" y "saber experto", como veíamos, muchas veces conviven, pero no necesariamente se encuentran. Aparece una suerte de doble discurso o discursos paralelos, en los que aparentemente predomina el respeto por el "saber experto" que permea y condiciona el saber popular. En otros casos se dan "enfrentamientos", por ejemplo en el caso particular de la alimentación, muchas embarazadas refieren que su entorno cercano las motiva a comer



abundantemente, seguidos por la percepción de que se debe “comer para dos o el doble”.

Muchos de los conflictos que se presentan entre estos diferentes esquemas de conocimientos y prácticas suelen dirimirse adjudicando, al menos en los discursos, dichas creencias a otra época, cosas que solo dicen “las viejas”.

En cuanto a las prácticas, es un elemento a destacar el acceso a medicinas alternativas o complementarias, como es el caso de distintos yuyos ampliamente difundidos en nuestra sociedad. En algunos discursos se niegan dichas prácticas, en otros se especifica la no utilización de los mismos durante el embarazo. También en cuanto a las prácticas vuelve a estar presente la percepción del estado de embarazo como un estado de vulnerabilidad de la mujer.

“2- Ay yo que sé, en este momento no me acuerdo pero hay una vecina que es muy de los yuyos y esas cosas, viste que siempre está, pero no me acuerdo, se que me había dicho algo, no me acuerdo ni porque era, porque yo vómitos y eso no tuve, bueno no se se que algo me dijo y no... 1-Ni la escuchaste. 2-Y sí porque no sabés si te hace bien o qué, si fuera en otro momento capaz que sí, viste no estando embarazada”

(Policlínica Central, Nulípara, Adulta).

Cabría preguntarse entonces, no estando embarazada: ¿sí sigue estas

recomendaciones o prácticas?, ¿sí se accede a medicinas alternativas?, ¿cómo se da este fenómeno en el cuidado del recién nacido?

La necesidad de ser escuchadas

Surge de las entrevistadas la necesidad de ser escuchadas, de compartir con otras mujeres sus tránsitos por los distintos embarazos. Esto se complementa con el análisis de la dimensión de género entre los referentes socio-culturales familiares y comunitarios trabajado previamente, con una fuerte relevancia de los consejos y de las experiencias previas de otras mujeres. En este sentido otras embarazadas del entorno cercano aparecen como referentes importantes:

“Hablamos y todas tienen cosas diferentes que contar”

(Policlínica Periférica, Múltipara, Adulta).

“Hay que creer en el instinto de madre...”

(Policlínica Central, Nulípara, Adulta).

La experiencia previa en la maternidad otorgaría, entonces, el derecho al consejo. Se establece un saber cuasi experto relacionado a la experiencia de la situación de embarazo y parto. Esta necesidad de compartir con otras mujeres sus experiencias previas da cuenta de las necesidades de las mujeres en sus tránsitos por los procesos de embarazo y parto, las cuales muchas

veces no encuentran eco en los servicios de asistencia sanitaria. Se destaca de estas experiencias el hecho de que son espontáneas, des- estereotipadas y accesibles, estos saberes se constituyen como un acervo no sistematizado de conocimientos en torno a una etapa particular de la vida de las mujeres.

Un capítulo aparte lo constituyen las recomendaciones de los referentes socio-culturales familiares y comunitarios con respecto al parto. El parto aparece como un evento importante, clave en los tránsitos del embarazo, no sólo por estar relacionado con el nacimiento de sus hijos, sino como experiencia individual como mujeres.

“1- ¿Y algo que te hayan recomendado amigas, vecinas o familiares para ese momento? Viste que todos te dicen para ese día tal cosa o hacé tal cosa...”

2- Sí, que no llore, que no grite y que ta que esté tranquila”

(Policlinica Central, Nulípara, Adolescente).

“1- Y ¿qué te da miedo? ¿La parte del parto en sí?

2-Sí, porque viste que hablás con mujeres que te dicen: hay, casi me muero del dolor y hablás con otra y te dice: yo no tuve dolor ninguno y yo pienso ojalá que yo sea así (risas), ta eso nada más los comentarios, hasta que no te pase a ti no sabés porque de repente te asustan y a ti te va divino”

(Policlinica Central, Nulípara, Adulta).


Con respecto a las recomendaciones en torno al trabajo de parto y

parto se destacan aquellas referidas al control/inhibición de las emociones, sobre todo en el momento del parto: tranquilidad, autocontrol, “no gritar”, hacer caso a todo lo que el personal de salud indique, etc. Dichas recomendaciones encuentran su justificación en parte en la vivencia de la situación de parto (propia o de allegadas) y mantiene estrecha relación con los miedos en ese momento.

Reflexiones finales

Como se ha desarrollado anteriormente, las mujeres entrevistadas, sin distinción de edad ni tipo de embarazo, experimentan su situación de salud como paradigmática en sus vidas; esto implica la necesidad de cuidados especiales durante el embarazo, así como la habilitación de espacios de escucha y diálogo entre mujeres y con los equipos de salud. Como se describió, entre estos cuidados cobran relevancia aquellos relacionados a la visión médica hegemónica: alimentación saludable, no consumo de tabaco, alcohol o drogas entre otros. En este sentido, las y los referentes son agentes de medicalización en la comunidad, y –por tanto– posibles “aliadas/os en el desarrollo e implementación de las políticas de salud.

En relación a los/as referentes socio-culturales y comunitarios, se destaca especialmente el rol de las mujeres del entorno cercano de las




embarazadas como fuentes de consejo, escucha, acompañamiento, etc. En este sentido, las referentes mujeres con experiencias relacionadas al embarazo y parto ofician como fuentes de refuerzo tanto de los temores como de las seguridades y certezas. Se puede ver dentro de este vínculo altamente feminizado cierta oportunidad para el trabajo tanto de los miedos en el embarazo y el parto como así también de legitimación de ciertas prácticas positivas, aquéllas que se identifican como “científicas”, así como aquéllas relacionadas al acervo popular. También se ha destacado aquí la participación de los hombres en tanto fuentes de apoyo, cuidado y acompañamiento. Se considera especialmente relevante incorporar a los compañeros hombres en los tránsitos por los procesos de embarazo y parto en la búsqueda de la consolidación de roles de género complementarios y que potencien lo mejor de cada una de las partes.

Como conclusión del trabajo se destaca que no es posible construir modelos de salud integrales, capaces de responder a las necesidades reales de la población, que generen resultados positivos para el conjunto del colectivo social si no se tienen en cuenta las bases culturales y el modo de vida de quienes hacen usufructo de los servicios. Si no se establece, en definitiva, un verdadero diálogo entre “saber popular” y “saber experto”. Dichos marcos de referencia no

conviven dentro de los marcos de las instituciones de salud, el primero se mantiene latente e incluso se desprestigia frente a la legitimidad social del segundo.

Ahora bien, ¿cómo promover el encuentro y diálogo entre estos saberes que aparentemente no comparten espacios? Surgen como aportes importantes para comprender cómo se da este fenómeno y las posibles alternativas al mismo los análisis de Boaventura de Souza Santos. El autor plantea que el “pensamiento occidental moderno es un pensamiento abismal” (De Souza Santos, 2010: 29), esta caracterización como pensamiento abismal implica considerar como válido y existente solamente lo propio, deslegitimando todo aquello que no forme parte de lo considerado verdadero. Este pensamiento abismal occidental² adjudica a la ciencia moderna “el monopolio de la distinción universal entre lo verdadero y lo falso”, siendo todo lo demás “creencias, opiniones, magia, idolatría, comprensiones intuitivas o subjetivas...” (Op. Cit.: 31), negando las posibilidades de co-presencia de distintas visiones de mundo. La ecología de saberes sin embargo se construye sobre “una diversidad epistemológica del mundo, el reconocimiento de la existencia de una pluralidad de conocimientos más

² Pueden existir otros pensamientos con características abismales fuera de occidente, ver De Souza Santos, 2010.



allá del conocimiento científico” (Op. Cit.: 50), se plantea por lo tanto la posibilidad de evaluar los aportes de cada uno de estos saberes o conocimientos en función de las intervenciones que posibilitan, es decir qué permiten, qué previenen, qué promueven. No se busca dejar de reconocer el aporte de la ciencia moderna, sino por el contrario evaluarla en su justa medida, no como verdad incuestionable, sino como aporte en diálogo con otros aportes desde otros saberes.

Tomando en consideración las reflexiones antes mencionadas se plantea la necesidad de promover espacios de encuentro entre mujeres, sus compañeros, sus familiares y los equipos de salud que posibiliten la

integración de estos saberes de modo de potenciar los aspectos positivos de cada una de las distintas intervenciones-saberes existentes. Se propone, entonces, potenciar espacios y acciones de Promoción de Salud, entendida como proceso de adquisición de poder por parte de las comunidades sobre su propia salud y no simplemente cambios de hábitos individuales pautados desde el saber científico (Santos Rabella, 2010). El ejercicio de dicho poder implica el análisis crítico de los saberes-intervenciones propios, de los técnicos y del Estado; poniéndolos en diálogo para la construcción de esta *ecología de saberes* de la salud de la mujer y sus familias en el proceso de embarazo y parto.

Bibliografía

- Ackerkhecht, E. *Medicina y Antropología Social*. Madrid. Editorial Akal Universitaria, 1985.
- Aguinaga Roustán, J.; Comas, D.; Díaz, M. A.; López, A. E.; Manrique, A.; Ochoal, J. M. Evaluación de la percepción de la problemática de la salud. *REIS*, N°: 23, Año: 1983, Págs: 141-158.
- Amorín, D.; Carril, E.; Varela, C. Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En: López Gómez, A. (Coord.) *Proyecto Género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio Cualitativo*. Montevideo. Editorial Trilce, 2006.
- De Souza Santos, B. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo. Editorial Trilce-Extensión Universitaria, 2010. ISBN 978-9974-32-543-3.
- Devillard, M. J. La construcción de la salud y de la enfermedad. *REIS*, N° 51, Año: 1990, Págs: 79-88.
- Lostao, L. Factores predictores de la participación en un programa de "screening" de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. *REIS*, N° 92, Año: 2000, Págs: 169-188.
- Mercado-Martínez, F. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. *International Journal of Qualitative Methods* 1 (1). 2002.
- Mitjavila, M.; Fernández, J. Factores sociales, salud y enfermedad. En: Dibarboure, H. & Macedo, J. *Introducción a la medicina familiar*. Montevideo. Departamento de Publicaciones de la Universidad de la República, 1998: 506-519.
- Montero, M. *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires. Editorial Paidós. Tercera Edición, 2006.
- Moreno; G. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Phycological Therapy* Vol. 3, N° 001. Pág: 91-109. Junio, 2003.
- Santos Rabello, L. *Promocáo da Saúde, a construcáo social de um conceito em perspectiva comparada*. Río de Janeiro. Editora: Fiocruz, 2010. ISBN: 978-85-7541-196-4.
- Schutz, A.; Luckmann, T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu, 1973.



Jugar, lo que se entrevé, lo que se vislumbra

Carlos Torrado Lois
Gabriela di Landro

Entrevistada:

Dra. Maite Garaigordobil, Doctora en Psicología, Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y Catedrática de Evaluación Psicológica en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.

Palabras Claves: Comunidad, Salud, Recreación, Niños.

Keywords: Community, Health, Recreation, Child.

Resumen

En las últimas décadas, a raíz de los cambios sociales, las nuevas demandas y el nuevo paradigma de la salud comunitaria a partir de una concepción de Salud Positiva, se ha comenzado a repensar, resignificar y redimensionar los abordajes en la promoción de la salud desde una pluralidad de dispositivos que intentan contemplar las nuevas realidades comunitarias. Este artículo analiza algunas relaciones fundamentales que existen entre el juego y la salud para el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. La actividad lúdica siempre ha formado parte de la vida de las personas como uno de los componentes para alcanzar la madurez física y psíquica, un elemento clave en el desarrollo de la vida social desde un enfoque integral de la educación, la cultura y la salud. Desde hace varios años las estrategias vinculadas a los factores protectores consideran al juego y el buen uso del tiempo como una de las principales formas de promover hábitos saludables en la infancia y la adolescencia, el juego deja de estar ausente en las prácticas saludables y pedagógicas, deja de ser desvalorizado y comienza a considerarse "*seriamente*" como una estrategia metodológica con características y cualidades propias. En esta entrevista a la Dra. Maite Garaigordobil de la Universidad del País Vasco, el Subprograma Animación Socio-cultural y Recreación de Apex-Cerro pretende indagar en las características del Programa Juegos Cooperativos enfatizando en los procesos de socialización y "juego es salud" en niños, niñas y adolescentes.

Abstract

In recent decades, as a result of social changes, new demands and the new paradigm of community health from a concept of positive health, has started to rethink, give a new meaning approaches in health promotion from a plurality of devices that try to contemplate the new community realities. This article discusses some fundamental relationships that exist between the game and health for the integral development of children and



adolescents. The recreational activity has always formed part of the life of persons as one of the components to achieve adulthood physical and psychic, a key element in the development of social life through an integrated approach of the education, culture and health.

From several years ago, the strategies related to protective factors she is considered the game and the proper use of time as one of the main ways of promoting healthy habits in childhood and adolescence, play ceases to be absent in healthy and pedagogical practices, ceases to be devalued and begins to “seriously” consider as a methodological strategy with characteristics and qualities. In this interview to Dr. Maite Garaigordobil from the Universidad del País Vasco, the subprogram socio-cultural and recreation of Apex-Cerro aims to investigate the characteristics of cooperative games program emphasizing socialization processes and “play is health” in children and adolescents.

Introducción

Podríamos extendernos largamente describiendo al juego y precisamente al juego cooperativo como un “*medio*” para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en tanto que el juego nos ofrece una serie de estrategias placenteras, intensas, creativas, desafiantes, vivenciales y gratificantes que podemos adaptar con el objetivo de proponer espacios de educación en salud desde la promoción y la prevención. La característica del juego como una forma de expresión flexible, con gran facilidad de adaptabilidad nos permite generar estrategias destinadas a diferentes objetivos. Sin embargo, dedicaremos este espacio al “*juego como salud*”, el *juego cooperativo es salud* y también se constituye en un espacio de promoción de la salud en tanto que permite el desarrollo integral de las distintas capacidades y potencialidades de niños y niñas, las

afectivas-emocionales, creativas, intelectuales, motrices-corporales, psicosociales, y como un factor protector de la salud, ya que jugar resguarda a niños y niñas de situaciones de riesgo, entendiendo por riesgo: la probabilidad de que se produzca un daño. Pero en todo caso, no lo hace subordinado o justificado desde objetivos forzados o ajenos a las características o la importancia que tiene el juego y el juego cooperativo en sí mismo.

Desde esta perspectiva del juego como salud, ya no sólo como “*estrategia*”, sino como un verdadero propiciador de aprendizajes significativos y duraderos, que promueve hábitos saludables: buen trato, cuidado del otro y autocuidado, autoexpresión, autodescubrimiento y descubrimiento colectivo, exploración y experimentación de los sentidos, desarrollo intelectual y vínculos prosociales; el juego es una actividad indispensable

para el desarrollo integral de las personas que se aleja y se opone a métodos de aprendizaje repetitivos, monótonos y aburridos.

El juego es el primer acto creativo, una necesidad vital que propone e invita al encuentro con el otro, desde la imaginación, la libertad y la creación.

Desde hace varios años las estrategias vinculadas a los factores protectores consideran al juego y el buen uso del tiempo como una de las principales formas de promover hábitos saludables en la infancia y la adolescencia, el juego deja de estar ausente en las prácticas saludables y pedagógicas, deja de ser desvalorizado y comienza a considerarse “*seriamente*” como una estrategia metodológica con características y cualidades propias.

Hablar de juego entonces, es hablar de salud y también es hablar de derechos. El juego, entre cualquier serie de opciones, es lo preferido para niños y niñas. Posibilitar el ejercicio del derecho a decidir qué hacer con el tiempo libre o tiempo “propio”, es también contribuir a que todo niño y toda niña pueda *ejercer sus derechos y deberes* apuntando al desarrollo integral de las personas. En el código de la niñez y la adolescencia artículo 9 se enumeran sus derechos esenciales:

Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación,

recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social.¹

En el Artículo 31 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989):

1. Los Estados partes reconocen el derecho del niño al *descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas* apropiadas para su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.


2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.²

Si el juego es uno de los primeros lenguajes del niño y la niña, una de las primeras manifestaciones culturales, a través del cual conoce, se vincula, interactúa y ejerce sus derechos, no podemos excluir el juego del ámbito de la salud, la educación y la cultura.

A partir de la necesidad de pensar y resignificar el hacer y actuar lúdico en diferentes contextos socioeducativos y en el afán de acercar diferentes perspectivas, se realiza esta entrevista la Doctora en Psicología Maite

¹ Código de la niñez y la adolescencia en Uruguay. Cap. II.

² Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).



Garaigordobil. Se acerca entonces en este artículo su mirada en relación al juego a través de visualizar algunas de sus múltiples dimensiones.

Maite Garaigordobil es Doctora en Psicología, Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y Catedrática de Evaluación Psicológica en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. Para Garaigordobil el juego es algo muy serio, una “necesidad vital indispensable para el desarrollo humano”, su estudio sobre los juegos cooperativos ha sido reconocido en dos oportunidades con el Primer Premio Nacional en Investigación Educativa en España. Profesionales de la Psicología y la Educación del País Vasco han diseñado, aplicado y evaluado programas de juego cooperativo dirigidos a niños, niñas y adolescentes de distintos niveles de edad (4 a 12 años). La participación, comunicación e interacción amistosa, la cooperación, creación y diversión son algunas de las características de estos juegos.

En esta entrevista desde el Subprograma Animación Sociocultural y Recreación de Apex-Cerro pretendemos indagar en las características del Programa Juegos Cooperativos enfatizando en los procesos de socialización y “juego es salud” en niños, niñas y adolescentes.

Lo que se entrevisté: conversamos con la Dra. Maite Garaigordobil

¿Cómo incide el juego en los procesos de socialización de niños, niñas y adolescentes?

Desde el punto de vista del desarrollo social el juego es un relevante instrumento de comunicación y socialización, porque estimula a que los niños, niñas y adolescentes busquen a otros compañeros y compañeras de juego, interactúen con ellos y se socialicen en este proceso. Por el juego entran en contacto con sus iguales, y ello les ayuda a ir conociendo a las personas que les rodean, a aprender normas de comportamiento y a descubrirse a sí mismos en el marco de estos intercambios. No obstante cabe matizar que distintos tipos de juegos potencian distintos procesos de socialización. La investigación sobre los efectos del juego ha estudiado fundamentalmente el impacto del juego de representación (también denominado de rol o dramático), del juego cooperativo y de los juegos de reglas.

Por las investigaciones que han analizado las contribuciones del juego al desarrollo social sabemos que en *los juegos de representación*, que los niños realizan desde temprana edad y en los que representan el mundo social que les rodea, los jugadores: 1) descubren la vida social de los adultos y las reglas que rigen estas relaciones, descubren los derechos y deberes de cada rol, distintas funciones sociales, diferentes características de un mismo rol... y todo ello,


como subrayó Vigotsky, les prepara para el trabajo, les aporta aprendizajes vinculados con roles laborales; 2) se comunican e interactúan con sus iguales ampliando su capacidad de comunicación, ya que el juego de representación colectivo implica siempre relación y comunicación con los demás, comunicación tanto verbal como no-verbal; 3) desarrollan de forma espontánea la capacidad para cooperar, ya que en los juegos de representación colectivos cada persona contribuye con un rol para representar una escena o una historia; 4) evolucionan moralmente, ya que estos juegos son escuela de autodominio, voluntad y de asimilación de normas de conducta, en primer lugar porque representar personajes implica seguir sus pautas de comportamiento, y para ello, los jugadores controlan sus emociones e impulsos inmediatos, en segundo lugar porque al representar roles aprenden normas de comportamiento, y en tercer lugar porque seguir las reglas del juego colectivo (turnos...) implica un ejercicio de asimilación de reglas de conducta que se realiza de forma voluntaria, y este autocontrol facilitará la aceptación progresiva de las normas que les llegan del exterior, del mundo del adulto y 5) se conocen a sí mismos configurando su "Yo social" a través de las imágenes que reciben de sí mismos por parte de sus compañeros y compañeras de juego.

Sobre los *juegos cooperativos*, juegos que implican dar y recibir ayuda para contribuir a un fin común, los estudios han evidenciado que este tipo de juegos: 1) promueven la comunicación, aumentan los mensajes positivos entre los miembros del grupo y disminuyen los negativos; 2) incrementan las conductas prosociales (ayudar, cooperar, compartir...) y las conductas asertivas en la interacción con iguales; 3) disminuyen las conductas sociales negativas (agresivas, de retraimiento, de timidez...); 4) potencian la participación y la cohesión grupal y 5) mejoran el concepto de uno mismo y de los demás compañeros y compañeras del grupo. Finalmente, los *juegos de reglas*, juegos intelectuales de mesa (parchís, oca, damas...) y juegos sensoriomotrices con reglas objetivas (carreras de canicas regladas...) son aprendizaje de estrategias de interacción social, facilitan el control de la agresividad e implican un ejercicio de responsabilidad y democracia.

Por lo tanto, el juego es un importante instrumento de socialización y comunicación, es uno de los caminos por los cuales los niños y niñas se incorporan orgánicamente a la sociedad a la que pertenecen.

¿Socialización o conformidad y sumisión?

Cualquier proceso de socialización, el que se produce en el contexto



familiar, en el contexto escolar, en el contexto del grupo de iguales... siempre estimula, “en cierta medida”, la tendencia a la conformidad social, el sometimiento de los impulsos y deseos individuales a los parámetros del grupo social en el que el individuo está inmerso. La sociedad estructura una serie de normas de conducta que intenta que los individuos interioricen a través de diversos mecanismos. Este proceso resulta indispensable para la vida en sociedad, sin embargo, la libertad individual nunca debe quedar ahogada, excluida por la presión del grupo. La socialización aporta beneficios al individuo, pero la socialización debe dejar espacio a la libertad individual, a la libertad del individuo para elegir.

¿Es el juego cooperativo un modelo de asunción guiada de los roles sociales?

El juego cooperativo es una herramienta de intervención que potencia conductas y roles sociales positivos. Desde finales de los 80 un grupo de profesionales de la Psicología y la Educación en el País Vasco hemos diseñado, aplicado y evaluado 4 programas de juego cooperativo dirigidos a niños y niñas de distintos niveles de edad (4 a 12 años). Los programas JUEGO, denominados *Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 4-6, 6-8, 8-10 y 10-12*, publicados por la editorial

Pirámide, contienen 500 juegos que fomentan la conducta prosocial y la creatividad. Además, estas propuestas de juego se conectan con un programa para adolescentes, que contiene juegos cooperativos y otras dinámicas de grupos.


Los juegos amistosos, de ayuda y cooperación seleccionados para configurar los programas JUEGO tienen 5 características estructurales: 1) *la participación*, ya que en estos juegos todos los miembros del grupo participan, nunca hay eliminados ni nadie pierde ya que el objetivo consiste en alcanzar metas grupales, y para ello cada participante tiene un papel necesario para la realización del juego; 2) *la comunicación y la interacción amistosa*, porque todos los juegos del programa estructuran procesos de comunicación intragrupo que implican escuchar, dialogar, tomar decisiones, negociar... y estimulan la interacción amistosa multidireccional entre los miembros del grupo, la expresión de sentimientos positivos en relación a los demás...; 3) *la cooperación*, ya que gran parte de los juegos del programa estimulan una dinámica relacional que conduce a los jugadores a darse ayuda mutuamente para contribuir a un fin común, a una meta de grupo. En muchos de estos juegos los objetivos de los jugadores están estrechamente vinculados, de tal manera que cada uno de ellos puede alcanzar sus

objetivos sólo si los otros alcanzan los suyos. Los resultados que persigue cada miembro del grupo, son pues beneficiosos para el resto de los compañeros con los que está interactuando. De este modo se entiende la cooperación como un proceso de interacciones sociales consistentes en “dar y recibir ayuda para contribuir a un fin común”, en contraposición a los juegos competitivos en los que los objetivos de los jugadores están relacionados pero de forma excluyente y un participante alcanza la meta sólo si los otros no la consiguen alcanzar; 4) *la ficción y creación*, porque se juega a hacer el “como si” de la realidad, como si fuéramos serpientes, tortugas, campanas, ciegos, trenes, máquinas..., así como a combinar estímulos para crear algo nuevo (por ejemplo, unir distintas partes del cuerpo de diferentes animales para crear una nueva especie animal) y 5) *la diversión*, ya que con estos juegos tratamos de que los miembros del grupo se diviertan interactuando de forma positiva, constructiva con sus compañeros y compañeras de grupo.

Los programas de juego cooperativo tienen tres grandes objetivos. En primer lugar, pretenden potenciar la socialización durante la infancia y la adolescencia, estimulando: 1) la interacción amistosa, positiva, constructiva con los compañeros del grupo; 2) las habilidades de comunicación (exponer, escuchar, dialogar,

negociar, tomar decisiones por consenso...); 3) un aumento de conductas sociales positivas (conductas de consideración con los demás, de liderazgo, de autocontrol...) y una disminución de las negativas (conductas violentas, agresivas, de retraimiento, de timidez...) y 4) el desarrollo de la conducta prosocial (dar, ayudar, compartir, consolar, cooperar...) y de valores socio-morales (diálogo, tolerancia, igualdad, solidaridad, no violencia...). En segundo lugar, los programas de juego cooperativo intentan favorecer el desarrollo emocional promoviendo: 1) la identificación y la expresión de variadas emociones a través de la dramatización, las actividades con música-movimiento, el dibujo y la pintura...; 2) el desarrollo de la empatía ante los estados emocionales de otros seres humanos; 3) sentimientos de logro y dominio que mejoran el autoconcepto y la autoestima; 4) sentimientos de aceptación de cada individuo dentro del grupo; y 5) sentimientos de placer y de bienestar psicológico subjetivo...Y en tercer lugar, con estas experiencias de juego también se estimula el desarrollo de la inteligencia y la creatividad.

Por consiguiente, los juegos cooperativos intentan estimular el desarrollo de conductas prosociales, de interacciones sociales positivas y a ellos subyace un modelo que pretende guiar el desarrollo de roles sociales específicos.



¿Se dan por descontadas las concordancias entre las expectativas sociales y las necesidades individuales?

No se dan por descontadas las concordancias entre grupo e individuo, nunca deben darse por descontadas, es más, con frecuencia los puntos de vista individuales pueden ser discrepantes a la perspectiva del grupo, pero si un grupo toma decisiones por consenso, si un grupo es realmente cooperativo, no puede obviar estas discrepancias, sino que deberá integrarlas, tenerlas en cuenta y ampliar su perspectiva. Un equipo o grupo puede tomar decisiones (por ejemplo, qué estructura va a construir con las piezas que tienen sus miembros, qué cuadro van a pintar, qué título van a poner a una fotografía...) por consenso o por mayoría y cada uno de estos modelos de toma de decisiones tiene ventajas y desventajas. Tomar decisiones por consenso requiere más tiempo, permite que se evidencien más las discrepancias individuales (y por lo tanto se tengan en cuenta), y tanto la calidad de las conclusiones o decisiones que adopten como la satisfacción e implicación de los miembros del grupo será superior. En los programas de juego cooperativo se potencia que los equipos tomen las decisiones por consenso, para lo que deben tener en cuenta los puntos de vista de todos los

miembros del equipo evitando la exclusión.

¿Son los juegos cooperativos alternativas que pueden conllevar la modificación o innovación en el comportamiento social?

En las investigaciones que hemos llevado a cabo con los 5 programas de intervención se ha comparado el cambio que han tenido en el desarrollo niños, niñas y adolescentes que realizaron estas experiencias cooperativas durante un curso escolar frente a los que no tuvieron esa oportunidad durante aquel curso académico. Los resultados han evidenciado que los que jugaron mejoraron significativamente en muchos factores del desarrollo personal y social.

Desde el punto de vista del desarrollo social se ha constatado un aumento de conductas sociales positivas (ayuda, cooperación...), una disminución de conductas sociales negativas (agresivas, de apatía-retraimiento, de ansiedad-timidez, antisociales...), una mejora de las relaciones entre iguales dentro del grupo (disminuyó el rechazo y aumentó la consideración entre los miembros del grupo), y un aumento de las estrategias cognitivas disponibles para afrontar situaciones sociales... Desde el punto de vista del desarrollo afectivo-emocional también se confirmó que los que habían realizado juegos cooperativos

mejoraron su autoconcepto-autoestima y la percepción que tenían de los compañeros de su grupo, desarrollaron más su capacidad de empatía y aumentó su estabilidad emocional... Finalmente también se confirmó que los juegos cooperativos-creativos estimulan un desarrollo de la inteligencia verbal y de la creatividad multidimensional. En síntesis, este tipo de juegos potenciaron el desarrollo socio-emocional y la creatividad.


Además, después de jugar cooperativamente durante un curso escolar, en varios grupos se administró un cuestionario de evaluación del programa a los que habían participado en la experiencia en el que se les preguntaba: "Ahora que conoces los juegos cooperativos, ¿qué tipo de juegos prefieres, los tradicionales en los que una persona gana y las demás pierden o los cooperativos en los que nadie pierde? Explica la razón de tu respuesta". El 90% de los participantes dijeron preferir los juegos cooperativos. Entre las razones que dieron se pueden entresacar las siguientes: 1) la diversión (porque son más divertidos y originales...); 2) la disminución de los sentimientos depresivos, de tristeza (porque nadie pierde y nadie se queda triste, si uno pierde se queda avergonzado, no te quedas triste como cuando pierdes, en los que pierdes te aburres y te pones triste...); 3) las relaciones de igualdad

entre los miembros del grupo (porque en estos juegos nadie pierde, todos jugamos, estamos nivelados, no sobra nadie, todos somos iguales...); 4) la disminución de las conductas agresivas (cuando alguien pierde protesta y se enfada, con los otros juegos todos salen como burros a ganar, de esta forma no nos enfadamos, no nos peleamos, no hay broncas, enfados ni nadie se pica, nadie hace trampas, nadie se enfada ni discute, estamos en paz, no reñimos...) y 5) el aumento de la conducta prosocial (porque aprendemos a ayudarnos y cooperar con los compañeros, hacemos amigos, compartimos...).

¿De qué hablamos cuando decimos que el juego es un instrumento que nos permite lograr lo mejor en las situaciones y redes sociales en las que nos movemos?

No todos los juegos son un instrumento que permite lograr lo mejor en las situaciones y redes sociales en las que está inserto un individuo. Hay juegos que pueden tener un efecto positivo en el desarrollo durante la infancia y la adolescencia, pero hay juegos que pueden tener un efecto negativo tanto para el desarrollo individual como para el desarrollo social.

Los juegos contienen e implican valores diversos. Hay juegos que estimulan la agresividad y la violencia, el egoísmo, el racismo, el sexismo... mientras que otros juegos (en los que



todos participan, nunca hay eliminados ni nadie pierde, el objetivo consiste en participar para conseguir una meta de equipo...) fomentan el desarrollo de valores como el diálogo, la tolerancia, la cooperación, la solidaridad... Un video-juego o un juego de ordenador cuya esencia básica es matar enemigos, potenciará valores belicistas, conductas agresivas y violentas, que repercutirán negativamente en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Algunos videojuegos y juegos de ordenador consisten en seguir pistas, razonar de forma lógica para descubrir misterios... y son útiles para fomentar la inteligencia o la creatividad. Mientras que otros juegos enseñan las múltiples formas posibles de matar, aterrorizar o torturar, fomentan la identificación con guerreros de las galaxias, cibertorturadores, o bombarderos que emplean armas de destrucción masiva y que arrasan planetas con total impunidad y meticulosidad.

El juego es un medio, un soporte, como lo puede ser el cine o la literatura. Por ello, no se puede afirmar que todos los juegos son positivos para el desarrollo, ya que los juegos pueden implicar valores y procesos constructivos pero también destructivos. El mensaje que yo transmitiría al adulto sería que tenga conciencia de los valores y actitudes que estimula con los juegos que promueve o con los juguetes que oferta, potenciando

actividades lúdicas que potencien las relaciones igualitarias y respetuosas entre los miembros del grupo y eviten las actitudes violentas, sexistas...

¿Cómo jugar de forma cooperativa en un mundo competitivo?

Desarrollar en los niños y niñas la capacidad para cooperar, las destrezas para cooperar es positivo, incluso si tienen que vivir en un mundo competitivo. De hecho considero que el mundo ha avanzado gracias a la cooperación, muchos de los avances de la humanidad han sido posibles gracias a la capacidad de los seres humanos para cooperar con otras personas, es decir, para dar y recibir ayuda para contribuir a un fin común, para contribuir a metas que no podrían haber sido alcanzadas con la acción de un solo individuo.

En las experiencias de juego cooperativo que llevamos realizando en los últimos 20 años hemos podido observar que cuando se realizan estas experiencias con los niños desde una edad temprana, habitualmente no les cuesta cooperar, al contrario les agrada más cooperar que competir, y enfatizan las ventajas de los juegos cooperativos frente a los juegos competitivos como se ha comentado previamente. Sin embargo, si no han tenido experiencias cooperativas, ni de juego ni de aprendizaje durante la infancia, en la adolescencia tendrán más dificultades para participar en

situaciones cooperativas por la ausencia de destrezas para cooperar.


Los niños y niñas de hoy son la sociedad del mañana, y si les enseñamos a cooperar cabe alguna posibilidad de que ellos trasformen el mundo en la dirección de un mundo más solidario y cooperativo. No obstante, sabemos que un factor que influye de forma muy significativa en el desarrollo es lo que los niños y niñas observan, y por ello el mundo del adulto debe también transformarse en la dirección de la no violencia, la tolerancia, la igualdad, la solidaridad, el respeto a los derechos humanos... para que las futuras generaciones interioricen y practiquen valores humanos en esta dirección. Los niños y niñas aprenden en gran medida de lo que ven (las conductas que observan en las personas que les rodean), y también a partir de los refuerzos que reciben por sus conductas (recompensas materiales o sociales de los adultos, de los iguales...). Por lo tanto, si los adultos somos modelos de cooperación y reforzamos en los niños, niñas y adolescentes la cooperación, ellos sin ninguna duda aprenderán a cooperar y cooperarán.

¿Juego y salud integral?

Teniendo en cuenta que distintos tipos de juego tienen distintos efectos en el desarrollo infanto-juvenil, en general podemos afirmar que el

juego es una actividad vital e indispensable para el desarrollo humano, ya que contribuye de forma relevante al desarrollo psicomotriz, intelectual, social y afectivo-emocional durante la infancia y la adolescencia.

Desde el punto de vista del desarrollo psicomotriz hoy sabemos que el juego potencia de forma muy significativa el desarrollo del cuerpo y de los sentidos. Gracias a los juegos de movimiento que los niños realizan desde los primeros años (juegos con el cuerpo, con los objetos y con los otros) construyen esquemas motrices simples que ejercitan al repetirlos, se van perfeccionando e integrando unos con otros. Todo ello fomenta el desenvolvimiento de las funciones psicomotrices (coordinación motriz y estructuración perceptiva), completando los efectos de la maduración nerviosa y estimulando la coordinación de las distintas partes del cuerpo. Gracias a los juegos de movimiento, juegos con la pelota, con los aros, con los zancos, con patines de rueda, con la cuerda, con la goma, con los columpios, con los triciclos, las bicicletas, trepando a los árboles, lanzando piedras, construyendo con bloques de madera, modelando con barro o plastilina... los niños y niñas: 1) descubren nuevas sensaciones; 2) coordinan progresivamente los movimientos de su cuerpo; 3) estructuran la representación mental de su esquema corporal; 4)



exploran y amplían sus posibilidades sensoriales y motoras; 5) se descubren a sí mismos en el origen de las modificaciones materiales que provocan cuando construyen o modelan; 6) van conquistando su cuerpo y el mundo exterior; 7) tienen experiencias de dominio que fomentan la confianza en sí mismos; y 8) obtienen intenso placer.

Desde el punto de vista del desarrollo intelectual los estudios llevados a cabo desde marcos teóricos de referencia diversos permiten afirmar que el juego: 1) es un instrumento que desarrolla las capacidades del pensamiento, al principio estimula el pensamiento motriz, después el pensamiento simbólico representativo y, más tarde, el pensamiento reflexivo, la capacidad para razonar; 2) es una fuente de aprendizaje, porque en el juego se experimenta, conoce e investiga; 3) es un estímulo para la atención y la memoria, ya que en situación lúdica ambas se amplían; 4) fomenta el descentramiento cognitivo, porque en el juego los niños van y vienen de su papel real al rol, y además deben coordinar distintos puntos de vista para organizar el juego; 5) origina y desarrolla la imaginación y la creatividad ya que el juego es siempre una actividad creadora, un trabajo de construcción y creación, un banco de pruebas donde los niños experimentan diversas formas de combinar el lenguaje, el pensamiento y la fantasía; 6) estimula la discriminación fantasía-realidad,

porque en el juego realizan simbólicamente acciones que tienen distintas consecuencias que las que tendrían en la realidad, y ello es un contraste fantasía-realidad; 7) potencia el desarrollo del lenguaje, porque además del papel de los juegos lingüísticos, los personajes implican formas de comportamiento verbal y para jugar necesita expresarse y comprender, nombrar objetos... lo que abre un enorme campo de expansión lingüística y 8) es una vía de desarrollo del pensamiento abstracto, porque los juegos simbólicos inician y desarrollan la capacidad de simbolizar que está en la base de las puras combinaciones intelectuales; en el juego simbólico se produce por primera vez una divergencia entre lo semántico (caballo) y lo visual (palo) y por primera vez se inicia una acción que se deriva del pensamiento (cabalgar) y no del objeto (golpear) y esta situación ficticia es un prototipo para la cognición abstracta.

Desde el punto de vista del desarrollo social, como ya se ha comentado previamente, el juego es un relevante instrumento de comunicación y socialización (ver análisis de las contribuciones del juego al desarrollo social en la primer pregunta).

Y desde el punto de vista del desarrollo afectivo-emocional los estudios que han analizado las conexiones entre juego y desarrollo afectivo-emocional permiten concluir que esta actividad es un instrumento de expresión y control

emocional, que promueve el desarrollo de la personalidad, el equilibrio afectivo-emocional y la salud mental, porque el juego: 1) es una actividad placentera que genera sentimientos de felicidad, satisfacción emocional, que procura placer (placer de crear, de ser causa y provocar efectos, de hacer lo prohibido, de destruir sin culpa...); 2) permite asimilar experiencias difíciles facilitando el control de la ansiedad asociada a estas experiencias, ya que cuando los niños juegan representan experiencias vividas felices (cumpleaños, fiesta del pueblo...), pero también representan experiencias que les han resultado difíciles, penosas, traumáticas (hospitalización, operación médica, entrada en la escuela, nacimiento de un hermano...); en los juegos suelen repetir incansablemente la situación que han sufrido pero invierten el papel, tornando activo lo sufrido pasivamente, ya no serán el paciente sino el médico o la médico que opera al muñeco...; y esta repetición simbólica de la situación sufrida le permite descargar la ansiedad que la experiencia le ha creado; 3) posibilita la expresión simbólica de los impulsos (y por lo tanto constructiva), porque el juego es un medio para la expresión de la sexualidad (juegos de médicos, de novios...), y de la agresividad (juegos de luchas ficticias, dramatizando animales salvajes, golpeando

el barro...); 4) es un medio para el aprendizaje de técnicas de solución de conflictos, ya que al organizar el juego con frecuencia emergen conflictos que los niños y niñas resuelven para poder jugar; además, en muchas representaciones se ponen de relieve conflictos entre los personajes que se resuelven al final de la dramatización, y todo ello les dota de estrategias cognitivas de resolución de conflictos sociales; 5) aumenta los sentimientos de autoaceptación y mejora el autoconcepto-autoestima y 6) estimula el desarrollo de la empatía, de la capacidad para hacerse cargo tanto cognitiva como afectivamente de los estados emocionales de otros seres humanos...Y es precisamente el papel que el juego tiene en la esfera afectivo-emocional el que le dota de un relevante valor terapéutico. Es terapéutico porque es una actividad que le procura placer, entretenimiento y alegría de vivir, que le permite expresarse libremente, encauzar sus energías positivamente y descargar sus tensiones; es refugio frente a las dificultades que se encuentra en la vida, le ayuda a reelaborar su experiencia acomodándola a sus necesidades, constituyendo así un importante factor de equilibrio psíquico y de dominio de sí mismo.

En síntesis, el juego, esa actividad por excelencia de la infancia, es una actividad vital e indispensable para el desarrollo humano. El juego no es sólo una posibilidad de

autoexpresión para los niños, niñas y adolescentes, sino también de autodescubrimiento, exploración y experimentación con sensaciones, movimientos, relaciones a través de las cuales llegan a conocerse a sí mismos y a formar conceptos sobre el mundo. Las actividades lúdicas les permiten desarrollar su pensamiento, satisfacer sus necesidades, elaborar experiencias traumáticas, descargar sus tensiones, explorar y descubrir el goce de crear, colmar su fantasía, reproducir sus adquisiciones asimilándolas, relacionarse con los demás, ensanchar los horizontes de sí mismo... Por ello, es una actividad preventiva, de desarrollo y también terapéutica.

A manera de cierre

En el marco del Programa APEX-CERRO, el Subprograma Infancia Animación Sociocultural y Recreación desde 1997 ha desarrollado la utilización de estrategias lúdico-expresivas, permeables al encuentro con otras disciplinas, habilitando espacios de inserción donde trabajar en la prevención y promoción de salud desde una perspectiva de integralidad. En este sentido nos interesa destacar al “juego como salud”, al juego como generador de espacios de expresión para la participación activa de niños, niñas y adolescentes y como verdadero propiciador de aprendizajes significativos y duraderos que promueve hábitos saludables.

Bibliografía

- Cámara de Senadores (Uruguay). Código de la niñez y la adolescencia. *Ley N° 17.823*. Uruguay, 2004.
- Carta de Ottawa de Noviembre de 1986 dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2.000” en 1 - Starfield, Bárbara. “Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de Salud, servicios y tecnología”. Masson, 2004.
- Charlot, B. La relación con el saber. Montevideo: Trilce, 2008.
- Contreras D. J. Personalizar la relación: Aperturas pedagógicas para personalizar la enseñanza. En: *Organización y Gestión Educativa*: revista del Fórum Europeo de Administradores de la Educación Madrid. 2007, n. 4, p. 17-24.
- De Leivas, V. [et al]. Crecemos en el Cerro. En: Apuntes para la acción, Sistematización de experiencias de extensión universitaria. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República, Extensión Libros. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM), 2011, p. 119-150.
- Garaigordobil, M. Programa Juego 8-10 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 8 a 10 años. Madrid: Pirámide, 2003.
- Garaigordobil, M. Programa Juego 10-12 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 10 a 12 años. Madrid: Pirámide, 2004.
- ONU. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. 1989.
- Saforcada, E. Calidad de vida y salud. Buenos Aires: Mimeo UBA, 1988.
- Trilla, J. Otras educaciones. Animación sociocultural, formación de adultos y ciudad educativa. Barcelona: Herder, 1993.
- Winnicott, D. W. Realidad y Juego. Buenos Aires: Gedisa, 1997.





Normas de publicación Revista Científica “it”: APEX Cerro

*Laura Arispe
Nicolás Brum*


Revisión: Víctor Barranco

En la Revista Científica del Programa APEX CERRO se publicarán con prioridad los artículos de notable interés científico, que sean resultado de investigaciones sobre cualquier área de las profesiones universitarias nacional y extranjeras, relacionadas con la sociedad y la salud, y para los profesionales integrados al Programa, que demuestren originalidad y se ocupen de los temas menos tratados, que comuniquen resultados de investigaciones académicas en los ámbitos de la sociedad, y que estén comprendidos específicamente dentro del ejercicio de la extensión universitaria en la comunidad.

Se requiere aplicar la exigencia de los parámetros adecuados en una estructura que siga los pasos de una investigación científica, para ello se debe requerir una introducción que refleje el propósito que se persigue con sus objetivos y definir el problema de investigación, su importancia y la situación actual del tema a estudiar. Expondrá las contribuciones de otras investigaciones relevantes y hará hincapié en aquellas en que se basan para definir los objetivos y las hipótesis de investigación, presentado en forma razonada.

Se expondrá el tipo de método seguido y se explicará la elección y el diseño de la herramienta metodológica a emplear. Se indicará la población y muestra seleccionada y el sistema elegido para disponer de las unidades de análisis.

Habrà una referencia al instrumento elegido para captar la muestra, se asegurará su rigor y validez científica y se razonará por qué se eligió. De tratarse de un sistema original se explicarán sus características.




Sus resultados expondrán los hallazgos obtenidos y mostrarán si dan respuestas a las preguntas de investigación formuladas. Se comparará con otros resultados de investigaciones semejantes. Deberán exponer nuevas vías de investigación para otras pesquisas y terminar con las conclusiones de forma escueta y determinante.

Las referencias bibliográficas serán de al menos 10. El 70% de las referencias serán de los últimos años, a excepción de aquellas temáticas que no lo hagan recomendable.

Se incluyen en consideración para su publicación a diferentes categorías de contribuciones que se explican en el inciso 3.

1. Aspectos generales

- Se recibirán contribuciones en cualquiera de los idiomas oficiales de la revista: Español, Portugués o Inglés.
- La revista se compromete a publicar todas las contribuciones aprobadas. Los trabajos recibidos serán sometidos a un primer proceso de revisión en el seno de la Comisión de Redacción para comprobar su pertinencia con la línea académica de la revista, que sean de notable interés y que se acomoden a sus normas de estilo.
- Se podrán presentar trabajos originales, reseñas de libros o traducciones de artículos de interés.
- Todo dato o idea tomada de otro autor se ha de referenciar. Lo contrario es plagio. Este extremo será condición radical para rechazar un artículo.
- No se podrá atribuir a un autor ideas o palabras que no ha expresado ni interpretar maliciosamente la cita elegida.
- Se evitarán palabras de otros idiomas cuando son innecesarias y existe una voz semejante y aceptada en idioma del artículo.
- Cuando se incluyan términos en otros idiomas por imperativo del contenido se pondrán en cursiva. De haber citas en otros idiomas éstas irán entrecomilladas.
- Se evitarán referencias espacio-temporales abstractas: expresiones como “en nuestro país”, “cuál es”, “este año”, pues esta revista se difunde por diferentes países y su consulta podrá realizarse posterior al año actual.
- Se publicarán artículos de investigación, revisiones bibliográficas, informe de desarrollo de investigaciones, ensayos científicos, propuestas



y modelos e innovaciones educativas, productos de elaboración de tesis de grados, trabajos de ascenso o proyectos institucionales. Los trabajos presentados deben ser un aporte para el campo de las ciencias sociales con énfasis en la educación, la salud y la sociedad.


- Se entenderá por artículo de investigación aquel trabajo que comunique resultados de investigación originales. Sólo se admitirán ensayos o estados de la cuestión en casos muy especiales y relevantes.
- Sólo serán admitidos trabajos originales e inéditos. Es decir, los artículos no pueden haber sido publicados a través de ningún medio impreso ni electrónico.

2. Extensión de las contribuciones

- Los artículos de Investigación: máximo del artículo 20 páginas (formato A4 con márgenes de 2.5 cm. a doble espacio y utilizando Times New Roman, tamaño 12).
- Ensayo, Opinión, Reporte y Miscelánea: no menos a 2 carillas (formato A4).

3. Categoría de las contribuciones

- **Ensayos:** interpretación crítica y original de cuestiones relativas a la práctica asistencial, temas sobre la docencia, de investigación y la extensión en la salud o áreas afines que contribuyan a la profundización del conocimiento.
- **Reflexión:** análisis de aspectos teóricos de las especialidades de la salud o áreas afines, producto de un proceso de reflexión, discernimiento y consideración atenta del autor que pueda contribuir a la profundización de temas profesionales.
- **Relato de experiencia:** descripción de alguna experiencia de asistencia, docencia, investigación y extensión en salud o áreas afines.
- **Revisión crítica:** evaluación crítica y sistematizada de la evolución científica de un tema de la salud o áreas afines, fundamentada en la literatura considerada pertinente. Deben estar establecidos: el tema, los procedimientos utilizados, la interpretación del autor y las conclusiones.
- **Biografías:** historias de vida de personas que hayan contribuido en el Programa Apex Cerro, así como personalidades nacionales y extranjeras que se hayan destacado en el plano que trata esta revista.

- 
- **Historias:** relatos de hechos relevantes para la historia de la Institución, de las ciencias médicas y sociales.
 - **Reseñas:** síntesis crítica o análisis crítico-interpretativo del contenido de alguna obra publicada en los últimos 2 años.
 - **Resúmenes de disertaciones y tesis:** disertaciones y tesis concluidas que impliquen aspectos de Salud, Aprendizaje, o áreas afines presentadas en los últimos 2 años.
 - **Entrevistas:** realizadas a personalidades destacadas, especialistas o investigaciones cuyos aportes sean relevantes y de interés para la comunidad científica.
 - **Información:** documentos e informes breves acerca de la situación de la salud, a nivel nacional o internacional o de eventos de interés para la comunidad profesional tales como: jornadas, congresos, cursos.
 - **Investigación:** relato de investigación original y concluida referida a la salud o ciencias afines siguiendo la estructura convencional establecida para las investigaciones.

 - **Los Artículos de Investigación deben estructurarse de la siguiente manera:**

a) **Título del trabajo**

b) **Datos del Autor:** nombre, centro de trabajo, títulos académicos, dirección personal y de la institución donde trabaja, teléfono, correo electrónico, código postal y fecha de presentación.

c) **Resumen (Abstract):** en idioma original e inglés con no más de 250 palabras. Los resúmenes darán a conocer los objetivos del trabajo, la metodología utilizada, los resultados más relevantes y conclusiones.

d) **Normalización de descriptores:** se aceptarán entre 5 y 7 descriptores, cuya existencia en español, portugués e inglés debe ser confirmada por el autor en la dirección electrónica de descriptores de Bireme: <http://decs.bvs.br> o a través de tesauros generales y/o específicos de cada disciplina.

e) Título, abstract y descriptores en idioma original y en inglés (obligatorio para todos los artículos).

f) Introducción: cuerpo o desarrollo del artículo. La numeración de la estructura del artículo o documento sólo en números arábigos. En caso de presentación de ilustraciones, tablas o figuras se deben identificar adecuadamente e ir acompañadas de leyenda explicativa que aclare símbolos y abreviaturas, así como el origen de datos o imágenes.

g) Texto: debe presentar una secuencia lógica desarrollando el trabajo organizado en distintas secciones.


h) Conclusiones: se desarrollará según el tipo de trabajo presentado.

i) Bibliografía y citas: se recomienda la utilización de la norma ISO 690 para asientos bibliográficos y citas. O en su defecto se permite el uso de los estilos indicados en el Publication Manual of the American Psychological Association, 5th edition (APA Style).

- Es importante resaltar que la consignación del trabajo no implica compromiso alguno de publicación. Ésta sólo será efectiva a través de la Comisión Editorial de la revista.
- El trabajo aceptado que tenga observaciones, según el criterio de los evaluadores, será devuelto a su autor o autores para que se realicen las correcciones pertinentes. Una vez revisado por el autor, debe ser entregado a la Comisión Editorial de la revista en un lapso no mayor a los 30 días.
- El trabajo no aceptado será devuelto al autor o autores con las observaciones correspondientes. El mismo no podrá ser evaluado nuevamente.
- Queda entendido que, una vez enviado el artículo a la revista e iniciado el arbitraje, el autor acepta este proceso, y en consecuencia se compromete a publicarlo sólo en la revista científica del Programa Apex-Cerro.
- El autor o autores recibirán 5 ejemplares de la revista en los que aparezca publicada su investigación.

4. Formato de la presentación

- Las contribuciones deberán ser presentadas en archivo electrónico en formato DOC o RTF o en versión impresa por triplicado a la redacción de la revista.

- 
-
- Las contribuciones deberán ser escritas de acuerdo a las reglas de la gramática y la sintaxis del idioma de origen.

5. Lista de comprobación de envíos

- Como parte del proceso de envío, se le solicita a los autores que indiquen que su envío cumpla con todos los siguientes elementos y que acepten que envíos que no cumplan con estas indicaciones pueden ser devueltos al autor.

6. Copyright

- La propiedad intelectual de los artículos publicados en esta revista pertenece a los autores y los derechos de edición y publicación se conceden a la publicación periódica.

7. Declaración de Privacidad

- Los datos personales del autor introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por la misma y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

Información para lectores:

Se recomienda a los lectores que se registren enviando un mail a it@apex.edu.uy, este registro permitirá al lector recibir la tabla de contenido o sumario por correo cada vez que se publique un nuevo número de la revista (Currents Contents).

La revista científica del Programa Apex-Cerro no es responsable de las opiniones dadas por los autores de los artículos que en ella se publican. La correspondencia de carácter científico y académico habrá de dirigirse a:

Comisión Editorial de la Revista Científica “it”.

Universidad de la República

Programa Apex-Cerro

Haití 1606 código postal 12800

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: it@apex.edu.uy

ÍNDICE DE AUTORES

Arias, María

Licenciada en Psicología. Maestranda en la Maestría de Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Universidad de la República.

Bandeira Borba, Maria Elen

Profa. Graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo/RS. Especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Medicina Social.

Medicina Social e Gestão Pública pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde.

Casas, Madelón

Licenciada en Psicología. Magíster en Salud Mental. Profesora Adjunta Área Salud de la Universidad de la República.

Castellano, Graciela

Doctora en Medicina. Magíster en Educación Popular. Asistente del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Ciuffolini, María Beatriz

Doctora en Medicina. Profesora Asistente del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Córdoba. Argentina.

Didoni, Marisa Susana

Doctora en Medicina. Profesora Asistente del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Córdoba. Argentina.



Di Landro, Gabriela

Licenciada en Psicología. Profesora Ayudante del Subprograma Infancia. Programa Apex-Cerro. Universidad de la República.

Fernandes Rosa, Susana

Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica. Curso de Pós-Graduação em Clínica e Metabolismo 13. Colégio Brasileiro de Estudos Sistemicos – CBES/Porto Alegre

Fernández, Ruth

Profesora Doctora en Medicina. Coordinadora del Proyecto. Profesora Titular de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Giorgi, Víctor

Licenciado en Psicología. Especialista en Administración de Servicios de Salud Mental. Facultad de Psicología. Instituto de Psicología de la Salud. Universidad de la República.

Heinzen, Jimena

Doctora en Medicina. Residente en Medicina Familiar y Comunitaria Ayudante del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Jure, Humberto

Doctor en Medicina. Profesor Asistente del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Córdoba. Argentina

Kaplún, Gabriel

Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Doctor en Estudios Culturales. Magíster en Educación. Licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Universidad de la República.

Kemayd Rotta, Ana Iris

Doctora en Medicina. Ex. Prof. Agda. Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Coordinadora UDA Apex-Cerro.

Martínez, Martín

Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Área Comunicación Educativa y Comunitaria. Licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Universidad de la República.

Morás, Luis Eduardo

Doctor en Sociología. Facultad de Derecho. Universidad de la República.

Nión, Soledad

Licenciada en Sociología. Asistente Departamental de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

Otegui, José

Doctora en Medicina. Licenciada en Psicología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ex. Prof. Adjunta Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Docente Grado 3 de Medicina Familiar y Comunitaria UDA Apex-Cerro.

Parafita, Daniel

Licenciado en Psicología. Maestrando en la Maestría de Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Universidad de la República.

Quintana San Marín, Lorena Gabriela

Doctora en Medicina. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Docente UDA Apex-Cerro. Integrante del Programa ALEROS –Junta Nacional de Drogas.

Saforcada, Enrique

Profesor Consultor titular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología. Miembro del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires.

Sarthou, Hoenir

Doctor en Derecho y Ciencias Sociales. Universidad de la República. Cursos de Maestría en Ciencias de la Legislación y Gouvernance Política. Universidad de Pisa y Universidad de la República.



Torrado Lois, Carlos

Profesor Adjunto. Subprograma Infancia. Programa Apex-Cerro. Universidad de la República.

Viera Paparamborda, José Eduardo

Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Psicólogo Social. Escuela de Psicología Social “Dr. Enrique Pichón Rivière”. Diplomado y especialista en Salud Mental, actuaciones Psicosociales, situaciones de violencia política y catástrofes. Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Grupo de Acción Comunitaria. Universidad Complutense de Madrid.

Magíster en Ciencias Humanas. Estudios Latinoamericanos. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República.

Villamor Rocha, Hortensia

Doctora en Medicina. Asistente del Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Docente UDA Apex-Cerro. Postgrado de Geriátría y Gerontología. Postgrado en Epidemiología.

