



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DEL ESTERO
REPÚBLICA ARGENTINA



ISSN 1853-6425



REVISTA
trazos
UNIVERSITARIOS



EDICIONES UCSE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DEL ESTERO
Av. Alsina y Dalmacio Vélez Sarsfield, 4200 Santiago del Estero, Argentina

RECTOR

Ing. Luis Eugenio Lucena

VICERRECTOR ACADÉMICO

Lic. Víctor Manuel Feijóo

VICERRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

Cr. Luis Alberto Rezola

VICERRECTOR DE RELACIONES

Lic. Luis Alberto Guantay

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANA

Lic. María Rosa Barbarán

VICEDECANO

Lic. Mario Diosquez

SECRETARIA ACADÉMICA

Mg. Daniela Machao

PROSECRETARIA DE INVESTIGACIÓN

Mg. Analía Valentini

PROSECRETARIA DE DOCENCIA

Lic. Ana Elena Marcos

REVISTA TRAZOS UNIVERSITARIOS

DIRECTORA

Lic. María Rosa Barbarán

EDITORA

Mg. Adriana López

CONSEJO ACADÉMICO

Dr. Hernán Seoane

Dr. Rodolfo Arancibia

Dra. Juliana Huergo

Mg. Sandra Mónica Bertoldi

Dra. Evangelina Norma Contini

Lic. María Paula Carreras

Lic. Mario Diosquez

CONSEJO EDITORIAL

Dra. Ana María Bonet

Mg. Eliana Neme

Lic. Antonio Di Pietro

Mgter. Daniela Machao

Mg. Analía Valentini

Dr. Marcelo Ovejero

DISEÑO EDITORIAL

Tec. Univ. Carlos León Roldán

Índice

Artículos con referato

- "Salud Pública y Psicología": una revisión integradora de literatura acerca de los procesos de trabajo y su relación con la formación académica
por: Laurencia L. Silveti, Dania Gabriela Salvatierra Rojo
- Representaciones mentales del cáncer en pacientes oncológicos infantiles
por: Melina Elena Corbalán
- Frecuencia de Tipos de Maloclusiones y su Relación con el Fenotipo Gingival en la Consulta Odontológica Privada en Santiago del Estero
por: Adriana Chaud, María Lorena Sayago, Carolina Gonzalez, Mariano Sacone, Mariano Lupi
- Desigualdades Educativas 3.0 Viralizadas en Tiempos de Pandemia
por María Victoria Ríos

Artículos de opinión y ensayos

- La Guerra como Expresión de la Violencia en la Época Actual: una Lectura Psicoanalítica
por: Luciana M. Pereyra
- El Trabajo con el Sujeto en la Clínica de las Adicciones
por Adriana Soledad Taboada

Reseña de libros

- Libro: Despertar e inventar en la adolescencia de Verónica Berenstein
por: Ivon Quelas

“Salud Pública y Psicología”: una revisión integradora de literatura acerca de los procesos de trabajo y su relación con la formación académica

Por: Laurencia L. Silveti
Dania Gabriela Salvatierra Rojo

Laurencia L. Silveti. Lic. en Psicología. Mg. en Salud Familiar y Comunitaria. Doctoranda en Cs. Sociales y Humanidades. Becaria doctoral (INDES-FHCSyS-UNSE/CONICET).
Dania Gabriela Salvatierra Rojo. Lic. en Psicología. Especialista en estudios sobre violencia por razones de género contra las mujeres. Doctoranda en Humanidades (UCSE-UNSE).

Resumen

El proyecto de investigación “Psicología en el territorio: un enfoque local sobre saberes, prácticas y marcos institucionales en los procesos de atención y trabajo de la psicología en el ámbito de la salud pública en Santiago del Estero (2022-2023)”, aprobado y financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica (SECyT) de la Universidad Católica de Santiago del Estero (UCSE), tuvo como objetivo analizar las intervenciones de profesionales de la psicología en el primer nivel de atención en salud pública en Santiago del Estero, Capital. En ese marco, este trabajo presenta una revisión sistemática de antecedentes que permite profundizar la discusión respecto de la caracterización de los procesos de trabajo, los vínculos entre formación y prácticas y sus desafíos actuales en el trabajo en salud pública. Para ello, se realizó una revisión integradora de la literatura, orientando la búsqueda de obras relativas al tema a partir de términos libres. Se constituyó un corpus documental de 15 obras, abordadas a través del análisis de contenido. Los resultados permiten reconocer convergencias en los antecedentes referidos a la distancia que existe entre los contenidos teórico-metodológicos de la formación en salud, particularmente en psicología, y la formación que los procesos de trabajo en salud pública requieren. Se evidencia también que las dinámicas de trabajo en salud pública son confusas respecto de la pertinencia disciplinar. Estos registros aportan al análisis de dinámicas laborales y de formación y su revisión crítica y a la discusión sobre las categorías conceptuales utilizadas en la formación y el trabajo en psicología y salud pública.

Palabras clave

Salud pública; psicología; formación; trabajo en salud.

RECIBIDO AGOSTO DE 2023 | EVALUADO NOVIEMBRE DE 2023 | PUBLICADO 27 DE NOVIEMBRE DE 2023



Abstract

The research project "Psychology in the territory: a local approach on knowledge, practices and institutional frameworks in the processes of care and work of psychology in the field of public health in Santiago del Estero (2022-2023)", approved and funded by the Secretariat of Science and Technology (SECyT) of the Catholic University of Santiago del Estero (UCSE), aimed to analyze the interventions of psychology professionals in the first level of public health care in Santiago del Estero, Capital. Within this framework, this paper presents a systematic review of antecedents that allows to deepen the discussion on the characterization of work processes, the links between training and practices and their current challenges in public health work. For this purpose, an integrative review of the literature was carried out, orienting the search for works related to the topic on the basis of free terms. A documentary corpus of 15 works was constituted, approached through content analysis. The results allow us to recognize convergences in the antecedents referred to the distance that exists between the theoretical-methodological contents of training in health, particularly in psychology, and the training that the work processes in public health require. It is also evident that the dynamics of work in public health are confusing with respect to disciplinary relevance. These records contribute to the analysis of work and training dynamics and their critical review and to the discussion of the conceptual categories used in training and work in psychology and public health.

Keywords

Public health; psychology; education; health work.

Introducción

Este artículo aborda una caracterización de procesos de trabajo, sus vínculos con la formación académica y los desafíos que presenta este vínculo en los procesos de atención sanitaria en el ámbito de las disciplinas de la salud (particularmente psicología) en salud pública. Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática y análisis de publicaciones científicas que abordan el tema desde distintas perspectivas. Esta producción permite construir una sistematización de antecedentes de conocimientos científicos que servirán de insumo a la formación y producción académica con perspectiva crítica. A su vez, permite ampliar miradas a partir de caracterizaciones producidas en distintos escenarios respecto de las articulaciones entre la formación, la investigación científica y la profesionalización de las ciencias de la salud (Testa, 2022). Las preguntas de investigación giran en torno a: ¿Cómo se caracteriza la articulación entre procesos de trabajo y formación en disciplinas de la salud, particularmente en psicología? ¿Qué desafíos presenta esta articulación?

La propuesta de esta investigación se asienta en la diversidad propia del campo de relaciones entre psicología y salud pública e invita a la apertura, al diálogo y a la crítica constructiva, para tender puentes que permitan comunicar a la psicología con otras disciplinas, discursos y prácticas, en aras de encontrar nuevas formas de comprender la salud, de procurar el cuidado y la promoción de la vida y que estos conocimientos se transformen en recursos para una formación de grado crítica y contextualizada. Siguiendo a D'agostino et al. (2013), se retoman algunas inquietudes específicas que orientan el abordaje y la identificación de las herramientas conceptuales que contribuyen a la formación en la práctica actual de la psicología en salud pública: cómo se configuran los procesos de trabajo de la psicología en salud pública, si las herramientas adquiridas durante la formación resultan útiles para la práctica en salud pública y, finalmente, cómo se estructuran los dispositivos institucionales en el campo de la salud pública en relación con la inserción de la psicología.

Es notable que el ámbito de la salud pública y su relación

con las Ciencias de la Salud se configura a partir del modelo biomédico hegemónico (Menéndez, 2003), adoptando no sólo un lenguaje propio de dichas ciencias (enfermedad, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc.), sino también sus formas particulares de institucionalización (la clínica, el hospital, el consultorio) y su lógica de intervención (la cura mediante la modificación de variables ambientales, biológicas o psicológicas). No obstante, las ciencias sociales —y con ellas la psicología— han problematizado esta noción de salud, enfatizando en que ésta constituye un fenómeno social y subjetivo, no sólo un hecho biológico. En este sentido, la realidad social en que se desempeña un/a profesional de la psicología tiene un significado específico y una estructura de significatividades para los seres humanos que viven, actúan y piensan dentro de él (Jaramillo Estrada y Restrepo Ochoa, 2011).

Respecto de la organización de los sistemas de salud, en la mayoría de los países del mundo, a partir de la conferencia de Alma Ata y el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud¹, los sistemas de salud pública se ordenan y estratifican de acuerdo a niveles de atención: el primer nivel (de baja complejidad, atiende necesidades de atención básicas y más frecuentes, además de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; en la provincia, las Unidades Primarias de Atención de Salud, constituyen los centros que conforman el primer nivel); el segundo nivel (conformado por hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna); y el tercer nivel (focalizado en problemas poco prevalentes, atiende patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología). A partir de esta clasificación, se organizan los recursos para satisfacer las necesidades de la población y los problemas de salud que se presentan (Vignolo et al., 2011). En este contexto, la psicología como profesión y como disciplina, desarrolla determinadas actividades concernientes a la estrategia de APS en general y a las especificidades de cada nivel de atención en cada contexto en particular.

En cuanto al análisis de la relación entre psicología y salud pública, se retoman trabajos que nos permiten construir nuestros puntos de partida. Entre ellos, se evidencian los desarrollos en

1) En adelante APS.

Latinoamérica (Dimstein, 2003; Arrivillaga-Quintero, 2008; Martín Alfonso, 2003). Estos advierten la necesidad de articular la formación académica y su preparación para responder a las demandas de la estrategia de APS, teniendo en cuenta la complejidad de este ámbito que integra dimensiones clínicas, epidemiológicas, sociales y la necesidad de reconocer los requerimientos y recursos de la población usuaria de los servicios públicos. Respecto de estudios que caracterizan el malestar laboral en salud pública, Rubio-Castro et al. (2018) han identificado la naturalización de aspectos tales como las condiciones desiguales de empleo, la falta de continuidad en los programas laborales, la ambigüedad en los procesos de contratación y la poca transparencia en la organización. Por otra parte, diversos estudios evidencian la utilidad de la revisión sistemática como herramienta para sintetizar conocimientos científicos relevantes sobre determinados temas en salud que guíen las investigaciones de campo, seleccionando trabajos de calidad (Cajal et al., 2020). Desde Argentina, el trabajo de Garziniti (2019), aborda una revisión sistemática del rol del profesional psicólogo en el Primer Nivel de Atención, concluyendo en una notable brecha entre las recomendaciones profesionales y la práctica real, dejando en evidencia importantes déficits en la calidad de los tratamientos ofrecidos y una formación centrada en la enfermedad a partir de la clínica individual, en detrimento de otros ámbitos laborales y métodos de trabajo.

La perspectiva teórica de nuestro trabajo propone una articulación entre salud pública y Psicología con una mirada afín a la Salud Colectiva, teniendo en cuenta las dimensiones subjetivas del trabajo en salud (Franco y Merhy, 2016) y la micropolítica del trabajo vivo en acto en la salud (Merhy et al., 2006). Dicha perspectiva, implica un abordaje de la salud en relación con lo social, lo político y lo económico, entendida como un fenómeno social, dinámico y de construcción colectiva. Esto implica trascender el ámbito biológico-individual del modelo biomédico para entender los procesos de salud y enfermedad como resultado de las complejas interacciones entre las condiciones históricas, económicas, políticas, sociales, culturales, institucionales, biológicas y ambientales en las que se configura la vida de las personas y de los grupos humanos. Uno de los factores relevantes a considerar a partir de la perspectiva teórica de la Salud Colectiva es la relación entre las organizaciones de las acciones en salud, los modos de producción, las formaciones socio-económicas y los conceptos de salud. Desde allí se comprende que un factor fundamental en el análisis de los procesos salud-enfermedad es la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud, donde el/la profesional psicólogo/a tiene un rol específico, ya que construye nuevos sentidos y pone en juego conocimientos. Asimismo, entran en tensión las prácticas, entendidas como aquellas acciones que ocurren y se manifiestan en la vida cotidiana en los encuentros intersubjetivos entre actores, saberes e instituciones en el ámbito micropolítico (Benet et al., 2016).

Justificación y relevancia social y/o académica de investigar el problema

La universidad ocupa un rol fundamental en la configuración de los equipos de salud, en tanto que esta institución es su principal formadora (Abramzón, 2006). Sin embargo, también se ha visto condicionada o ligada a intereses direccionados por las tendencias globales que alejan la formación de las perspectivas situadas, dificultando una formación integral (Más, 2010). La propuesta de construir y sistematizar un corpus de literatura científica, que se centre en las relaciones entre los procesos de trabajo y de formación en salud resulta relevante para el campo de la psicología ya que ofrece una contribución en torno a la vinculación productiva entre procesos de formación, de trabajo y de articulación teórico-metodológica a los desafíos de cada realidad situada.

La posibilidad de sistematizar información que integre

procesos de trabajo, formación académica y desafíos de este vínculo en salud pública permite orientar procesos de formación para ampliar el horizonte de las prácticas, la investigación y el debate en torno a la profesionalización de las ciencias de la salud, particularmente de la psicología en el ámbito de la salud pública y sus especificidades. La posibilidad de caracterizar las categorías que configuran conceptualmente los procesos de trabajo y su relación con la formación en psicología permite identificar qué saberes se ponen en juego para la resolución y atención de problemas que atiende la psicología en salud pública. En este sentido, este trabajo permite conocer y comprender la situación actual de producción científica de los ejes mencionados y explorar las posibilidades de producir aportes que incluyan de modo integrador la relación entre formación y prácticas en salud pública.

Metodología

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo (Bedregal et al., 2017), para la identificación de producciones sobre la relación entre psicología y salud pública. Se adoptó la Revisión Integradora de la Literatura (RIL), dado que permite reconstruir el estado del arte sobre un tema, sintetizar un corpus de estudios realizados con diferentes metodologías y desarrollar nuevas teorizaciones a partir de este (Botelho et al., 2011). A la vez, contribuye en el proceso de sistematización y análisis de los resultados, objetivando la comprensión de un determinado tema a partir de otros estudios independientes. Su realización está compuesta por seis etapas: 1) selección de la pregunta de investigación; 2) definición de los criterios de inclusión de estudios y selección de la muestra; 3) representación de los estudios seleccionados en formato de tablas, considerando todas las características en común; 4) análisis crítico de los hallazgos, identificando diferencias y conflictos a partir del análisis de contenido temático (Krippendorff, 2004); 5) interpretación de los resultados; y 6) informar de forma clara la evidencia encontrada.

La estrategia de identificación y selección de los estudios fue la búsqueda de publicaciones indexadas en las bases de datos de bibliografía científica PubMed y SciELO, seleccionadas por su relevancia en salud, la capacidad de su motor de búsqueda y su reconocimiento internacional. La búsqueda y recolección de datos se desarrolló entre los meses de agosto y diciembre de 2022. Los criterios de búsqueda generales se orientaron hacia publicaciones en español, inglés y portugués, situados principalmente en distintos países de Latinoamérica (principalmente Brasil, Argentina, Colombia, Chile) e incorporando algunos situados en España y Portugal por las formas similares de organización del sistema de salud y debido a que algunas de las publicaciones encontradas tenían referencias comparativas entre estos países. El recorte temporal de las obras seleccionadas es 2007-2022. Si bien puede ser un período extenso en cuanto a los cambios que se producen en la organización de la atención en salud y los procesos de formación que los sostienen, a su vez, esta extensión permite reconocer aquello que continúa de modo estructural.

En cuanto a la selección de criterios de inclusión y de exclusión para la conformación del corpus de análisis, esta se aplica en paralelo con la tercera etapa que implica la selección de artículos para construir el corpus preliminar a través de la lectura de títulos y resumen y, en la medida que sea pertinente, del texto completo. Además de los criterios generales descriptos anteriormente, fueron adoptados otros criterios específicos para la selección de los artículos: todas las categorías de artículo (original, revisión de literatura, reflexión, actualización, relato de experiencia, entre otros); artículos con resúmenes y textos completos disponibles para análisis; aquellos publicados en los idiomas portugués, inglés o castellano, y artículos que contuviesen en sus títulos y/o resúmenes los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): psicología Y salud pública. El recurso utilizado en la investigación fue la expresión "término exacto" asociada a los descriptores

específicos. Se eligieron aquellos artículos científicos originales o de revisión que emplean explícitamente un cuerpo teórico con el objetivo principal de explicar, comprender o analizar dinámicas laborales, sus vínculos con la formación institucional en torno al trabajo del/la profesional psicólogo/a en salud pública y de los equipos de salud que puede integrar. En este sentido, también se seleccionaron estudios que proponen estrategias de superación de obstáculos o de intervenciones en instituciones sanitarias y sus vínculos con bases teóricas. En cambio, se excluyeron aquellos que se orientaban a espacios laborales que no fueran salud pública, estudios sobre prevalencia, estudios de validación de escalas de medición y asociación con consecuencias en la salud desde la psicología y, también, aquellos que analizan específicamente los efectos de la pandemia de Covid-19 en estos procesos, ya que se puede considerar que este evento posee características específicas que merecen ser analizadas en profundidad en otras investigaciones.

Del material obtenido en primera instancia, 49 artículos, se procedió a la lectura minuciosa de cada resumen/artículo, destacando aquellos que respondieron al objetivo propuesto por este estudio, a fin de organizar y tabular los datos. Para la organización y tabulación de los datos, elaboramos un instrumento de organización de datos conteniendo: título del artículo, autoría y año de publicación, fuentes de datos, diseño metodológico del estudio, tema principal y lugar del estudio, conclusiones. Siguiendo los criterios de inclusión, se utilizaron 15 estudios seleccionados para su posterior análisis. En la Tabla 1 se puede observar el proceso de conformación del corpus, junto a los temas seleccionados y el detalle del corpus.

Tabla 1

Descripción de trabajos analizados

Título del artículo	Autoría y Año de publicación	Fuentes de datos	Diseño metodológico del estudio	Tema principal y lugar del estudio	Conclusiones
Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud.	Gil-Girbau, M., et al. (2021).	14 Grupos de discusión compuestos por 145 profesionales de 14 centros de salud.	Investigación cualitativa descriptiva (muestreo teórico). Análisis de contenido temático.	Modelos teóricos de promoción de la salud y su ajuste a la prevención primaria y promoción de la salud en siete comunidades autónomas (España).	Prevalece el modelo intrapersonal, es necesario potenciar la participación de la ciudadanía y la orientación comunitaria.
Peers contribution to mental health work: considerations on the relationship between formal and informal help. A case study in a mental health facility in Buenos Aires.	Ardila Gómez, S. et al (2013).	Grupo de trabajo formado por usuarios y profesionales para el acompañamiento de pares.	Relato de una experiencia de inclusión de pares al trabajo en una institución de Salud Mental.	La relación que se produce entre la ayuda formal e informal en una institución concreta de Salud Mental, así como el rol del par en dicho contexto (Argentina).	Uno de los aportes de la incorporación de pares a los equipos de Salud Mental es el de ayudar a los profesionales a reflexionar sobre la dimensión relacional de su tarea, y sobre sus formas de tratar y pensar acerca de los pacientes.
Contribuições da Abordagem Psicanalítica nas Práticas em Saúde no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).	Brezolin, R., et al. (2022).	Artículo teórico.	Aportes del psicoanálisis a la salud pública.	Contextualiza el campo de la psicología y su relación con la salud pública y la inserción de la propuesta metodológica de la creación de los Nasf (Brasil).	Modelo de gestión clínica que trata de ser democrático y operar en cogestión entre los actores participantes: profesionales de referencia, de apoyo matricial y gestores de distintos niveles.

Título del artículo	Autoría y Año de publicación	Fuentes de datos	Diseño metodológico del estudio	Tema principal y lugar del estudio	Conclusiones
La praxis del apoyo matricial: el trabajo interdisciplinario en atención primaria de la salud.	de Vasconcellos Anéas, (2021).	774 profesionales encuestados, 6 gerentes entrevistados.	Encuesta a profesionales de equipos y entrevistas a actores estratégicos en la gestión de los núcleos de apoyo a la salud familiar a través de la metodología del apoyo matricial.	Núcleos de apoyo a la salud familiar para ampliar el trabajo interdisciplinario en atención primaria (Brasil).	Esta perspectiva es bastante innovadora y, pese a la verticalización del poder que impide la autonomía de los trabajadores para construir una cogestión de la clínica, hay movimientos de construcción y resistencia.
O tear psicanalítico: uma pesquisa sobre as práticas da psicanálise na saúde mental.	Michels, R., et al. (2022).	Seguimiento de la rutina de trabajo de dos psicoanalistas en un equipo de salud mental.	Perspectiva etnográfica. Se utilizó como material de análisis el registro detallado de las rutinas en diarios de campo.	Prácticas del psicoanálisis en equipos de salud mental pública, fuera del modelo ambulatorio individualizado (Brasil).	Interlocución con los demás saberes que componen la salud mental pública.
Profile and Professional Practices of Health Psychologists of the Federal District.	Seidl, E. et al. (2019).	Profesionales psicólogos/as.	Cuestionario online con técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales y el análisis del contenido para los datos cualitativos. Participaron 96 psicólogos.	Caracterizar los procesos de trabajo en salud (Brasil).	Prevalen perfiles dedicados a la atención psicológica individual y a la orientación a familias/cuidadores de pacientes.
La actividad del salubrista: un análisis desde las clínicas del trabajo.	Rubio-Castro, N. et al. (2018).	Participaron 4 trabajadores en 14 encuentros individuales.	Estudio interpretativo, inductivo y cualitativo con perspectiva ergológica, bajo la técnica "instrucciones al sosías" (Oddone).	Salud de trabajadores de la salud pública, incluyendo a psicólogos/as (Colombia).	Las características de las formas de organización laboral van en detrimento de la salud cuando no se brindan posibilidades de acción a los trabajadores. La fragmentación del colectivo de trabajo y las formas de contratación representan la pérdida de un recurso importante para mitigar el malestar.

Título del artículo	Autoría y Año de publicación	Fuentes de datos	Diseño metodológico del estudio	Tema principal y lugar del estudio	Conclusiones
Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica.	Santos, R. et al. (2021).	Artículos científicos brasileños.	Investigación bibliográfica, psicología discursiva.	Sentidos del cuidado en la atención psicosocial (Brasil).	Se resalta el movimiento político del concepto-experiencia del cuidado como una práctica transdisciplinaria que articula acciones y proyectos intersectoriales, actuando en el marco de la inseparabilidad entre lo clínico y lo político.
O Papel da(o) Psicóloga(o) na Saúde Indígena.	Lopes D. et al. (2022).	Unidade Básica de Saúde, Hospital Universitário, Hospital da Missão Evangélica Caiuá y no institucionales: Casas de Reza, espaços de sociabilidade comunitária, etc.	Cartografía.	Papel de los profesionales en Psicología en la Atención Diferenciada a la Salud Indígena, (Brasil).	Las injusticias cognitivas y epistemológicas, que no representan sólo la fuente de las injusticias sociales que afectan a los pueblos indígenas, convoca a romper con el pensamiento occidental, y crear una ecología de saberes en pos de buscar vínculos afectivo-intelectuales en la atención a la salud.
El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud.	Pastor Sirera, J. (2008).	Se revisan algunos datos que apuntan a la precariedad del sistema de salud mental español.	Análisis de datos del sistema de salud español.	La precariedad del sistema de salud mental, la sobreutilización de psicofármacos en atención primaria y la conveniencia de actuar profesionalmente a nivel primario (España).	La atención a la salud mental presenta un panorama general de precariedad que contrasta con la situación del conjunto del sistema sanitario.
Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica	Fernandes, J. et al. (2007).	Currículum.	Reflexión sobre el panorama actual de la educación superior en Brasil.	Propuesta de reestructuración de la arquitectura curricular, evaluando sus objetivos en lo que concierne a la enseñanza en salud, con foco en la enfermería (Brasil).	El estudio apunta a la necesidad de construcción de una universidad más actualizada, en su articulación con la formación en el área de la salud, con prácticas educativas más sólidas vinculadas a contextos de vida y a los procesos sociales concretos.

Título del artículo	Autoría y Año de publicación	Fuentes de datos	Diseño metodológico del estudio	Tema principal y lugar del estudio	Conclusiones
Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde.	Machin, R., et al. (2022).	Directrices Curriculares Nacionales de dos cursos de pregrado en el área de la salud: medicina y psicología.	Análisis de las Directrices Curriculares Nacionales.	Discutir la incorporación de la diversidad en la formación de profesionales de la salud mediante el análisis de las Directrices Curriculares Nacionales (Brasil).	Se destaca la importancia de analizar las diferencias, sugiriendo un marco analítico que articule discursos y prácticas, formas de subjetivación y relaciones sociales.
Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal.	Fernandes Alves, R., et al. (2016).	Participaron en el estudio 107 sujetos.	Estudio de campo, comparativo, con estrategia descriptiva. Incluyó un cuestionario y una entrevista abierta.	Conocer los discursos de psicólogos respecto a su práctica en los servicios de salud pública de atención primaria, secundaria y terciaria (Brasil, España y Portugal).	Las muestras de Brasil y Portugal tuvieron mayores obstáculos de ubicación y discernimiento de las particularidades de sus acciones en los ámbitos de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. En contraste, los participantes españoles lograron una definición más precisa de sus intervenciones.
Formação em psicologia no Brasil: o período do currículo mínimo (1962-2004).	Ruda, C. et al (2015).	Análisis documental.	Lectura crítica de textos contemporáneos y de documentos que recuerdan la historia de la profesionalización en psicología.	Panorama histórico de la enseñanza de la psicología entre 1962 y 2004, centrándose en el período del Currículo Mínimo. (Brasil)	Reformulación curricular como forma de alcanzar las transformaciones propuestas en la formación. En la cúspide de este proceso, se implementaron las Directrices Curriculares Nacionales de Psicología, reconociendo la pluralidad del campo y estableciendo orientaciones generales para la formación.
Work features of the psychologist in the primary health care centers of the public health care system in Chile.	Scharager Goldenberg y Molina Aguayo, (2007).	Profesionales que trabajaban del sector público de atención primaria de salud en 29 servicios de salud.	Estudio transversal y descriptivo mediante cuestionario entre diciembre de 2003 y noviembre de 2004. 167 participantes.	Caracterizar el quehacer de psicólogos en los centros de salud primaria y el grado de ajuste al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Chile).	Contrario a lo recomendado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, los psicólogos del primer nivel de atención dedicaban la mayor parte de su jornada laboral a actividades de atención directa e individual, en desmedro de actividades comunitarias.

A partir del análisis del corpus, se construyeron tres categorías de análisis que organizan la escritura de resultados: 1) Caracterización de procesos de trabajo en salud pública; 2) Vínculos entre formación académica y prácticas en territorio y 3) Desafíos en el vínculo entre formación y práctica en salud pública.

Resultados

Uno de los primeros elementos que se refleja en la revisión es que la calidad de la atención en salud pública depende no sólo de las prácticas y la organización del trabajo de los equipos de salud en cada país, sino también con el contexto político, con el presupuesto y gestión del sistema de salud. La relación entre la formulación, implementación y puesta en acto de las políticas de salud pública son procesos que se ven condicionados por un modelo de salud asistencialista y biomédico. Sin embargo, se reconoce que existe un amplio margen de autonomía que configura los procesos de trabajo en salud, lo cual implica identificar las características de las formas de organización laboral para reconocer las posibilidades de acción.

Sabiendo que el contexto laboral condiciona los modos de trabajo, es preciso preguntarse cómo se configura la actividad de los trabajadores de salud pública, es decir, cuáles son los conflictos a los que se enfrentan en los distintos niveles de la práctica profesional y cómo sus vivencias -individuales y colectivas- pueden afectar su salud o generarles malestar en el trabajo, lo que a su vez incide en su desempeño profesional. La fragmentación del colectivo de trabajo y las formas de contratación, representan en general, la pérdida de un recurso importante para mitigar el malestar, vinculado también a normas ambiguas, insuficientes o imprecisas (Rubio-Castro et al., 2019). Teniendo en cuenta dicha coyuntura política, técnica, epistemológica y ética, presentamos los resultados encontrados.

Respecto de la relación específica entre psicología y salud pública, siguiendo a Sirera (2008), identificamos tres características que nos permiten ir trazando un recorrido. En principio, se admite que, a pesar de que en la actualidad hay un consenso en torno a la importancia fundamental de la atención psicológica para garantizar la calidad de la atención sanitaria, esta atención resulta de complicado acceso en el ámbito público. La atención de naturaleza psicológica ha sido relegada y pasada por alto en términos de planificación estratégica y desarrollo de servicios, lo cual ha llevado a una subutilización, falta de financiamiento e insuficiente desarrollo de los tratamientos psicológicos en lo que respecta a la atención sanitaria. En segundo lugar, los padecimientos mentales conforman el grupo de condiciones clínicas que generan los mayores costos y ejercen la carga social más significativa sobre los sistemas de atención médica en el mundo occidental, principalmente debido a las pérdidas de productividad causadas por la incapacidad laboral. Por último, la marcada discrepancia entre los recursos asignados a los tratamientos biomédicos y aquellos destinados a la atención psicosocial de enfermedades y trastornos emocionales, refleja la perspectiva reduccionista predominante en las decisiones de políticas de salud en la actualidad.

Esta relevancia de la atención de salud mental implica producir nuevos conocimientos que se adecúen a cada contexto particular y a los escenarios globales que los configuran. El rol de las Instituciones de Educación Superior es fundamental en este sentido, a partir de su capacidad para producir nuevos conocimientos adecuados a los contextos globalizados emergentes, además de implementar procesos que formen individuos con compromiso ético y político con la afirmación de la vida, capaces de articular conocimientos y prácticas de forma contextualizada, con vistas a comprender e intervenir en la realidad cambiante de la sociedad contemporánea (Fernandes et al., 2008).

Caracterización de Procesos de Trabajo en Salud Pública

Las posibilidades de acción de los/as trabajadores/as de la salud pública muestran, en general, graves limitaciones debido fundamentalmente a la escasez de recursos destinados al primer nivel de atención y, por otro lado, a la falta de competencias profesionales específicas de los equipos en atención en salud mental (Sirera, 2008).

Uno de los primeros elementos que resaltan en la revisión es que los/as psicólogos/as del primer nivel de atención dedican la mayor parte de su jornada laboral a actividades asistenciales de atención directa e individuales, en desmedro de actividades comunitarias. Respecto de los principales obstáculos al trabajo en equipo con perspectivas comunitarias, encontramos que existe un exceso de demanda y la falta de recursos. Las articulaciones con las instituciones comunitarias no aparecen como relevantes, es decir, no se conocen o no se articulan con instituciones del territorio como ONGs, Iglesia, Clubes, Merenderos, etc. (de Vasconcellos Anéas, 2021). Esto se vincula, en parte, a la escasez de financiamiento adecuado, junto a condiciones laborales precarias para el trabajo con el modelo comunitario (Scharager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007). El financiamiento específico para programas de Salud Mental aparece poco consolidado, lo cual contribuye a la excesiva concentración de los/as psicólogos/as en actividades clínicas de intramuros, lo que atenta contra la calidad de la atención propia del primer nivel (Sirera, 2008). Los datos relevados indican que, en general, el trabajo en salud pública involucra condiciones de contratación inestables, condiciones físicas del lugar de trabajo insuficientes y falta de estabilidad laboral (Scharager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007). La mayoría del personal de psicología en salud pública suelen ser mujeres con sueldos bajos y cargas de 40 horas, roles poco claros en los equipos y hacia la población, jerarquías de unas disciplinas sobre otras y prevalencia del modelo biomédico, lo cual dificulta la interdisciplina y la comunicación (Seidl et al. 2019).

Por otro lado, los recursos destinados a atención psicológica son, en general, especialmente pobres. Un factor que distorsiona la asignación racional de recursos a la atención en salud mental es la presión de la industria farmacéutica, que argumenta en la dirección de que sus productos son eficientes en relación con el elevado coste que ocasionan a la sociedad. La literatura científica contiene una gran cantidad de estudios económicos patrocinados por la industria farmacéutica. Estos estudios presentan elementos que respaldan la relación coste-beneficio del compuesto patrocinado, lo que puede introducir sesgos en el análisis económico integral de las alternativas terapéuticas más significativas (Sirera, 2008).

Los sistemas públicos de salud se destacan por la heterogeneidad de ámbitos y enfoques profesionales que exigen una apertura a formas de trabajo interdisciplinarias y colectivas. Además, es un área tradicionalmente regida por el discurso médico, permeado por la prevalencia de intervenciones que tienden a la estandarización, protocolos universales, muchas veces de carácter adaptativo (Brezolin y Carneiro, 2022).

De Vasconcellos Anéas (2021) profundiza en caracterizaciones significativas respecto del trabajo en salud pública, entre ellas, retomamos dos: la incorporación de la subjetividad y las disputas de poder en los equipos de salud. Respecto de las condiciones laborales vinculadas a lo subjetivo, se reconoce que los afectos y la subjetividad constituyen una dimensión aún poco incorporada y reconocida en el trabajo de los equipos de salud familiar y de los núcleos de apoyo, por lo que no suelen ser objeto de análisis del colectivo. Cuando se generan tensiones en los espacios de cogestión, suelen ser desplazadas y reemplazadas por discusiones técnicas. La subjetividad se entiende como algo personal y que concierne al ámbito privado.

Respecto de las situaciones de disputa de poder entre los equipos, se identifican principalmente dos aspectos: la burocratización de la atención –que afecta a la accesibilidad– y la jerarquización autoritaria de algunas profesiones sobre otras.

En cuanto a formas de resolver problemas en el ámbito laboral entre los equipos de salud, de Vasconcellos Anéas (2021) expresa que aparece cierto temor de provocar conflictos y tener el empleo amenazado y, también, sentimientos de alienación vinculados a una falta de percepción de la propia opresión. Estas situaciones, por lo general, no se ponen en discusión, lo cual interfiere en la posibilidad de establecer nuevos contratos y acuerdos laborales. En este sentido, la autora identifica el debilitamiento de las dimensiones política y afectiva del trabajo en salud y la preponderancia de la dimensión técnica del conocimiento.

La caracterización de los procesos de trabajo conlleva también a identificar modelos teórico-conceptuales que guían las prácticas en salud pública, particularmente, en el primer nivel de atención, caracterizado por actividades vinculadas a la promoción de la salud y a la prevención primaria. En este ámbito, se evidencia que los/as profesionales de atención primaria utilizan principalmente modelos intrapersonales en sus prácticas de prevención primaria y promoción de la salud. Esto revela la necesidad de fomentar la participación ciudadana y la orientación comunitaria en los servicios de atención primaria de salud (Gil-Girbau, 2021).

Profundizando en los modelos teóricos que sustentan los procesos de trabajo y la atención en salud pública, encontramos también que existen perspectivas que trabajan desde la diversidad e interculturalidad que se encuentran ausentes. Esto se vincula a diferentes motivos, entre ellos, los intereses que reproducen prácticas de exclusión social, borramiento epistemológico y exterminio de los pueblos indígenas y las diferencias culturales. Estos intereses se apoyan en un orden discursivo occidental, en un pensamiento abisal y colonial, y en estrategias biopolíticas, donde el Estado-Nación y la sociedad circundante les niega a estos grupos-sujetos sus derechos humanos fundamentales (Lopes y Sathler, 2022).

En este sentido, conocer los discursos de psicólogos/as respecto a su práctica en los servicios de salud pública en los diferentes niveles de atención, identificar la relación entre las prácticas y el desempeño esperado según nivel de atención y reconocer el grado de familiaridad de los/as psicólogos/as con las prácticas acordes a la población que se atiende, resultan acciones necesarias para comprender las dinámicas de atención y mejorar su calidad.

En salud pública, se observan dificultades de los/as psicólogos/as en relación con la posibilidad de incorporar pluralidad de miradas que permitan trascender el modelo clínico tradicional fundamentado en la psicoterapia y en el psicodiagnóstico individual, para ampliar su práctica a todos los niveles de atención de salud. En general, se constata que estas dificultades se vinculan con una formación académica insuficiente a la hora de construir abordajes teórico-técnicos adecuado al trabajo en salud pública y su complejidad. Este contexto pone al descubierto una discontinuidad entre las demandas sociales de la práctica de los/as psicólogos/as y la formación académica. Tal escenario, despertó una discusión sobre los marcos de formación teóricos y prácticos de estos profesionales, ya que se tornó evidente que el modelo clínico especializado no respondía a las demandas de todos los niveles de atención de salud (Fernandes Alves et al., 2016).

Vínculos entre Formación Académica y Prácticas en Territorio

En cuanto a la enseñanza universitaria en el área de la

salud, tal como se practica en la gran mayoría de las instituciones, se identifica escasa orientación que permita integrar la enseñanza, el trabajo y la ciudadanía. Esta situación refleja la necesidad de construir y consolidar una formación teórico-conceptual y metodológica orientada a la integralidad de las prácticas y los saberes, contemplando las demandas de la población que se atiende, del desarrollo del sistema de salud y de configurar un plan de estudios que se adapte al quehacer en el sistema de salud y en especial a las particularidades de la atención primaria (Fernandes et al., 2008; Scharager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007). Esto pone en evidencia el agotamiento del modelo de enseñanza universitaria vigente, que se caracteriza por campos de conocimiento estrechos, altos índices de abandono de carreras y falta de condiciones de permanencia, desajuste entre la rigidez de la formación profesional y las competencias necesarias y diversificadas que demanda el mundo del trabajo y las posibilidades de construir conocimientos situados a partir de allí (Fernandes et al., 2008).

Siguiendo a De Vasconcellos Anéas (2021), las dimensiones psicosociales del proceso de salud aparecen como un elemento desconocido en general en los equipos de salud, que privilegian las dimensiones biomédicas con abordajes técnicos. Esto involucra un importante conflicto de paradigmas y orientación de las prácticas. Se han identificado obstáculos para el trabajo interdisciplinario, el reconocimiento de los conocimientos de las distintas profesiones para trabajar de manera integrada en el territorio y establecer intercambios y aprendizajes.

Por su parte, Brezolin y Carneiro (2022), expresan que resulta necesario identificar la historia de los vínculos entre formación y ejercicio de la psicología en salud pública, reconociendo los intereses que se disputan, en algunos casos más vinculados a las demandas del mercado, con énfasis en dinámicas del ámbito privado, en otros casos, más vinculados a la creación de nuevas estrategias para superar el modelo asilar, reorganizar las formas de trabajo y de producir una cultura que valore las singularidades de los sujetos a través de la transversalidad del conocimiento, a partir de repensar las prácticas que giren hacia un campo más amplio y heterogéneo de saberes.

En este sentido, resulta necesario también analizar los vínculos entre políticas estatales y producción conceptual, respecto de tres conceptos que aparecen vinculados a la transformación de las prácticas y sus vínculos con la formación: el cuidado, la diversidad y la interculturalidad. En primer lugar, focalizando en el proceso de construcción de las políticas sanitarias en materia de salud mental y los modos en que se produce de manera localizada el concepto de cuidado, se reconoce que, muchas veces, los conceptos se construyen simultáneamente y a medida en que las experiencias van aconteciendo en la vida cotidiana. El cuidado aparece como un concepto-experiencia que induce cambios paradigmáticos en el campo de las políticas públicas y la salud mental. Se identifican los tránsitos conceptuales, a veces desconectados y reduccionistas, a veces como una vía importante para la transformación de las prácticas de salud mental. Este tipo de análisis epistemológico-político interpela a la psicología a cuestionar sus bases teóricas y epistemológicas, reposicionando el cuidado como una práctica transdisciplinaria que articula acciones y proyectos intersectoriales, actuando en el marco de la inseparabilidad entre lo clínico y lo político (Santos e Iñiguez-Rueda, 2021).

Vinculado a la producción epistemológico-política del cuidado en salud pública, aparecen también interpelaciones a las formas de producción de conocimiento desde la interculturalidad crítica. Al analizar el papel de profesionales en Psicología que se desempeñan en procesos de atención de salud indígena, se destaca el entre-lugar teórico-práctico ocupado junto a los pueblos. En este tipo de análisis, aparecen las injusticias cognitivas y epistemológicas

que convocan a romper con el pensamiento occidental, y crear una ecología de saberes. Por lo tanto, la epistemología y el conocimiento indígenas se vuelven esenciales para el trabajo de la Psicología en pos de buscar vínculos afectivo-intelectuales en la atención a la salud. Es decir, se trata de algo más que intervenciones aplicadas a partir de instrumentos predefinidos, sino también de sopesar sus efectos de ejercicio del poder colonial en la vida cotidiana de los pueblos indígenas desde intervenciones-invencciones construidas y vividas dialógica y colectivamente (Lopes y Sathler, 2022).

En este sentido, otro desafío que se presenta es la incorporación teórico-metodológica de la diversidad en los lineamientos curriculares de las ciencias de la salud, particularmente en psicología y medicina e identificar críticamente los modos en que la diversidad ha sido contemplada en la formación. El debate sobre la cuestión de la diversidad y la diferencia es fundamental en países latinoamericanos, marcados históricamente por una población diversa y profundas desigualdades sociales. En estos contextos, surge la necesidad de problematizar la incorporación del tema de la diversidad en la formación de profesionales de la salud y de analizar los diseños curriculares carreras de grado del área de la salud área, como medicina y psicología, que son carreras que ocupan una posición estratégica en la formulación de conceptos y categorías explicativas sobre el cuerpo, la diferencia y la diversidad. Aunque se reconocen importantes avances en la materia, aún existen barreras en el proceso de formación, valoración y respeto a la diversidad para que la universidad no sea un espacio de reproducción de prejuicios, sino un espacio más equitativo. Una de las razones de esta situación es que el propio entorno docente perpetúa a menudo las desigualdades educativas. Es necesario que la formación en psicología se constituya en la práctica como una formación socialmente orientada, a través de la construcción social del ser médico y del ser psicólogo como una matriz de experiencias eje de la formación (Machin et al., 2022).

Es necesario conocer el panorama actual de la educación superior en salud para contribuir al desarrollo de prácticas educativas vinculadas a los contextos de vida y a la pluralidad de los procesos sociales concretos. En la mayoría de los programas académicos, las prácticas de enseñanza son tradicionales, con predominio de clases expositivas y un uso incipiente de recursos tecnológicos y otras formas innovadoras de enseñanza. La estructura organizativa de enseñanza indica también una falta de articulación entre Colegios, Departamentos y Centros de Investigación y Extensión. En el ámbito de la salud, el proceso de formación ha demostrado su escasa capacidad para responder a amplio espectro de demandas que se presentan en situaciones de enfermedad o sufrimiento por problemas de salud, lo que indica la necesidad fundamental de prácticas interdisciplinarias y multiprofesionales (Fernandes et al., 2008).

Particularmente, la psicología en su intervención en el campo de la salud, ha estado históricamente anclada al modelo clínico. Es decir, una psicología especializada, basada en la psicoterapia que solo responde a un estrecho marco de situaciones. La tradición clínica de la psicología representa una herencia del modelo médico hospitalario, el cual es centrado en el médico, privilegia la clínica especializada, el diagnóstico y la psicoterapia que guió durante mucho tiempo la formación en psicología. Los avances y reformas en el campo conceptual y práctico de la salud generaron demandas de actuación de los psicólogos en sectores en los que no había la tradición de su práctica, como el primer nivel de atención. Tal hecho exigió una ampliación conceptual del proceso salud/enfermedad, la comprensión de los temas de salud pública, el desarrollo del trabajo en equipo interdisciplinar y, sobre todo, abordajes que contemplen lo colectivo. En este sentido, se identifican críticas a la formación académica de los psicólogos relacionadas con: a) el carácter conservador de las tradiciones clínicas de la

psicología y b) el desprestigio de las prácticas de salud pública/comunitaria a formación que no responde a las demandas de los territorios, reduciendo las respuestas a la aplicación generalizada de la Psicología clínica (Fernandes Alves et al., 2016).

Las condiciones de vida de las poblaciones con las que se trabaja configuran perfiles de necesidades que requieren de conocimientos flexibles que deben desarrollarse durante la formación profesional. Sin embargo, la formación clínica inicial está más orientada al ejercicio profesional privado y a aplicar dispositivos clínicos tradicionales, basados en procesos diagnósticos individuales prolongados. Consecuentemente, la formación académica dista de brindar suficientes herramientas adecuadas para el ámbito de la salud pública, en particular del primer nivel de atención.

Desafíos en el Vínculo entre Prácticas en Salud Pública y Formación

Como se viene evidenciando en apartados anteriores, las y los profesionales de salud - en particular, de la psicología- privilegian más horas de trabajo semanal a desarrollar actividades asistenciales e individuales que a las de atención indirecta o colectiva y a las comunitarias, dirigidas a fortalecer los factores protectores de la salud mental, incluso en el primer nivel de atención. Esto se debe a varios motivos, entre ellos, la gran demanda de atención que genera la elevada prevalencia de problemas de salud mental, el déficit en el personal en los equipos, lo cual deja poco tiempo-espacio y recursos para realizar actividades preventivas y de promoción y protección de la salud, así como para trabajar con familiares y grupos en riesgo y llevar a cabo otras tareas en la comunidad (Scharager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007).

Por otro lado, al expandirse el campo de acción de profesionales, junto a su especialización y tecnificación, se visibilizaron ciertos límites en sus acciones y producciones a la hora de intervenir. En este sentido, se constata que la inclusión de personas que han atravesado situaciones de padecimiento mental y que han logrado hacer de dicha experiencia una oportunidad para, en calidad de pares, ayudar a otros en su recuperación resulta una estrategia democratizadora. Esto implica reconocer que las personas se ayudan y apoyan por fuera de las redes formales. Es un fenómeno relativamente reciente que los apoyos para el padecimiento mental se centren en servicios formales de salud, profesionalizando y reglando formas de interacción. En este sentido, resulta relevante reconocer las distintas formas de ayuda y resolución de los problemas de salud, de los cuales los saberes y prácticas profesionales son sólo una de las opciones. Sin embargo, existe aún una jerarquización de saberes profesionales que deja a esas otras formas de ayuda y cuidado como auxiliares, secundarias y subordinadas (Ardila Gómez et al., 2013).

Siguiendo la relación entre redes formales y no formales se identifica que los servicios de salud mental se encuentran frente a la necesidad de lograr organizar una oferta que permita al usuario transitar por las distintas redes que conforman sus territorios. En este sentido, se advierte que las prácticas terminan limitando la conducta prescriptiva y burocrática del cuidado, cuando se reduce la atención a las prácticas de cura y tratamiento (Santos e Iñiguez-Rueda, 2021).

Respecto de las dinámicas de los procesos de trabajo en salud pública, otro desafío es distancia percibida entre trabajo prescrito y real, y la singularidad de la profesión en los niveles institucional, organizacional y personal (Rubio-Castro et al., 2018). En ese sentido, resulta preciso lograr introducir la democracia y la horizontalidad en las relaciones entre los profesionales, para superar las dinámicas burocráticas y verticales tradicionales del sistema de salud. También, la necesidad de reconocer -más allá de los discursos-

la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención, construyendo intervenciones que articulen las cuestiones biológicas, la subjetividad y el contexto social y cultural de los sujetos. Para ello, es preciso que se logren y consoliden espacios de discusión y análisis de las formas de operar y construir el trabajo colectivo, de manera que las y los trabajadores se sientan parte de los procesos y decisiones. La construcción del trabajo colectivo requiere espacios consensuados entre los equipos para discusiones e intervenciones, pero, al mismo tiempo, requiere de flexibilidad para permitir el acceso a la demanda espontánea (de Vasconcellos Anéas, 2021).

Respecto de la desarticulación evidenciada entre formación y práctica en salud pública, otra propuesta que surge en la sistematización es incluir el abordaje de la psicología de la salud en los diseños curriculares, dada su pertinencia para focalizar en la prevención de enfermedad y la promoción de la salud y que entiende a la salud de modo integral más allá de la dicotomía entre lo físico y lo mental (Fernandes Alves et al 2016).

Por último, entre los desafíos que presentan las prácticas vinculadas a los procesos de formación en salud pública, retomamos lo identificado por Lopes y Sathler (2022) y Machin et al., (2022) quienes señalan la necesidad de integrar saberes desde perspectivas diversas e interculturales críticas, que permitan trascender los modelos clásicos eurocéntricos. Esto permitiría reconocer la intersección de marcadores sociales de diferencias como género, raza/color, clase, nacionalidad, orientación sexual y generación y, desde allí, abrir espacios de trabajo contextualizados e integradores de las dimensiones sociales de dominación y opresión y sus efectos en los procesos de salud-enfermedad.

Estos desafíos aquí presentados involucran la necesidad de integrar cambios en el campo de las disciplinas de la salud en general y de la psicología en particular, principalmente en relación con la asunción del compromiso social y la consolidación propuestas de formación que habiliten y formen bases para nuevas prácticas contrahegemónicas y transformadoras. De ello, emerge el desafío de construir una universidad socialmente comprometida, académicamente competente y pedagógicamente innovadora, superando las viejas fronteras disciplinares con programas de formación abiertos, flexibles, integrados e interdisciplinarios, articulados en una organización académica que incorpore miradas emancipadoras y situadas desde el diálogo de saberes.

Discusión y conclusiones

La revisión sistemática permite construir un panorama de situación respecto de los vínculos entre formación y prácticas en salud pública y sus desafíos. Particularmente proporciona elementos para la reflexión acerca de roles, límites y alcances de las prácticas en salud pública y sus vínculos con la formación, específicamente en psicología.

Entre las principales convergencias, encontramos que el trabajo en salud pública constituye un ámbito caracterizado por alta demanda y escasos recursos, donde las condiciones laborales son precarias y la formación de grado es insuficiente. Esto pone en juego la preparación que se recibe para enfrentar los desafíos y las tareas propias de las instituciones de salud pública y de las poblaciones con las que se trabaja.

En general, se constata que las y los profesionales no cuentan con los conocimientos y habilidades suficientes para abordarlos. Para cumplir con el perfil profesional adecuado, estos recursos deben desarrollarse durante la formación profesional, tanto de grado como de posgrado, que se encuentra más orientada al ejercicio profesional privado y a aplicar dispositivos clínicos tradicionales que no se adecúan a territorios y problemas diversos.

Por otro lado, la falencia en la recolección de datos que permitan conocer mejor las situaciones, los territorios y los contextos con los que se trabaja, es un obstáculo para poder generar dispositivos adecuados y gestionar recursos pertinentes al contexto laboral, que influye en la calidad de la práctica profesional.

Entre los desafíos que encontramos como elementos que permitirían potenciar transformaciones en los vínculos entre formación y prácticas, resaltamos el reconocimiento de la ayuda de pares y la incorporación de la interculturalidad crítica y la diversidad. La ayuda de pares permite reconocer límites de la intervención profesional, la importancia de apoyar y sumar otras formas de atención desde las voces en primera persona, desde la vivencia y experiencia propia, que es distinta a la conceptualización que hacen de ésta los profesionales. Respecto de la interculturalidad crítica, ésta interpela a la reflexión sobre el papel de las y los psicólogos, relativo a promover la salud, mejorar la calidad de vida y minimizar el sufrimiento de las personas y grupos-sujetos desde diversos saberes. De esta manera, el compromiso ético-político profesional que reconoce la naturaleza socio-histórica humana y señala las contradicciones que configuran las relaciones de dominación para superarlas resulta un eje a fortalecer. Un aporte hacia ello, puede constituirse desde el movimiento de la decolonialidad y una ecología de los saberes.

Respecto de la diversidad, se resalta la importancia de abrir debates acerca de las prácticas profesionales en relación con la formación en diversidad (géneros, clase, edad, sexualidad, raza/etnia, entre otras) que, si bien puede aparecer incluido en los diseños curriculares y resoluciones institucionales, no siempre logra traccionar cambios en las bases teórico-metodológicas y en las prácticas profesionales. Esto se vincula con las limitaciones de los espacios de formación -y quienes los conforman- para promover una crítica a los presupuestos teóricos y epistemológicos de la psicología que tienden, en gran medida, a naturalizar determinadas posiciones: la de sujeto, blanco, universal, cisgénero y heterosexual. Por lo tanto, existen riesgos respecto de los usos de la noción de diversidad, que pueden tornarse genéricas e ineficaces frente a las necesidades de salud individuales y colectivas.

Para vehicular cambios en la formación y sus efectos en las prácticas será necesario crear y sostener espacios de discusiones, movilizandolos profesores, estudiantes, profesionales y personas usuarias, que permitan ampliar los diálogos y las acciones para la construcción de nuevas prácticas social, ética y políticamente comprometidas.

Por último, se resalta que todo lo descripto se encuentra atravesado por la necesidad del reconocimiento de la dimensión política y subjetiva de los lugares de poder en la formación y en las prácticas en salud pública, lo cual implica integrar las diferencias, identificar intereses y deseos y trabajar las asimetrías para construir acuerdos orientados a promover la salud. Esto implica reconocer disputas y conflictos y construir espacios para trabajarlos colectivamente. Así, es posible desarrollar modelos de gestión que mejoren el nivel de democracia institucional, desde una construcción social vinculada a la capacidad de reducir la verticalización, de abrir espacios para la co-gestión de personas usuarias, trabajadores/as, formadores/as y gestores/as en la producción de conocimientos, discusiones, evaluaciones y prácticas.

Referencias Bibliográficas

- Abramzón, M. C. (2006). Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente. *Revista de salud pública*, 10(1), 52-62. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v10.n1.7306>

- Ardila Gómez, S., Agrest, M., Abadi, D. y Cáceres, C. (2013). El aporte de los pares al trabajo en Salud Mental: Consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 24, 465-471. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/3644/CNICET_Digital_Nro.4799_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Arrivillaga, M. (2007). Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 137-148. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64712168012.pdf>
- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., y Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista médica de Chile*, 145(3), 373-379. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v145n3/art12.pdf>
- Benet, M., Merhy, E., y Pla, M. (2016). Devenir cartógrafa. *Athenea Digital*, 16 (3), 229-243. <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/314438/404552>
- Botelho, L., de Almeida Cunha, C., y Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 5 (11), 121-136. <http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-estudos-organizacionais>
- Brezolin, R. y Carneiro, N. G. (2022). Contribuições da Abordagem Psicanalítica nas Práticas em Saúde no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, <https://doi.org/10.1590/1982-3703003234671>
- Cajal, B., Jimenez, R., Gervilla, E. y Montano, J. (2020). Doing a systematic review in health sciences. *Clínica y Salud*, 31(2), 77-83. <https://docusalut.com/handle/20.500.13003/9315>
- D'agostino, A. M. E., Chairo, L., y Lavarello, M. L. (27-30 de noviembre de 2013). El psicólogo en el campo de la salud pública: historización de las primeras prácticas en Argentina (provincia de Buenos Aires) [Ponencia]. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-054/562.pdf>
- de Vasconcellos Anéas, T. (2021). La praxis del apoyo matricial: el trabajo interdisciplinario en atención primaria de la salud. *Salud Colectiva*, 17, e3353. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3353>
- Dimenstein, M. (2003) Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública*, 13(5), 341-345. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v13n5/341-345/es>
- Fernandes Alves, R., Jiménez-Brobeil, S. A., Eulálio, M. D. C., Almeida de Andrade, D., do Nascimento Cunha, E. C., & Araújo Ferreira, P. R. (2016). Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 357-386. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.006>
- Fernandes, J. D., Almeida Filho, N. D., Santa Rosa, D. D. O., Pontes, M., y Santana, N. (2007). Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(spe), 830-834. <https://doi.org/10.1590/S0080-70892007000100016>
- Franco, T., y Merhy, E. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados. Lugar.
- Garzaniti, R. (2019). El rol del psicólogo en la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención: Una revisión sistemática. *Revista Salud & Sociedad*, 10(2), 146-162. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-008>
- Santos, R., e Íñiguez-Rueda, L. (2021). Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica. *Saúde em Debate*, 45(128), 234-248. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112818>
- Gil-Girbau, M., Pons-Vigués, M., Rubio-Valera, M., Murrugarra, G., Masluk, B., Rodríguez-Martín, B., García Pineda, A., Vidal Tomás, C., Conejo-Cerón, S., Recio, J., Martínez, C., Pujol-Ribera, E., y Berenguera, A. (2021). Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 48-59. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>
- Jaramillo, J. C., y Restrepo-Ochoa, D. A. (2015). *Psicología y Salud. CES Psicología*, 8 (1). <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3431>
- Krippendorff, K. (2004): *Content Analysis. An Introduction to Its Methodology*. (2nd.ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lopes, D., y Sathler, C. (2022). O Papel da(o) Psicóloga(o) na Saúde Indígena. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 42, e240841. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003e240841>
- Machin, R., Paulino, D. B., Pontes, J. C., y Rodrigues, R. R. N. (2022). Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10), 3797-3806. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07332022>
- Martín Alfonso, L. (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev. Cubana Salud Pública* 29(3):275-81. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000300012&script=sci_arttext
- Más, F. (2010). Formación en psicología para el ejercicio profesional en salud pública. *Psiciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2 (2), 89-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406964>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Merhy, E.; Camargo Cruz Feuerwerker, L.; Burg Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2 (2): 147-160. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>
- Parra-Díaz, J., y Vera-Bachmann, D. (2017). Educación en salud pública y creencias epistemológicas. *Salud Pública de México*, 59 (2), 125-126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28562710/>
- Rubio-Castro, N. A., Luna-García, J. E., y Moraes, T. D. (2019). La actividad del salubrista: un análisis desde las clínicas del trabajo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(4), 617-622. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2019000400016>

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7218027>

Scharager Goldenberg, J., y Molina Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de salud pública*, 22(3), 149-159. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v22n3/a01v22n3.pdf>

Seidl, E., Duarte, S., Magalhães, D., y Costa, M. (2019). Profile and professional practices of health psychologists of the federal district. *Trends in Psychology*, 27, 249-264. <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/RShY4MgBTPCVSpY7X3D9KVM/abstract/?lang=en>

Sirera, J. P. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del psicólogo*, 29(3), 281-290. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829304.pdf>

Testa, M. (2022). *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Lugar editorial.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

Representaciones mentales del cáncer en pacientes oncológicos infantiles

Por: Corbalán, Melina Elena

Institución: Universidad Católica de Santiago del Estero

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las representaciones mentales del cáncer en pacientes oncológicos infantiles. Para lograrlo se tuvieron en cuenta las representaciones mentales que los pacientes poseen en torno al reconocimiento de la enfermedad, su pronóstico y la responsabilidad atribuida al enfermo ante el surgimiento de la misma. La muestra estuvo constituida por seis pacientes oncológicos infantiles de Santiago del Estero. El trabajo estuvo enmarcado metodológicamente en el enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico, y se realizó a partir de una entrevista clínica piagetiana semi estructurada apoyada en siete viñetas que grafican el tratamiento habitual de un niño con cáncer.

Los resultados muestran que los pacientes se representan el cáncer como una enfermedad grave, de larga permanencia, que genera angustia y malestar orgánico. No se adjudican responsabilidad en torno al surgimiento de la misma, pero admiten que al atravesarla deben ser responsables de los cuidados que esta conlleva. Agregan que el cáncer y su tratamiento son experiencias desfavorables.

Palabras clave

Cáncer, representación mental infantil, reconocimiento de enfermedad.

RECIBIDO 11 DE JULIO DE 2023 | EVALUADO 14 DE NOVIEMBRE DE 2023 | PUBLICADO 27 DE NOVIEMBRE DE 2023



Abstract

Present research's aim is to identify cancer's mental representations of children patients suffering cancer. To achieve this, the mental representations that patients have about the recognition of the disease, its prognosis and the responsibility attributed to the patient for its appearance were inquired into. Sample consisted of six children suffering cancer from Santiago del Estero. This study was methodologically framed in a phenomenological qualitative approach and was carried out from a semi-structured Piagetian clinical interview supported by seven vignettes that graph the usual treatment of a child with cancer.

Result shows that patients represent cancer as a serious, long-lasting disease that generates anguish and organic discomfort. They don't perceive themselves as responsible for its appearance, but admit that when going through it they must take charge of the care that it entails. Patients add cancer and its treatment are unfavorable experiences.

Keywords

Cancer, childhood mental representation, disease recognition.

Introducción

El cáncer es una de las enfermedades con los índices más altos de morbilidad y mortalidad en el mundo, provocando en el año 2012 un total de 8,2 millones de muertes registradas (Organización Mundial de la salud, 2014). Representa de esta forma, un enorme desafío a nivel mundial en materia de salud siendo una enfermedad que afecta todas las áreas de la vida tanto del paciente, como de sus familiares cercanos (Almanza y Holland, 2000).

En el caso del cáncer infantil, la literatura existente plantea que las particularidades restrictivas e invalidantes de la enfermedad, sumadas a la amenaza de muerte ocasionan un impacto psicológico en el paciente (Llantá, Grau, Chacón y Pire, 2000).

De este modo, nos introducimos en la problemática del cáncer infantil no sin dejar de mencionar que en la Argentina se diagnostican un promedio de 1290 casos por año y en Santiago del Estero, la población menor a los 15 años se ve afectada en torno a los 38 casos diagnosticados anualmente (Instituto Nacional del cáncer, 2016).

Asimismo, la expectativa de muerte y las variables socioeconómicas como los gastos requeridos para el tratamiento y el cuidado del paciente derivan en una serie de cambios que se manifiestan en el área emocional, entre ellos pueden mencionarse: altos índices de depresión, temor, estrés y preocupación que afectan tanto al paciente como a sus familiares (Barrera, Fleming y Khan, 2004).

Sin embargo, al decir de Cruzado (2010), Haber (2000) y Holland (1998), estas consecuencias se asocian a la vivencia de esta enfermedad que se ve fuertemente afectada por las representaciones previas y posteriores que de ella se tengan.

Al presente, a pesar de los avances médicos, el cáncer se continúa correspondiendo con la idea de muerte y causando alarma en la población. En tal sentido, los pacientes oncológicos infantiles se representan el cáncer como malo, incurable (López, 2010), mortal,

grave (Chin et al., 1998; López, 2010; Ruda, 2009), algo dañino e interno (Suárez, 2015), relacionándolo a concepciones como el aislamiento y la indefensión (Clunies y Lansdown, 1998), manteniendo niveles bajos de comprensión hacia la enfermedad (Domínguez, 2009), así como ideas equívocas en torno a sus causas, entre ellas, el contagio (Chin et al., 1998; Domínguez, 2009).

No obstante, este es un terreno muy poco explorado, las investigaciones sobre las representaciones de los pacientes con cáncer sobre su propia enfermedad continúan siendo escasas (Domínguez, 2009; Piqueras, 2017).

Cabe mencionar además, que se ha demostrado ya la influencia de las variables sociodemográficas en la constitución de las representaciones (Arbeláez, 2002; López, 2015; Morrison y Bennett, 2006; Piaget, 1982), en el ritmo de desarrollo de las mismas (Aparicio, Heilbron, Hoyos y Schamun, 2011) y en sus transformaciones (Marcos, 2010). Entre los resultados de Ruda (2009) se puede apreciar que los niños de edades más avanzadas y nivel socioeconómico más alto presentaban representaciones del cáncer que se correspondían mejor con la realidad. Sin embargo, son pocas las investigaciones que consideran estas variables.

Es, en este sentido que el estudio de las representaciones que los niños tengan sobre su propia enfermedad resulta relevante para comprender lo que les sucede (Benedito et al., 2010; López, 2015), entendiendo que las mismas son la base y guía para sus conductas de afrontamiento hacia la misma (Benedito et al., 2010; Ruda, 2009).

Estas representaciones posibles y su emergencia, justifican la pregunta: ¿Cuáles son las representaciones mentales del cáncer que tienen los niños diagnosticados con esta enfermedad en Santiago del Estero? Así, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo general: identificar las representaciones mentales de los pacientes oncológicos infantiles acerca del cáncer. Y objetivos específicos que abarcan: explorar las representaciones mentales en torno al reconocimiento de la enfermedad, explorar las representaciones mentales sobre el pronóstico del cáncer, analizar las

representaciones mentales acerca de la responsabilidad atribuida al enfermo ante el surgimiento de la enfermedad e indagar aspectos sociodemográficos de los pacientes y estudiar su relación con las representaciones mentales en torno a la enfermedad.

Marco teórico

Antecedentes de Representaciones del cáncer en niños

Al día de hoy se desconocen muchos de los aspectos sobre la forma en que los pacientes pediátricos con cáncer transitan el diagnóstico y el tratamiento, entre otras razones, para los niños no es sencilla la comunicación de las emociones que experimentan durante su enfermedad. Por otra parte, existe un cierto temor presente en la sociedad para referirse a este padecimiento, el cual se acentúa cuando se trata de niños que lo vivencian (Domínguez, 2009).

Es preciso advertir que las investigaciones con niños enfermos son escasas y generalmente se llevan a cabo años después de que el paciente y su familia han atravesado la enfermedad. Domínguez (2009) cuestiona la garantía de estos testimonios ya que generalmente, transcurren muchos años hasta que los datos son recogidos, por lo que la información podría estar distorsionada.

Más allá del valor innegable de estas investigaciones y los resultados que arrojan, Domínguez (2009) advierte que utilizan encuestas de opción múltiple o de preguntas dicotómicas como metodología de estudio (Mabe, Riley y Treiber, 1987; Bares y Gelman, 2008). En estos casos, existe la posibilidad de que las falsas creencias de los niños no se puedan distinguir con claridad ya que su testimonio podría basarse en un mero reconocimiento de frases que han oído de los mayores y no en una interpretación real de los conceptos (Domínguez, 2009).

En definitiva es preciso que los niños puedan comunicar sus experiencias ligadas a la enfermedad, a partir de trabajos cualitativos que profundicen en sus concepciones (Domínguez, 2009). Debe aludirse así, entre los antecedentes de trabajos con metodología mixta la investigación de Suárez (2015), quien investigó las representaciones del cáncer en niños y adolescentes con leucemias y con otro tipo de cáncer. Entre los grupos se encontraron más elementos comunes que diferencias significativas en las estructuras de las representaciones. Se identificaron representaciones compartidas sobre el cáncer en términos de "algo que come" o animales como "arañas" y "gusanos", brindando explicaciones de la enfermedad asociadas al dolor. Los tratamientos fueron descriptos bajo imágenes de guerra, apuntando a "matar las células cancerosas", se "bombardea" al paciente con rayos tóxicos, y la quimioterapia cual guerra química se sirve de venenos.

Los resultados indicaron que los factores e ideas culturales anteriores en relación al cáncer afectaron al momento del diagnóstico, como la relación entre muerte-cáncer. Se halló también que cuidadores y pacientes señalan el origen del cáncer como "causa divina". En ambos grupos se consideró que el desarrollo del cáncer estaría determinado por acciones como caídas, desobediencia, o acciones reprobables. Por otro lado, los participantes advirtieron que la idea de "contagio" del cáncer estuvo presente en sus conocidos. En cuanto a las variables que podrían tener efectos en las representaciones de la enfermedad, se descubrió que la edad determina la comprensión del cáncer y en relación al sexo no se encontró diferencia en la forma de representación del cáncer.

Asimismo es preciso mencionar la investigación de Ruda (2009) donde la autora exploró, a partir de un método mixto, las

representaciones infantiles sobre la identidad y origen de la enfermedad según edad, grado de escolaridad y nivel socioeconómico en 90 niños a partir de la Entrevista sobre Representaciones Infantiles acerca de la Enfermedad (E-RIE). Esta, presenta siete láminas que exhiben el tratamiento propio de un niño con cáncer. Entre los resultados, se pudo ver que los niños presentan diferentes formas de nombrar un mismo aspecto de la realidad y que los de menor edad suelen vincular el cáncer con enfermedades de poca gravedad, a diferencia de los mayores que generalmente la conciben como una enfermedad grave. Por otro lado, los niños con un nivel socioeconómico bajo manifestaron atraso en el acceso a ciertos conocimientos lo que repercutía en su modo de representar la enfermedad.

Continuando con esta línea es indispensable referir a Domínguez (2009), quien estudió la representación del cáncer en niños sanos a través de una entrevista apoyada en viñetas, que aludían a situaciones hospitalarias por las que suele pasar un paciente oncológico infantil. Encontró que hay una cantidad importante de creencias falsas sobre la enfermedad. Luego, en un siguiente estudio, indagó sobre la representación de la enfermedad tanto en niños sanos como enfermos de cáncer, abordando temas acerca de las causas y pronóstico de la enfermedad, las experiencias emocionales que se juegan en la hospitalización y el ambiente social cuando se recupera la rutina diaria.

Entre los hallazgos acerca de las representaciones sobre las causas de enfermedad, el contagio tuvo nuevamente un gran peso en ambos grupos. En cuanto a la idea de responsabilidad en el desarrollo de la enfermedad, los niños enfermos mayores tenían mayores representaciones sobre posibles acciones que llevaron a contraer la enfermedad; y los más pequeños hacían referencia a acciones imprudentes. Respecto a la gravedad de la enfermedad casi todos los niños enfermos de todas las edades consideraban el cáncer como una enfermedad poco grave y curable, a diferencia de la mayoría de niños sanos que creían que se trataba de una enfermedad grave y a veces mortal. La autora señala que al igual que en el estudio anterior, tanto los niños mayores enfermos como los niños sanos, mostraron alta comprensión del cáncer; y plantea como hipótesis que la vivencia de la enfermedad no es determinante en su comprensión (Domínguez, 2009).

Aportes de la investigación psicológica a las intervenciones con el paciente oncológico pediátrico

La experiencia de la enfermedad oncológica y su consecuente hospitalización devienen en la vulnerabilidad del niño que se enfrenta a este padecimiento (Clarke et al., 2005; Guerrero, 2002). A su vez, el tratamiento pertinente conlleva la exposición del paciente pediátrico a diversos procedimientos intensos concebidos incluso más dolorosos que la enfermedad (Gerali et al., 2011; Patenaude y Kupst, 2005).

Se podría decir, entonces, que el cáncer presenta diversos factores por los cuales puede resultar en una dolencia difícil de comprender para los niños que la vivencian (Bares y Gelman, 2008). Por lo que es necesario entablar una comunicación adecuada con el niño para poder acompañarlo en las diversas etapas que debe experimentar. Para lograrlo, es relevante conocer su razonamiento y las representaciones en las que se apoya al transitar por la enfermedad. No obstante, el conocimiento científico es acotado en este ámbito y no se conocen las representaciones de los niños sobre determinadas enfermedades (Lima y Silva, 2017).

Lo que es indudable es que tanto las intervenciones con

niños de índole social, educativo y psicológico deben tener en cuenta las ideas infantiles, porque son útiles a los fines de preparar a un niño para una inminente hospitalización o un procedimiento médico. Se trata de anticipar las explicaciones que podrá incorporar o no a determinada edad (Dominguez, 2009).

Siguiendo esta línea sería relevante entonces atender a las concepciones erróneas que los niños manifiestan ante diagnóstico, tratamiento y pronóstico, lo cual podría beneficiar el tratamiento y oportunamente, las conductas que los pacientes presenten ante estos hechos (Shabahang et al., 2011). Teniendo en cuenta además, que es estrecha la relación entre las representaciones y las expectativas que el paciente puede tener en relación a la enfermedad (Weinman y Petrie, 1997, como se citó en Morrison y Bennett, 2006).

Estrategia metodológica Participantes

En la presente investigación los participantes fueron 6 niños que cumplieron los criterios de inclusión: 1) fueron diagnosticados con cáncer, desde hace un año o más, 2) tenían entre 8 y 11 años de edad, 3) residían en la provincia de Santiago del Estero y 4) eran tratados en el Centro Provincial de Salud Infantil "Eva Perón" (CePSI). Cabe aclarar que se determinó el intervalo de edad teniendo en cuenta el momento evolutivo en el que los pacientes ya pueden utilizar representaciones y el lenguaje alcanza un grado de desarrollo notorio (Piaget, 1983). Se trabajó con una muestra intencional no probabilística.

Entre los criterios de exclusión se tuvo especial cuidado de que los participantes no fueran: 1) pacientes cursando tratamiento intensivo, 2) cursando tratamiento por recaída, o 3) recibiendo servicios de atención al final de vida.

Procedimientos

Para llevar a cabo la presente investigación se realizó un trabajo de campo para el relevamiento de datos.

Instrumentos Encuesta para padres ad hoc

Refiere a un instrumento diseñado para la presente investigación con el fin de obtener información en cuanto a la edad, sexo, diagnóstico de la enfermedad de cáncer, edad en la que comenzó la enfermedad y tipo de tratamiento/s que realiza el paciente, etc. Además indaga acerca de los estudios alcanzados por sus padres, trabajos, ocupaciones, etc.

Entrevista clínica según el método piagetiano

Para abordar el tema de estudio se utilizó el método clínico propuesto por Piaget (1926), el cual es un procedimiento para investigar cómo piensan, perciben, actúan y sienten los niños (Delval, 2001). Apoyada en 7 viñetas que representan a un niño con cáncer en distintas situaciones hospitalarias, la entrevista semiestructurada indaga diversos ejes temáticos sobre la enfermedad del niño de las viñetas: identificación de enfermedad, responsabilidad atribuida al enfermo en el surgimiento de la enfermedad y pronóstico. De esta forma aborda la manifestación de las representaciones mentales en el lenguaje.

Aspectos Éticos

Para arribar a la muestra, en primer lugar, se obtuvieron los permisos correspondientes por parte de los directivos de la

institución y del Comité Hospitalario de Ética del Centro Provincial de Salud Infantil "Eva Perón" (CHE-CePSI). Posteriormente los padres de los participantes brindaron sus consentimientos informados (Mayan, 2001) y una vez que la investigación fue explicada ante los participantes y ellos manifestaron su acuerdo, se les administraron los instrumentos de recolección de datos en forma individual. Conforme a esto, si bien fue de público conocimiento la participación voluntaria de los pacientes, la información brindada por los mismos es de carácter confidencial, por lo que los registros o datos son protegidos con acceso estrictamente restringido. Es importante advertir que los nombres con los que se refiere a los participantes son ficticios.

Asimismo cabe aclarar que las entrevistas realizadas se llevaron a cabo bajo la supervisión de la psico-oncóloga del servicio.

Diseño de investigación

La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, fenomenológica (Morehouse y Maykut, 2002; Sampieri et al., 2010).

Estrategia de análisis de datos

El proceso realizado para el análisis de los datos se caracterizó por ser circular o en espiral (Sampieri et al., 2010). Asimismo, la obtención de datos correspondió al método de comparación constante (Creswell, 1998) y el proceso de elaboración de categorías fue el inductivo.

Como estrategia de investigación, se utilizó el método de Colaizzi (Colaizzi, 1978) siguiendo los pasos sugeridos y guardando el rigor ético correspondiente:

1) Obtención del sentido de cada transcripción.

La presencia del investigador en las entrevistas ayudó a que pueda interpretar la experiencia de cada participante, además las descripciones que cada uno de ellos ofreció se escucharon y leyeron numerosas veces para obtener un sentido general de las mismas.

2) Extracción de las declaraciones significativas.

Durante el proceso de lectura y relectura de las transcripciones de entrevistas se identificaron los enunciados, frases o palabras significativas que se vinculaban con el fenómeno estudiado. Posteriormente fueron resaltados y extraídos de cada transcripción.

3) Formulación de significados.

Se formularon significados para cada declaración significativa que fue extraída del texto. Fue importante en este punto no perder de vista el significado contextual de estas declaraciones y, por otro lado, fue importante en este momento reconocer las presuposiciones o prejuicios del investigador para no incurrir en una mala interpretación del fenómeno.

4) Organización de los significados formulados en categorías.

Los significados de las declaraciones fueron organizados en grupos de temas y se les asignó un código de identificación.

5) Examen de las categorías por un juicio de expertos.

Una vez concluida la elaboración de categorías, se las sometió a un juicio de expertos, con personas de reconocida trayectoria, que son calificadas como expertos en el tema, los cuales pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar y Cuervo, 2008). Una vez que ellos manifestaron su acuerdo hacia las categorías confeccionadas se continuó con el proceso.

6) Descripción exhaustiva del fenómeno estudiado.

Se integraron todos los resultados anteriores en una descripción exhaustiva del fenómeno.

7) Descripción de la estructura fundamental del fenómeno.

Debido a la extensión de la descripción exhaustiva se procedió a reducirla a una descripción de la estructura esencial de fenómeno de la forma más precisa posible. Se integraron además los procesos y significados obtenidos en los pasos anteriores.

8) Consulta a expertos.

Los resultados fueron compartidos con los expertos para que pudieran validar los mismos.

9) Devolución a la comunidad.

Los resultados fueron compartidos con la comunidad científica, con el Comité Hospitalario de Ética del Centro Provincial de Salud Infantil "Eva Perón" (CHE-CePSI) y la coordinadora del Servicio de Hematooncología.

Se hizo uso de un software para el análisis de datos cualitativos (Atlas.Ti 6.0, 2014), de modo que se pudieron establecer interconexiones entre categorías, subcategorías y redes que permitieron visualizar los diversos vínculos entre conceptos.

Resultados

A partir de los datos se pudieron construir las siguientes categorías a continuación descriptas. Cabe aclarar que en cuanto a sus contenidos las categorías no son puras, guardan estrechas relaciones entre ellas.

Identificación de enfermedad

Esta categoría presenta el modo en el que la mayoría de los participantes identificó la enfermedad de las viñetas como leucemia o tumor, descartando la posibilidad de que pueda tratarse de otra enfermedad. Es así como mencionaron la radioterapia, las punciones, el suero, el catéter, la caída de cabello y el uso de pañuelos en la cabeza como características propias de la enfermedad que les permitieron distinguirla. Asimismo, indicaron que se trató de la misma enfermedad que ellos tuvieron, haciendo alusión a las emociones que durante ella vivenciaron. De esta forma se observó en estos niños, como la representación de objetos u hechos ausentes se vio reflejada en el surgimiento de conductas que se afirmaron en la memoria de evocación (Enesco, 2011).

Por otro lado, al decir de Arbeláez (2002) la elaboración de representaciones permitió a los niños establecer su postura en referencia a escenarios, momentos, objetos y mensajes que los afectaban. Así, los participantes de esta investigación, concibieron que leucemia y tumor fueran enfermedades graves que generaban angustia y malestar orgánico e implicaban que un niño deba someterse a ciertos procedimientos médicos que pudieron nombrar y describir.

Del mismo modo, el participante que no pudo nombrar la enfermedad, hizo alusión a varias de las experiencias y emociones que durante la misma tienen lugar.

Esto arroja una cuestión, los participantes conocían la enfermedad y podían dar cuenta de ella; sabían de la leucemia o el tumor y sus implicancias, sus procesos, los lugares y los profesionales que frecuentaba un niño con ese diagnóstico. Sin embargo la palabra cáncer solo estuvo presente en dos oportunidades.

Percepción del tratamiento

Es fundamental señalar la relevancia del valor subjetivo de las creencias del paciente y la representación que otorga a las distintas etapas del tratamiento (Bedoya, 2015). Así, los participantes de esta investigación entendían el tratamiento y sus procesos como un medio para combatir la leucemia. De este modo, consideraron que es al hospital a donde debían dirigirse en el caso de estar enfermos y también pudieron reconocer muchos de los procedimientos que allí tenían lugar. Se han armado de explicaciones acerca de estos últimos, sabían a su vez, en qué zonas de sus cuerpos habían intervenido. Concibieron que el objetivo de todos estos procedimientos era exclusivamente la cura. En este sentido se observó lo subrayado por (Delval, 2012), los niños se interrogan por la fuente de los acontecimientos y realizan una elaboración personal haciendo uso de los elementos que les brinda el medio y del desarrollo cognitivo característico a su edad. Esta capacidad, les permite anticipar y gobernar su contexto cercano (Gardner, 1997; Pozo, 2000).

Acá es cuando te hacen la radioterapia, la que me han hecho a mí, en una camilla te acuestan, te meten en un tubo y la máquina va girando y ahí te sacan la foto de acá y acá. Después los doctores te revisan por una cámara, por si te escapas o no, así te la hagan bien.

(Eugenia, 8 años, comunicación personal)

Dieron cuenta a su vez, de la necesidad de retornar al hospital ante posibles recaídas o para asistir a los controles médicos, percibidos como instancias de recuperación. Sabían además que el tratamiento involucraba momentos de juego y recreación.

Son pocos los participantes que pudieron nombrar los tratamientos, quimioterapia y radioterapia respectivamente, sin embargo todos hicieron alusión a las experiencias vivenciadas durante los mismos.

Experiencia de atravesar el tratamiento

Teniendo en cuenta que las representaciones mentales se constituyen por una diversidad de inclinaciones, soportes y variaciones emocionales que moldean la experiencia (Brazelton y Cramer, 1993) es necesario añadir que para los participantes, la experiencia de atravesar el tratamiento oncológico implicó sobrellevar dolores corporales, momentos de tristeza, angustia, llanto y enojo, así como modificaciones en su imagen corporal acompañadas de esfuerzos por disimular las mismas. A esto se sumó el desarraigo de sus hogares y una vez que retornaron a ellos convivieron con la precaución constante de cuidarse para evitar el regreso al hospital. Por ende, Urmeneta (2010) explica que durante el tiempo en que transcurre el tratamiento el niño sufre variadas pérdidas o duelos, por los cambios físicos que padece, la pérdida de las relaciones sociales que tenía antes de enfermar y la restricción de actividades y proyectos. Al respecto es importante puntualizar que las variaciones en la apariencia física, producto de los tratamientos médicos, configuran un evento vital estresante que los pacientes oncológicos deben enfrentar (Bedoya, 2015).

- Entrevistado: Yyyy, si hay otra niña ¿ha visto? Hay una niña que se enoja mucho porque tiene el pelo cortito y es una niña.

- Entrevistador.: Ah por eso se enoja.

- Entrevistado: Y se enoja porque tiene el pelo cortito y piensa que es varón. Pero vos no tenés que pensar eso igual te va a crecer más.

(Eugenia, 8 años, comunicación personal)

De este modo, la enfermedad y su tratamiento significaron para ellos una experiencia negativa en la que emergió el deseo por recuperar su salud y la imagen corporal que presentaban anteriormente, anhelando el alta médica y el regreso al hogar percibidos como momentos de felicidad. Al respecto, González (2007) menciona los trastornos de ansiedad y humor, la rebeldía y violencia como conductas muy evidentes que los niños exhiben porque desean y demandan lograr la vida de juegos y libertad que tenían antes de la enfermedad.

Asimismo, la experiencia les ha brindado un abanico de conocimientos técnicos acerca de la enfermedad y de los procedimientos médicos que configuraron su tratamiento. Aprendieron a su vez, a utilizar estrategias para que estos procedimientos resulten menos ansiógenos.

Responsabilidad atribuida al enfermo

La mayoría de los participantes pensó que no cualquier persona podía tener leucemia o presentar un tumor, advirtieron que sólo algunos podían ser diagnosticados con tales padecimientos, y los adultos también estaban incluidos. No obstante, no lograron fundamentar sus pareceres.

Por otro lado, no se adjudicaron a ellos mismos la responsabilidad de que emergiera la enfermedad.

A su vez, los participantes eran conscientes de las restricciones con las que convivían y afirmaron que una vez iniciado el tratamiento, tuvieron la responsabilidad de tomar diversos recaudos en su vida diaria, porque el tratamiento y los médicos así lo exigían. Por consiguiente, percibieron que las recaídas en la enfermedad eran consecuencias de sus descuidos, y asimismo tenían en sus manos la posibilidad de una evolución en el tratamiento.

Siguiendo lo expuesto, un pronóstico desfavorable también sería fácilmente atribuido a su responsabilidad.

Es así que se observa cómo las representaciones de los participantes permiten concederle un sentido al entorno, analizarlo, explorarlo y organizarlo, haciéndolo cada vez más claro, familiar y predecible (Arbeláez, 2002; Enesco, 2011; Ruda, 2001) reflexionando y logrando resoluciones por medio de la interpretación que se ha atribuido a los fenómenos (Marcos, 2010).

Representación mental del pronóstico

En relación al pronóstico los participantes mencionaron que había un orden que lo determinaba, por el cual, los pacientes que inicialmente se enfermaban eran los primeros en curarse. Además la mayoría de los participantes se inclinó a pensar que la duración era de varios meses, lo que para ellos implicaba que sea una enfermedad de larga permanencia. Solo uno de los participantes planteó la posibilidad de que perdure años.

Sostuvieron además, que eran los médicos quienes anunciaron el pronóstico de los pacientes, y el deseo de estos últimos se concentraba en que el pronóstico sea favorable, ya que eso significaría una evolución en el tratamiento y consecuentemente el alta médica que motivaría el regreso al hogar. Para los participantes el retorno a sus hogares era un anhelo muy presente en los períodos de internación. El alta médica era para ellos un momento de emociones positivas que les permitía tomar distancia de las emociones negativas que se desarrollaban durante su estadía en el hospital.

- Entrevistador: ¿Y qué más le puede estar pasando a Pedro?

- Entrevistado: Mmm que está triste, que se quiere.

(Bautista, 9 años, comunicación personal)

A su vez, los participantes estimaban que las recaídas en la enfermedad estaban vinculadas a un incumplimiento de los pacientes acerca de las indicaciones que debían seguir. Siguiendo esta lógica, un buen cuidado, un cuidado responsable, es el que desencadenaría un buen pronóstico.

Ansiedad en la entrevista

Acerca de este punto es pertinente dar cuenta de lo expuesto por Domínguez (2009), recabar este tipo de testimonios es difícil ya que los niños enfermos demuestran sentimientos y emociones complejos de transmitir y dar a entender. En el presente estudio la entrevista significó un encuentro ansiógeno para los participantes, de este modo se pudo observar cierta incomodidad ante preguntas que giraban en torno a la identificación de la enfermedad, la responsabilidad atribuida al enfermo, el pronóstico de la enfermedad y las radioterapias y punciones. No respondieron con palabras a varias de estas preguntas, en su lugar, optaron por asentir o negar con movimientos de cabeza, encoger los hombros, usar interjecciones o guardar silencio al tiempo que interrumpían el contacto visual con la entrevistadora.

Igualmente se podía entrever que los preocupaba el hecho de equivocarse en sus afirmaciones, ya que tendían a cambiar su actitud cuando eran sometidos a preguntas cuyas respuestas desconocían. De modo que, sus expresiones enunciadas en forma de preguntas o la manera en que evitaban ciertos temas, lleva a pensar que se sentían evaluados, con temor a que sus afirmaciones no sean las correctas.

Todo lo hasta aquí enunciado, configura una situación ansiógena, y un niño podría asociarla a las circunstancias que vivió durante su enfermedad y a las situaciones de evaluación a las que frecuentemente se enfrenta en el colegio.

Representaciones según variables sociodemográficas

El cuadro que se presenta a continuación pretende ilustrar las variables centrales de indagación y los instrumentos que se utilizaron para su recolección, conforme a los objetivos específicos del estudio.

Variable	Instrumento	Nivel de medición
Edad	Encuesta para padres	Cuantitativo
Escolaridad	Encuesta para padres	Cuantitativo
Nivel socio-económico familiar	Encuesta para padres	Cuantitativo
Escolaridad de los padres	Encuesta para padres	Cuantitativo
Enfermedad de Cáncer	Encuesta para padres	Cuantitativo
Representaciones mentales de la enfermedad	Entrevista clínica piagetiana acompañada de viñetas	Cuantitativo

Nota: elaboración propia

Los participantes de esta investigación poseían un nivel socioeconómico y condiciones sociodemográficas diversas, perteneciendo sus familias a un nivel socioeconómico medio y un nivel socioeconómico bajo, con padres escolarizados desde el nivel primario al terciario, que trabajan en oficios. Es importante destacar que la mayoría de estas familias no contaba con obra social. A su vez, los participantes eran de género femenino y masculino, tenían entre 8 y 11 años y fueron diagnosticados de leucemia linfoblástica aguda cuando tenían entre 2 y 9 años de edad. Al momento de la investigación, habían concluido sus tratamientos con quimioterapia concurrendo al hospital para los controles mensuales o trimestrales correspondientes. Eran niños que estaban escolarizados, cursando el nivel primario.

En torno a las respuestas de los participantes, no se observaron diferencias significativas vinculadas a las variables sociodemográficas que ellos presentaban. De esta forma se pudo apreciar que las variables edad de los participantes, escolaridad, nivel socio-económico familiar, escolaridad de los padres, y enfermedad de cáncer no afectaron a la variable representaciones mentales de la enfermedad. Por el contrario, la población es más homogénea en sus enunciados.

A grandes rasgos se pudo apreciar que una participante manifestó representaciones más cercanas al conocimiento científico actual acerca del cáncer. Esto se podría fundamentar en su edad, porque era mayor que los demás niños, en su escolaridad, llevaba más tiempo escolarizada, su nivel socioeconómico era más alto que el resto de los participantes y sus padres poseían un nivel más alto de escolaridad. Sin embargo las diferencias no son acentuadas y las inferencias no son concluyentes, principalmente porque la muestra era muy acotada.

Conclusión y Discusión

Lo evaluado indicó que los participantes reconocieron el cáncer y pudieron dar cuenta del mismo, describiéndolo como una enfermedad grave que ellos tuvieron y que generó angustia y malestar orgánico. La atravesaron sintiéndose responsables de los cuidados que su tratamiento implicaba, entendiendo que sus acciones determinaban un buen o mal pronóstico. Significó para ellos, una experiencia desfavorable, de larga duración.

Lo expuesto guarda relación con lo revelado por diversas investigaciones que abordaron el mismo tema, en las cuales los pacientes oncológicos infantiles manifestaron representarse el cáncer como malo, incurable (López, 2010), mortal, grave (Chin et al., 1998; López, 2010; Ruda, 2009), algo dañino e interno (Suárez, 2015).

Asimismo, la presente investigación se correspondería con los resultados de los estudios de Domínguez (2009) y Ruda (2009) donde la mayoría de los niños enfermos pudieron identificar la enfermedad y reconocer que tiene una gravedad media, por la que es necesaria la hospitalización y un tratamiento médico.

Un punto a destacar es el hecho de que los participantes del presente trabajo pudieron caracterizar las leucemias o los tumores, sin embargo la palabra cáncer solo fue mencionada en contadas oportunidades. Esto lleva a preguntarse si los niños realmente comprenden que la leucemia o el tumor son distintos modos en los que el cáncer se manifiesta. Continuando con esta línea, Domínguez (2009) observó en su estudio que algunos niños no se referían a las leucemias como enfermedades incluidas en el cáncer, sino más bien mostraban discursos confusos en los que al parecer,

concebían las leucemias como dolencias más leves que la enfermedad oncológica.

Por otro lado, los participantes de este estudio no se percibían responsables del surgimiento de la enfermedad, pero admitieron que a lo largo de la misma debieron ser responsables de los cuidados que esta conllevó. Tanto es así, que pensaron las recaídas y evoluciones en su estado de salud como consecuencias de sus obediencias o descuidos. Lo expuesto podría tener implicancias en la forma en la que pensaron el pronóstico, ya que un buen o mal pronóstico de enfermedad dependería de sus acciones.

Esto difiere de lo expuesto por los niños entre diez a trece años del estudio de Domínguez (2009), propensos a reconocer alguna responsabilidad por parte del paciente enfermo en la aparición de la enfermedad. Pero se asemeja al estudio de Ruda (2009) donde los participantes admitieron que el enfermo tenía cierta responsabilidad en el surgimiento de enfermedades de baja, media y alta gravedad. Sin embargo, libraban al paciente de toda responsabilidad cuando se trataba del cáncer.

En relación al pronóstico, la mayoría de los participantes del presente estudio infiere que hay un orden predeterminado para el mismo, por el cual, los pacientes que inicialmente se enferman serían los primeros en curarse. Asimismo, se representan el cáncer como una enfermedad de larga permanencia que dura varios meses. La misma, podría combatirse a partir de un tratamiento. Si bien no todos refieren a este por su nombre, quimioterapia y radioterapia respectivamente, pueden hacer alusión a los procedimientos que lo conforman reconociendo que los mismos han intervenido sobre sus cuerpos. Se valen de explicaciones propias acerca de la forma en que estos procedimientos se desarrollan y conciben que el fin último de cada uno de ellos es exclusivamente la cura.

Lo referido dista de lo expuesto por los participantes de la investigación de Ruda (2009), ellos enunciaron que niños con idéntico diagnóstico pueden experimentar diversos tiempos de duración con el tratamiento. Por su parte, Domínguez (2009) indicó que los niños sanos se representaban la enfermedad como grave, crónica o mortal a diferencia de todos los niños enfermos que la consideraron una enfermedad poco grave y curable.

Esto último guarda relación con un aspecto que coincide y llama la atención en el presente estudio, en la investigación de Domínguez (2009) y en la de Ruda (2001) aplicada a niños peruanos con cáncer. Los participantes enfermos se muestran optimistas cuando refieren a los aspectos temporales del tratamiento, la hospitalización y la curación. Plantean la enfermedad en términos de días, semanas o meses, siendo que ellos admitieron tener la misma enfermedad que el niño de las viñetas y llevan más de un año diagnosticados. Entendiendo que a partir de los ocho años los niños están más claros en cuanto a la forma en que transcurre el tiempo objetivo, Domínguez (2009) advierte que estos enunciados poco o nada realistas podrían deberse a que pronóstico y gravedad son temas íntimamente vinculados a factores emocionales. Al decir de la autora, este mecanismo defensivo podría ser un intento de los participantes por rechazar la noción de que más allá del sufrimiento y de los esfuerzos a los que se ven expuestos, el tratamiento pueda fracasar e incluso exista la posibilidad de morir. Sin embargo, esta actitud exhibida en los pacientes oncológicos podría ser útil al momento de continuar con los procesos que el tratamiento implica.

En concordancia con la presente investigación, Domínguez (2009) señaló que en variadas oportunidades los pacientes hicieron alusión al tratamiento médico que corresponde al cáncer, así como

sus consecuencias o síntomas, los malestares corporales y los efectos en la imagen corporal. Una cuestión a mencionar es que los participantes de su investigación a partir de los 10 años entendían los síntomas como efectos secundarios del tratamiento, usando frecuentemente el concepto de quimioterapia, a diferencia de la presente investigación donde al parecer, los niños atribuyen todo síntoma exclusivamente a la enfermedad y no siempre pueden referirse al tratamiento con el nombre que lo identifica.

Los participantes agregaron que atravesar la enfermedad y su tratamiento significa para ellos una experiencia desfavorable en la que emerge el deseo por recuperar su salud y la imagen corporal que presentaban anteriormente. Por esta razón, el alta médica y el regreso al hogar son momentos anhelados, percibidos como circunstancias felices que les permiten tomar distancia de las emociones negativas que se desarrollan durante su estadía en el hospital. Esto se vincula a los elementos nocivos que los participantes de la investigación de Domínguez (2009) mencionaron para referirse a las temporadas de hospitalización. Los pacientes hicieron foco en el dolor o las sensaciones físicas que vivenciaron, además de las emociones que les causaban malestar, ligadas al clima hospitalario.

Es necesario mencionar, por otro lado, la relevancia de analizar las variables sociodemográficas de los pacientes, que se ve fundamentada en los trabajos de Domínguez (2009) y Ruda (2001). Los mismos indican que los niños de mayor edad tienen representaciones más fieles de la realidad y una mejor comprensión de la enfermedad, lo que se acentúa cuando poseen un nivel socioeconómico más alto. Además, mostraron las diversas representaciones del pronóstico que se muestran en cada etapa evolutiva de los niños. Al tiempo que dieron cuenta de que en muchas ocasiones los niños mayores mantienen las mismas ideas erróneas en ciertos aspectos de la enfermedad, que los niños de menor edad. En la presente investigación, por el contrario, la población es más homogénea en sus enunciados y las diferencias entre los niños no son significativas.

Finalmente es importante subrayar que para los participantes, expresar sus representaciones mentales en torno al cáncer fue una tarea compleja en la que se evidencia lo manifestado por Piaget (como se citó en Delval, 1996), el lenguaje es la más complicada de las representaciones porque está compuesto de palabras que refieren a una colección de experiencia sobre las cosas, experiencia negativa para los pacientes oncológicos, difícil de transmitir.

Nuevas líneas de investigación

En el presente trabajo, pude observar que la ansiedad de los participantes al momento de entrevistarlos condicionaba sus expresiones y ha significado una limitación en el estudio. Por lo que, sería destacable que investigaciones posteriores incorporen, además de la entrevista, otros instrumentos con los que los niños puedan manifestar sus representaciones en otros modos como puede ser a partir del juego simbólico o el dibujo, y así arribar a resultados más abarcativos.

Asimismo la presente investigación cuya metodología ha sido cualitativa, se puede considerar un primer paso en la aproximación a las representaciones del cáncer que poseen los niños diagnosticados con esta enfermedad en nuestra provincia.

A partir de esto, sería pertinente la aplicación de estudios cuantitativos que permitan por un lado indagar en menor tiempo a mayor cantidad de participantes y por otro, generalizar los resultados de modo que sean más representativos de la población

estudiada.

A su vez, aún queda abierto el interrogante acerca de las variables sociodemográficas de los participantes y su influencia en las representaciones que tienen acerca de la enfermedad, así una muestra que contemple una mayor cantidad de participantes permitiría optimizar este análisis y estudiar con mayor precisión si variables como el nivel socio económico familiar o la escolaridad de los padres modifica la representación de los pacientes.

Siguiendo esta línea sería oportuno además, investigar las representaciones del cuidador principal y observar si tienen relación con las de los pacientes oncológicos.

Referencias

- Almanza, J. J. y Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: Estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3).
- Aparicio, J., Hoyos, O., Heilbron, K., y Schamun, V. (2011). Representaciones sobre el maltrato entre iguales en niñas y niños escolarizados de 9, 11 y 13 años de nivel socioeconómico alto y bajo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 150-172.
- Arbeláez, M (2002). Las representaciones mentales. *Revista de Ciencias Humanas* (29)
- Atlas ti v6.0. (2014). El conjunto de herramientas del conocimiento. https://atlasti.com/wp-content/uploads/2014/07/atlas.ti6_brochure_2009_es.pdf
- Bares, C. B., y Gelman, S. A. (2008). El conocimiento de la enfermedad durante la infancia: hacer distinciones entre el cáncer y los resfriados. *Revista Internacional de Desarrollo del Comportamiento*, 32, 443-450.
- Barrera, M., Fleming, C. y Khan, F. (2004). The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings of children with cancer. *Child: Care, Health & Development*, 30(2), 103-111.
- Bedoya, J. (2015). Imagen corporal en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes, repercusiones psicológicas, físicas y sociales. Caso Tomas (tesis doctoral).
- Benedito, M., Llinares, L. y Piqueras, A. (2010). El enfermo con cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedade*, 22 (2), 318-327.
- Brazelton, B. y Cramer, B., (1993). La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial. Paidós.
- Chin, D., Schonfeld, D., O'Hare, L., Mayne, S., Salovey, P., Showalter, D. y Cicchetti, D. V. (1998). Elementary school-age children's developmental understanding of the causes of cancer. *Journal of Developmental Behavioral Pediatric*, 19(6), 397-403.
- Clarke, S. A., Davies, H., Jenney, M., Glaser, A., y Eiser, C. (2005). Parental communication and children's behaviour following diagnosis of childhood leukaemia. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(4), 274-281.

- Clunies, C. y Lansdown, R. (1998). Concepts of death, illness and isolation found in children with leukaemia. *Child Care Health Development*, 14, 373-386.
- Colaizzi PF (1978): Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M (eds) *Existential phenomenological alternatives for psychology*. Oxford University Press.
- Creswell. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. Sage.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Síntesis.
- Delval, J. (1996). La obra de Piaget en la educación. *Cuadernos de pedagogía*, (244), 56-59.
- Delval, J. (2012). *Descubrir el pensamiento de los niños: Introducción a la práctica del método clínico*. Siglo Veintiuno Editores.
- Domínguez, M. (2009). *El cáncer desde la mirada del niño*. Alianza Editorial.
- Enesco, I. (2011). *La Representación*. <http://webs.ucm.es/info/psicoevo/Profes/IleanaEnesco/Desarrollo/Representacion.pdf>
- Escobar, J. y Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. En *Avances en Medicina*, 6, pp. 27-36. http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Gardner, H. (1997). *La mente no escolarizada. Cómo piensan los niños y cómo deberían enseñar las escuelas*. Paidós.
- Gerali, M., Servitzoglou, M., Paikopoulou, D., Theodosopoulou, H., Madianos, M., y Vasilatou-Kosmidis, H. (2011). Psychological problems in children with cancer in the initial period of treatment. *Cancer nursing*, 34(4), 269-276.
- González, M. (2007). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. (2da Ed.). Médica Panamericana.
- Guerrero, S. (2002). Cuidado del niño hospitalizado con apoyo familiar. *Avances en Enfermería*, 20, 23-32.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico*. Paidós.
- Holland, J. (1998). *Psycho-oncology*. Oxford University Press.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2016). *Mortalidad*. <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/mortalidad/>
- Lima, L. y Silva, V. (2017). How chronic illness affects children's opinions about illness and health: a comparative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Llantá, M. C., Grau, J., Chacón, M. y Pire, T. (2000). Calidad de vida en oncopediatria: problemas y retos. *Revista Cubana de Oncología*, 16(3), 198-205.
- López, J. (2010). *El cáncer: un estudio de representaciones y cuidadores primarios (tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- López, M. M. (2015). *Representaciones del cáncer en jóvenes con y sin esta enfermedad (tesis de grado)*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mabe, P., Riley, W., y Treiber, F. (1987). Cancer knowledge and acceptance of children with cancer. *Journal Scholar Health*, 57(2), 59-63.
- Marcos, C. (2010). *Representaciones mentales de la paternidad en padres varones adolescentes (tesis de Licenciatura)*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. <https://sites.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- Morrison, V. y Bennett, P. (2006). *Psicología de la salud*. Pearson Educación S.A.
- Morehouse, R. E., y Maykut, P. (2002). *Beginning qualitative research: A philosophical and practical guide*. Routledge.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Datos y cifras sobre el cáncer*. <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Patenaude, A. F., y Kupst, M. J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 9-27.
- Piaget, J. (1982). *La formación del símbolo en el niño*. Fondo de cultura económica.
- Piaget, J., y Riani, M. (1983). *El lenguaje y el pensamiento en el niño: estudio sobre la lógica del niño*. Guadalupe.
- Piqueras, Á. (2017). *El cáncer y el enfermo de cáncer: su representación social en el personal sanitario (tesis doctoral)*. Universidad de Valencia.
- Pozo, J. (2000). *Aprendices y maestros: La nueva cultura del aprendizaje*. Alianza Editorial.
- Ruda, L. (2001). Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19(1), 152-201.
- Ruda, M. L. (2009). Representaciones infantiles de la enfermedad: variaciones según edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico. *Revista de Psicología*, 27(1), 111-146.
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.
- Shabahang, H., Panahi, G., Nofereesti, G., Sahebghalam, H., Robubiat, S. y Bolurian, M. (2011). Illness perception of breast cancer in affected women undergoing chemotherapy. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 25 (2), 76-81.
- Suárez, C. (2015). *Representaciones de la enfermedad en niños y adolescentes con leucemias y con otro tipo de cáncer (tesis doctoral)*. Universidad de Salamanca.
- Urmeneta, M. (2010). *Alumnado con problemas de salud*. GRAÓ.

Frecuencia de Tipos de Maloclusiones y su Relación con el Fenotipo Gingival en la Consulta Odontológica Privada en Santiago del Estero

Por: Od. Adriana Chaud. Od. María Lorena Sayago. Od. Carolina Gonzalez. Od. Mariano Sacone. Od. Mariano Lupi

Coautores: od, Caputo Lucia. Od, Del Fabro María A. Od. Suarez Verónica. Od Leiva Pia. Od Paez Alejandra. Od, Bulacio Gil María Alejandra. od. Codevilla María E. od. Gabotti Karina. Od. Patton María E. od Garelli María L. od Llanos María N. od. Matteo María F. od. Nasif Laura. Od. Garcia Patricia. Od. Estigarribia Marisa. Od. Allalla Romina. Od. Trejo María E. od. Rojas Alicia. Od. Flores Turk María E. od Amadey Carina. Od. Baldiviezo María A.

Resumen

La maloclusión dentaria es una alteración en la posición de los dientes, y hace referencia a la falta de relación que se establece al poner los arcos dentarios en contacto u oclusión. Debido a esto es alterada la estética dentaria, aspecto tan solicitado por los pacientes en diferentes magnitudes y generador de la necesidad de tratamiento ortodóncico obligatorio.

La aplicación de índices estandarizados permite establecer una buena planificación y tratamiento oportuno. El objetivo de la presente investigación fue establecer la frecuencia y alcance de esta patología en consultantes adolescentes privados de la ciudad de Santiago del Estero.

Desde la propuesta metodológica se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de cohorte transversal. Se aplicó el índice de estética dental (DAI) considerando el factor línea media dentaria modificado de acuerdo con la bibliografía consultada. Se utilizaron registros clínicos y fotográficos de pacientes atendidos en la consulta privada de los alumnos de la Diplomatura Universitaria en Ortodoncia Clínica pertenecientes a la cohorte 2019.

Los resultados muestran que la prevalencia de maloclusiones obtenida se distribuyó en el 36,1%, en la categoría normal, y el 63,9% de la muestra con maloclusión en diferentes niveles (36,1% mínima, 22,2% severa, y 13,9% muy severa).

Se concluye que la maloclusión mínima fue la que prevaleció, seguida por la severa, y por último la maloclusión muy severa. Estos resultados pusieron en evidencia que la atención odontológica, en los consultorios privados se realiza con la finalidad de prevenir o interceptar la prevalencia de maloclusiones severas, reduciendo la necesidad de tratamiento ortodóncico.

Palabras clave

Estética dental, ortodoncia, ortopedia, Índice de estética dental (DAI)

RECIBIDO 12 DE NOVIEMBRE DE 2023 | EVALUADO 14 DE NOVIEMBRE DE 2023 | PUBLICADO 28 DE NOVIEMBRE DE 2023



Abstract

Malocclusion is an alteration of dental development and refers to the lack of relationship established by putting the dental arches in contact or occlusion. Due to this, the dental aesthetics so requested by patients is altered in different magnitudes and generating the need for mandatory orthodontic treatment. The application of standardized indices allows establishing good planning and timely treatment. Objective to establish the frequency and scope of malocclusions in private adolescent consultants in the city of Santiago del Estero.

Methodology: quantitative, observational, descriptive and cross-sectional cohort study. The Dental Aesthetic Index (DAI) was applied with changes at the midline point. Clinical and photographic records of patients seen in the private practice of university diploma students in clinical orthodontics Cohort 2019 were used.

Results: the prevalence of malocclusions obtained was distributed in the 36,1%, in the normal category and the 63,9% of the sample had malocclusion at different levels (36,1% minimal, 22,2% severe, and 13,9% very severe).

Conclusion: the minimal malocclusion was the one that prevailed, followed by the severe one, and lastly the very severe malocclusion. These results evidenced that dental care, in private clinics is carried out in order to prevent or intercept the prevalence of severe malocclusions, reducing the need for orthodontic treatment.

Keywords

Dental Aesthetics, Orthodontics, Orthopedics, Dental Aesthetic Index (DAI)

Introducción

La oclusión dental hace referencia a la relación que guardan los dientes entre sí en estado de reposo; no obstante, esta relación se encuentra determinada por factores inherentes al tamaño, forma y cronología de erupción de los dientes, así como por la forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial (Angle, 1899; Beyer, 1998).

Las maloclusiones dentarias son alteraciones del desarrollo dental descritas clínicamente como una variación de las características normales del crecimiento y desarrollo. Estas anomalías de oclusión son consideradas actualmente alteraciones frecuentes. Debido a su alta prevalencia, demandan tratamiento, asociados a altos costos. Estas maloclusiones afectan a la función, a la estética, y al comportamiento social, comprometiendo la calidad de vida. La literatura evidencia que las personas con maloclusión muestran sentimientos de vergüenza, falta de adaptación en el entorno social y afectación en su autoestima, su confianza y su autoimagen (Sharma et al. 2017)

Por definición y en su forma más simple, la ortodoncia es la rama de la odontología que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones, es decir, que tiene por objetivo la búsqueda de una oclusión ideal, en la que todos los componentes del sistema estomatognático (componentes dentoalveolares, esquelético, neuromuscular y articulación tempero-mandibular) se encuentren en armonía y desarrollen todas sus funciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de las caries dental y de la enfermedad periodontal.

El Dr. Angle fue el primer ortodoncista en generar una clasificación de las maloclusiones, de forma breve y práctica, siendo su sistematización actualmente universal. Su propuesta (Angle, 1899) es el método más comúnmente utilizado para evaluar la relación oclusal existente en la dentición permanente, la cual contempla tres categorías: la maloclusión Clase I, II y III, dividiendo

y subdividiendo a estas dos últimas en subgrupos reconocibles.

Clasificación de Angle de acuerdo con el tipo de oclusión dental (Murrieta Pruneda et al, 2007).

Oclusión Normal

Cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesio-vestibular del inferior permanente.

Maloclusión

Clase I

Cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesio-vestibular del inferior permanente pero existe alteración en la relación entre los dientes anteriores.

Clase II

Cuando el surco mesio-vestibular del primer molar inferior permanente ya no recibe a la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente sino que el molar inferior se ubica en una posición más distal respecto del superior

Clase III

Cuando en oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial en relación con el primer molar permanente superior.

Del análisis de las maloclusiones, surge la necesidad del tratamiento ortodóncico. Para la medición de dicha necesidad, se utilizan a nivel mundial varios índices. Estos índices permiten establecer prioridades en el acceso a los recursos asistenciales; hasta la actualidad, ninguno de estos se ha puesto en práctica en nuestro medio. Entre los más recientes, diseñado a finales de los años 80 e introducidos en los 90, probablemente el de mayor difusión ha sido el Dental Aesthetic Index (DAI), creado con fines epidemiológicos, y adoptado por la OMS para tal proceso (Bolaños Carmona y Manrique Morá, 2001; Chi, Johnson, y, Harkness, 2000).

El uso de este índice establece una lista de rasgos o

condiciones oclusales en categorías, ordenadas en una escala de grados que permite observar la severidad de las maloclusiones, lo que hace esta condición reproducible y nos orienta en función de las necesidades con respecto al tratamiento ortodóncico de la población. Tiene dos componentes: estético y dental, uniéndolos matemáticamente para producir una calificación única que combina los aspectos físicos y estéticos de la oclusión. Este Índice se desarrolló para la dentición permanente, es decir debe ser utilizado para personas de 12 a los 18 años.

En la actualidad el tratamiento ortodóncico es considerado exitoso si consigue adecuadas relaciones dentarias intra e Interarcadas, estética facial y de la sonrisa, y estabilidad post tratamiento; sin embargo, no siempre se alcanza una oclusión ideal pues no se respetan los límites biológicos para cada uno de los componentes. La planificación del tratamiento, por consiguiente, no solo debe estar orientada a qué se quiera hacer u obtener, sino a determinar si es que dichos objetivos pueden ser en realidad alcanzados.

Un estudio realizado por la Universidad de Venezuela sobre un total de 479 pacientes, con edades comprendidas entre 1 y 17 años, con un promedio de 8 años, demostró que la maloclusión de Clase I presentó la mayor prevalencia, observándose en 308 pacientes que corresponden al 64% de la muestra. La maloclusión Clase II se diagnosticó en 99 pacientes que corresponde al 21% de la muestra y la Clase III en 72 pacientes, el 15% (Medina, 2010).

Una investigación llevada a cabo en Chile durante el año 2012 con niños y adolescentes entre 6 a 15 años (n=184) se evaluó la presencia de apiñamiento, espaciamiento, relación molar y canina, mordida cruzada posterior, mordida abierta lateral, sobremordida y resalte. El 96,2% de los estudiantes examinados presentó algún tipo de maloclusión, observándose con mayor frecuencia la discrepancia dentomaxilar negativa en un 67,4% de los casos (Burgos, 2021).

Un estudio de prevalencia de maloclusión presente en niños de 6 a 12 años en Paraguay en el año 2016, determinó que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en la maloclusión según la edad (p=3,2) y el sexo (p=0,4). La frecuencia de maloclusión en escolares fue alta (Méndez, Rotela y Gonzalez, 2020).

Una situación particular se da con el periodonto, pues si bien la ortodoncia tiene su fundamento en la biología del movimiento dentario y el profesional trabaja principalmente sobre el componente dentoalveolar, solo se evalúan dientes y no se establece un listado de problemas para el periodonto, cuyas características muchas veces podrían limitar nuestras opciones de tratamiento o mejor aún, sugerir la intervención de otra especialidad desde un correcto enfoque interdisciplinario.

La característica de forma y función de los tejidos que componen el periodonto y su capacidad de reacción frente a distintos estímulos van a estar determinados por componentes genéticos (Zawawi y Al-Zahrani, 2018). Según la nueva clasificación del 2017 World Workshop, se sugiere la adopción de fenotipo periodontal para describir la combinación del fenotipo gingival (volumen gingival tridimensional) y el morfotipo óseo (grosor de la tabla ósea vestibular).

El Fenotipo gingival indica una dimensión que puede cambiar a través del tiempo dependiendo de factores ambientales e intervención clínica y puede ser específico del sitio (Jerrold y Lowenstein, 1990). Puede describirse ya sea en toda la dentición, o en sitios individuales. Por lo que es de suma importancia poder diagnosticar y clasificar los fenotipos periodontales con la finalidad de poder establecer un pronóstico y de ser necesario poder modificarlo en las situaciones que así lo requieran. Clínicamente se puede

determinar el fenotipo gingival del paciente, utilizando una sonda periodontal para medir el espesor de la encía, observando la sonda a través del tejido gingival después de ser insertada en el surco y determinar si es fino o grueso (sonda visible: fino/ sonda no visible: grueso), según lo establecido en el reporte del consenso mundial de periodoncia del año 2017 (Jerrold y Lowenstein, 1990).

Por lo tanto, la dirección del movimiento dentario y el espesor bucolingual de la encía puede desempeñar un papel importante en la alteración de los tejidos blandos durante el tratamiento de ortodoncia (Kim y Neiva, 2015).

Por todo lo descrito en los párrafos anteriores, se hace necesario caracterizar las maloclusiones más prevalentes para dedicar a ellas los recursos y esfuerzos educativos. Igualmente, es indispensable hacer énfasis en aquellas situaciones clínicas frecuentes que sean susceptibles de ser prevenidas, otorgando importancia a este nivel de atención.

Objetivos de investigación

Relevar las frecuencias y alcance de maloclusiones en consultantes adolescentes privados de la ciudad de Santiago del Estero.

Objetivos específicos

Describir los indicadores del índice estético dental (DAI) en la población en estudio.

Reconocer si existen diferencias en las características de la maloclusión según el género y la edad de los participantes.

Determinar las condiciones del fenotipo gingival en las diferentes situaciones de maloclusión.

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio

El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal.

Los diseños transversales recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, en esta investigación en particular durante el periodo de febrero a junio del 2021, utilizando el índice DAI. Como ya se desarrolló en la sección de introducción, el índice estético dental (DAI) tiene como objetivo evaluar la maloclusión y relaciona con los componentes clínicos de forma matemática para obtener un valor numérico que corresponde a una categoría de la maloclusión y determina la necesidad de tratamiento de ortodoncia.

La muestra quedó conformada por 72 pacientes consultantes privados en el área de odontología de Santiago del Estero. El 61,1% fueron de sexo femenino (n=44) y el 38,9% pertenece al sexo masculino (n=28). Las edades estuvieron comprendidas entre los 11 y 19 años, siendo la media de 15,04 y el desvío de 2,14.

La presente investigación se desarrolló sobre modelos de estudio (confeccionados en yeso de piedra blanco), además de la inspección clínica y fotografía intraoral de frente en pacientes que no hayan recibido tratamiento de ortodoncia ni ortopedia previos, en los Consultorios Odontológicos Privados de Santiago del Estero, de los profesionales participantes.

Criterios de inclusión

Pacientes de Consultorios Privados, entre 11 y 19 años no contemplados en los criterios de exclusión.

Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Deberán quedar excluidos los pacientes que presentan discrepancias de la línea media mayor a 1mm a ambos lados, mordidas profundas traumáticas, mordidas cruzadas posterior y mordidas abiertas posterior.

Pacientes con ortodoncia, antecedentes de tratamiento de ortodoncia.

Pacientes con alguna limitación física o mental.

Variables de la investigación

El nivel de medición fue a escala y es la variable principal del estudio (sus valores representan categorías ordenadas con una métrica con significado).

Las variables analizadas fueron los diez factores que contempla el índice DAI, fenotipo, edad y género de los pacientes.

Instrumentos de Investigación

En la evaluación clínica del paciente se tomaron fotos intraorales de frente.

Para las mediciones se usó la sonda periodontal de Carolina del Norte (American Eagle) que se encuentra calibrada cada milímetro, teniendo marcadas un poco más gruesa las bandas a nivel de los 3mm y los 5mm.

También se utilizó la ficha del Índice de Estética Dental (DAI) para la recolección de los datos obtenidos en los modelos de estudio.

Además, se utilizaron cubetas con flancos altos para que las impresiones lleguen bien hasta fondo de surco, las mismas fueron tomadas con un alginato de gelificación rápido para ortodoncia y los modelos fueron confeccionados en yeso blanco y zocalados. Se realizó un registro de mordida en cera rosa por cada paciente.

Procedimiento

De forma clínica se determinó el fenotipo periodontal, para ello se utilizó la sonda Carolina del Norte con la cual se procedió a realizar el sondaje en dientes referentes del sector anterosuperior (incisivo central, lateral y canino) en la parte media del surco gingival y mediante la translucidez de la misma se identifica un biotipo fino, si no es visible, se identifica como grueso (12), (13).

Por otro lado, sobre el modelo obtenido se realizó el estudio del Índice DAI, se procedió a medir los 10 parámetros que componen el índice en cada modelo de estudio utilizando una sonda periodontal milimetrada Carolina de Norte (American Eagle) y asignando un valor numérico a cada componente de la siguiente manera: 1. Dientes visibles faltantes: se registra el número de incisivos, caninos y premolares ausentes. Deben existir 10 dientes en cada arco caso contrario se anotarán como faltantes. No se registra la ausencia de dientes cuando el espacio ha sido cerrado, por presencia del temporal y este no ha sido reemplazado y cuando el diente ha sido reemplazado por una prótesis fija. 2. Apiñamiento en los segmentos incisivos: se toma en cuenta los 4 incisivos y se registra cuando el espacio entre ambos caninos es insuficiente para obtener una correcta alineación de los incisivos. Para la determinación del apiñamiento en el segmento incisivo, se emplearon los siguientes criterios: 0: ausencia, 1: presencia en un segmento (superior o inferior) y 2: presencia en ambos segmentos (superior e inferior). 3.

Espaciamiento en los segmentos incisivos: se toman en cuenta los 4 incisivos y se registra cuando el espacio entre ambos caninos es mayor para obtener una correcta alineación de los incisivos, si uno de los dientes no presenta punto de contacto interproximal cuenta como segmento espaciado. Para la determinación se emplearon los mismos criterios que para apiñamiento: 0: ausencia, 1: presencia en un segmento (superior o inferior) y 2: presencia en ambos segmentos (superior e inferior). 4. Diastema de la línea media: se registra en mm cuando existe espacio entre ambos incisivos centrales superiores en una posición normal. 5. Irregularidad anterior en el maxilar en milímetros: se toma en cuenta los 4 incisivos superiores y se registra en dos situaciones, cuando existe giroversión de uno o más dientes y cuando existe un desplazamiento hacia vestibular o palatino con respecto a la alineación normal. Se debe anotar la irregularidad más pronunciada en milímetros redondeados. Para realizar esta medición observaremos el modelo desde el borde incisal, trazaremos una línea imaginaria siguiendo el perímetro del arco. Luego se elige el elemento que presente la malposición más significativa (girado, vestibularizado o palatinizado), marcamos con un punto su borde incisal más expuesto y medimos con la sonda desde nuestra línea imaginaria hasta el punto marcado. Estos son los mm que deben registrarse en la ficha. 6. Irregularidad anterior en la mandíbula en milímetros: se toma en cuenta los 4 incisivos inferiores y se registra igual que en el maxilar. 7. Resalte anterior maxilar en milímetros: se registra midiendo la distancia entre el borde incisivo labial superior con respecto a la cara vestibular de los incisivos inferiores en oclusión, registrar la mayor medida. Si presenta mordida borde a borde se registra 0. 8. Resalte anterior mandibular (mm): en casos donde los incisivos inferiores están por delante (vestibular) de los superiores o en mordidas cruzadas anteriores. En casos donde existe giroversiones en los incisivos inferiores y parte del borde incisal ocluye con el superior no puntuamos. 9. Mordida abierta anterior vertical en milímetros: se consideró cuando no existía contacto oclusal vertical entre incisivos superiores e inferiores, la zona donde la mordida abierta fue mayor se registró en milímetros. 10. Evaluación de la relación molar anteroposterior: evaluar la clase molar según Angle, la puntuación es 0 cuando es una oclusión normal o clase I de Angle, 1 para clase II de Angle y 2 en clase III de Angle. En caso de no presentar un molar por pérdida o ausencia del permanente o molares con caries o restauraciones extensas se deben tomar en cuenta los caninos. Se debe anotar la mayor desviación de lo normal ya sea izquierda o derecha. (Peláez & Mazza, 2015)

Análisis de Datos

Una vez registrados todos los parámetros del índice, como segundo paso se aplicó la ecuación DAI multiplicando cada valor obtenido por su coeficiente de regresión correspondiente, mediante la siguiente fórmula: Ausencia (x 6) + Apiñamiento (x 1) + Espaciamiento (x 1) + Diastema en línea media (x 3) + Irregularidad superior (x 1) + Irregularidad inferior (x 1) + Resalte maxilar (x 2) + Resalte mandibular (x 4) + Mordida abierta anterior (x 4) + Relación molar anteroposterior (x 3) + 13 = DAI

COMPONENTES	1er PASO Datos Pacientes	2do PASO Multiplico por COEFICIENTE	RESULTADO PRELIMINAR
1. Números de dientes visibles ausentes (incisivos, caninos y premolares)		6	
2. Apiñamiento en el segmento incisivo, 0= no hay apiñamiento, 1= un segmento, 2= dos segmentos		1	
3. Espacios en el segmento incisivo, 0= ausencia de espacio, 1= presencia en un segmento, 2= presencia en los dos segmentos		1	
4. Diastema en la línea media(mm)		3	
5. Irregularidad anterior del arco superior(mm). Medir la irregularidad más pronunciada		1	
6. Irregularidad anterior del arco inferior(mm). Medir la irregularidad más pronunciada		1	
7. Resalte anterior Maxilar (mm)		2	
8. Resalte anterior mandibular (mm)		4	
9. Mordida abierta anterior (mm)		4	
10. Evaluación de la relación molar anteroposterior, 0= clase I Angle, 1= clase II de Angle, 2 = clase III de Angle		3	
CONSTANTE 13 Al resultado de la suma de los valores preliminares (R P), le sumo la constante 13			3er PASO Suma de R P + 13
TOTAL es igual a puntuación DAI			= DAI

En el tercer y último paso se sumaron los diez nuevos valores resultantes, y al resultado obtenido se le incorporó a su vez, una constante de valor igual a 13 dando como resultado el valor final del Índice de Estética Dental (DAI) y de esta manera se determinó la severidad de maloclusión y la necesidad de tratamiento ortodóntico según la escala SOSAC, así: - Menor o igual a 25 puntos: oclusión normal o maloclusión mínima. - Entre 26 y 30 puntos: maloclusión definida, necesidad de tratamiento efectivo. Entre 31 y 35 puntos: maloclusión severa, necesidad de tratamiento altamente deseable por el paciente. - Mayor o igual a 36 puntos: maloclusión muy severa o discapacitante, el tratamiento es obligatorio y prioritario.

Para plasmar los resultados obtenidos se elaboró una base de datos en Excel de Microsoft Office y se registró, sistematizó y tabuló los datos.

Puntuaciones	Severidad de la Maloclusión	Necesidad de tratamiento ortodóntico
Menor o igual a 25	Oclusión Normal o maloclusión mínima	Sin necesidad de tratamiento o un tratamiento menor.
Entre 26 – 30	Maloclusión definida	Necesidad de tratamiento efectivo
Entre 31 – 35	Maloclusión severa	Necesidad de tratamiento altamente deseable por el paciente.
Mayor o igual a 36	Maloclusión muy severa o discapacitante	Tratamiento obligatorio y prioritario.

Luego de obtenidos los cálculos del índice de DAI y su diagnóstico correspondiente, se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para dar respuesta a los objetivos planteados. Se trabajó con medidas de tendencia central para reconocer la distribución de las variables en estudio y también pruebas de diferencias de grupo (prueba t, ANOVA y X cuadrado) para reconocer las peculiaridades propias de cada uno.

Resultados

Se calcularon frecuencias y porcentajes para describir cada uno de los indicadores que componen el índice de DAI con el objetivo de presentar las características comunes en los diagnósticos en la muestra analizada. Cada uno de los indicadores y de las categorías diagnósticas se diferenció por género y grupo de edad (desde los 11 hasta los 15 años y desde los 16 hasta los 19).

La prevalencia de las maloclusiones se distribuyó en el 43.2% en la categoría Oclusión Normal, el 25% Maloclusión Mínima, el 20.5% Maloclusión Severa y el 11.4% Maloclusión Muy Severa.

Al analizar la cantidad de dientes (incisivos, caninos y premolares) visibles ausentes la mayoría (94.4%; n=68) no mostró ningún diente ausente, el 2.8% (n=2) solo uno, el 1.4% (n=1) dos dientes ausentes y 1.4% (n=1) presentó seis dientes ausentes -Ver tabla 1-.

La media de dientes ausentes para las mujeres fue de .32 con un desvío de 1.18 y para los varones de .02 con un desvío de .15. No se verificaron diferencias significativas (p=.196).

Al diferenciar este indicador por grupos de edad los de 11 a 15 años presentaron una media de 1.02 y un desvío de .18 y los de 16 a 19 años, una media de .174 con un desvío de .30 sin verificarse diferencias significativas entre ambos grupos (p=.265).

Tabla 1. Cantidad de dientes visibles ausentes según género

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
0	25	89.3	43	97.7
1	1	3.6	1	2.3
2	1	3.6	-	-
6	1	3.6	-	-

El segundo indicador del índice de DAI hace referencia a la presencia de apiñamiento en el segmento incisivo. El 40.3% (n=29) de los participantes presentó dos segmentos apiñados, el 37.5% (n=27) mostró solo un segmento apiñado y el 22.2% (n=16) no tuvo apiñamiento. Esta distribución se comprobó tanto en hombres como en mujeres siendo lo más frecuente los dos segmentos apiñados -Ver tabla 2-.

Se calculó una prueba de Chi cuadrado para comprobar si existían diferencias en la presencia de apiñamiento en el segmento incisivo por género y los resultados indicaron que no existe (p=.986).

En el caso de la diferenciación por grupo de edad, los más pequeños obtuvieron una media de .833 con un desvío de .13 y para los más grandes de .708 y un desvío de .123 (p=.123).

Tabla 2. Apiñamiento en el segmento incisivo según género

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
No hay apiñamiento	7	25	9	20.5
Un segmento	9	32.1	18	40.9
Dos segmentos	12	42.9	17	38.6

En cuanto al espacio en el segmento incisivo (tercer indicador del índice de DAI) el 75% (n=54) no presentó espacio, el 16.7% (n=12) manifestó espacio en uno de los segmentos y el 6.9% (n=5) en los dos segmentos. La distribución entre hombres y mujeres fue similar sin presentar diferencias significativas (p=.921) en la frecuencia de aparición del espacio – Ver tabla 3-.

Entre los grupos de edades no se verificaron diferencias con significación estadística (para el grupo de 11 a 15 años la media fue de .743 con un desvío de .119 y para el grupo de 16 a 19 años, .595 y un desvío de .104, con una significación de .874)

Tabla 3. Espacio en el segmento incisivo según género

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
Ausencia de espacio	21	75	33	75
Presencia en un segmento	4	14.3	8	18.2
Presencia en dos segmentos	3	10.7	3	6.8

En el 5to indicador del índice de DAI -medición en milímetros del diastema de la línea media- los hombres en su mayoría (92.9%, n=26) presentaron ausencia en relación con la línea media y un milímetro de distancia el resto (7.1%, n=2). En el caso de las mujeres el 86.4% (n=38) cero milímetros en el diastema de la línea media, el 4.5% (n=2) un milímetro y con el mismo porcentaje y frecuencia, dos milímetros. Finalmente, el 2.3% (n=1) presentaron 3 y 6 milímetros de diastema en la línea media. Los resultados para este indicador muestran una distribución más variada en el caso de las mujeres – Ver tabla 4-.

La media de los milímetros del diastema de la línea media para los hombres fue de .07 con un desvío de .262 y para las mujeres una media de .34 con un desvío de 1.07 sin verificar diferencias significativas (p=.119).

Entre los grupos de edad se verificaron diferencias con significación estadística a favor del grupo de edades más chicas (p=.004). La media para el grupo de 11 a 15 años fue de 1.14 con un desvío de .183 y para el segundo grupo, de .174 y el desvío de .238

Tabla 4. Diastema de la línea media según género

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
0 milímetros	26	92.9	38	86.4
1 milímetro	2	7.1	2	4.5
2 milímetros	-	-	2	4.5
3 milímetros	-	-	1	2.3
6 milímetros	-	-	1	2.3

En cuanto a la irregularidad anterior del arco superior calculada en milímetros para ambos géneros el rango fue entre 0 y 6. El 12.5% (n=9) correspondió a la categoría cero, el 26.4% (n=19) a la de uno, el 27.8% (n=20) a la de dos, el 12.5% (n=9) a la de tres, el 9.7% (n=7) a la de cuatro, el 5.6% (n=4) para la del cinco y seis respectivamente – Ver tabla 5-.

Al realizar una prueba t de diferencias de media no se verificaron diferencias significativas a nivel estadístico (p=.131) siendo la media para los hombres de 2.57 con un desvío de 1.81 y para las mujeres una media de 1.94 y un desvío de 1.47.

Tabla 5. Irregularidad anterior del arco superior según género

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
0 milímetros	2	7.1	7	15.9
1 milímetro	7	25	12	27.3
2 milímetros	8	28.6	12	27.3
3 milímetros	4	14.3	5	11.4
4 milímetros	1	3.6	6	13.6
5 milímetros	3	10.7	1	2.3
6 milímetros	3	10.7	1	2.3

El rango para el resalte anterior maxilar en milímetros fue de cero a doce, siendo la frecuencia mayor la de cuatro (26.4%, n=19), la de dos (25%, n=18) y la de tres (19.4%, n=14) – Ver tabla 6-.

Tampoco se verificaron diferencias con significación estadística entre hombres y mujeres ($p=.781$) siendo la media para los hombres de 3.54 con un desvío de 1.66 y para las mujeres una media de 3.67 y un desvío de 2.43.

Tabla 6. Resalte anterior maxilar

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
0 milímetros	-	-	2	4.5
1 milímetro	2	7.1	2	4.5
2 milímetros	5	17.9	13	29.5
3 milímetros	7	25	8	18.2
4 milímetros	11	39.9	8	18.2
5 milímetros	-	-	1	2.3
6 milímetros	1	3.6	5	11.4
7 milímetros	-	-	3	6.8
10 milímetros	2	7.1	1	2.3
12 milímetros	-	-	1	2.3

En el caso del resalte anterior mandibular, el rango fue entre 0 y 3. La frecuencia mayor se ubicó en el valor de cero (94.4%, n=68), seguida por la de tres (4.2%, n=3) y por la de dos (1.4%, n=2).

Tabla 7. Resalte anterior mandibular

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
0 milímetros	26	92.9	42	95.5
2 milímetros	1	3.6	-	-
3 milímetros	1	3.6	2	4.5

La mordida abierta anterior mostró la mayoría de los pacientes agrupados en la categoría de cero milímetros (98.6%, n=71) y solo el 1.4% (n=1) con el valor de 3.

Al evaluar la relación molar anteroposterior la mayoría se ubicó en la Clase I de Angle (58.3%), seguida en frecuencia por la Clase II de Angle (18.1%) y por la Clase III (15.3%).

Tabla 8. Relación molar anteroposterior

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
Clase I	18	64.3	24	54.5
Clase II	3	10.7	10	22.7
Clase III	7	25.0	4	9.1
3	-	-	4	9.1
6	-	-	2	4.5

Todos estos indicadores y su análisis permitieron inferir que la categoría de Oclusión Normal (36.1%, n=26) fue la más frecuente, seguida por la de Maloclusión Mínima (27.8%, n=20), luego la Maloclusión severa (22.2%, n=16) y, finalmente la Maloclusión muy severa (13.9%, n=10). No se verificaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con los diagnósticos de maloclusión (p=.465)

Tabla 9. Maloclusión

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
Oclusión normal	7	25.0	19	43.2
Oclusión Mínima	9	32.1	11	25.0
Oclusión Severa	7	25.0	9	20.5
Oclusión Muy Severa	5	17.9	5	11.4

Al analizar el biotipo el 58.3% (n=42) se clasificó en la categoría Grueso y el 41.7% (n=30) en el biotipo Fino. Tanto hombres como mujeres presentaron con mayor frecuencia presencia del biotipo Grueso.

Tabla 10. Biotipo periodontal

Cantidad de dientes ausentes	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
Fino	12	42.9	18	40.9
Grueso	16	57.1	26	59.1

También se asoció el resultado del índice y el biotipo presentado por cada paciente a través de una prueba de Chi cuadrado. No se verificó asociación entre ambas variables – Ver tabla 11-.

Tabla 11. Asociación entre Diagnóstico de Maloclusión y Biotipo Dental

		Diagnóstico Maloclusión			
		Oclusión Normal o maloclusión Mínima	Maloclusión Mínima	Maloclusión Severa	Maloclusión muy severa
Biotipo	Fino	13	6	6	5
	Grueso	13	14	10	5
Total		26	20	16	10

Discusión

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones y su relación con el fenotipo gingival en la consulta odontológica privada en Santiago del Estero, Argentina.

En primer lugar, cabe destacar que a diferencia de otros países en Argentina existe escasa información respecto a la prevalencia de anomalías dentomaxilares, en especial en zonas ajenas a la Región Metropolitana como es el caso del interior del país. Resulta difícil comparar los resultados hallados en esta investigación con otras debido a las características de las poblaciones diferentes, a los grupos etarios considerados, a los criterios diagnósticos utilizados y a la modalidad de recolección de datos y, además, muchas de ellas fueron publicadas hace más de diez años razón por la cual queda desactualizada la información.

Existen diversos sistemas de medición de prevalencia de maloclusiones, tanto cualitativos como cuantitativos. El presente estudio utilizó un método cuantitativo, el Índice Estético Dental (DAI) recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la evaluación de las anomalías dento maxilares (Burgos, 2014).

Los valores describen las características morfológicas de

las maloclusiones y la necesidad de terapéutica. La ventaja que representa el índice es su reproductibilidad y su simplicidad de ejecución.

En cuanto a la prevalencia de maloclusiones obtenidas se distribuyó en el 36,1% en la categoría de normal y el 63,9% de la muestra en estudio mostró algún tipo de mal oclusión (36,1% mínima, 22,2% severa y 13,9% muy severa), resultado menor al obtenido en Chile en el año 2012 donde el 96,2% de los estudiantes examinados, presentó algún tipo de mal oclusión (Bishara et al 1988) y similar al obtenido en Paraguay en 2016, donde el 66% de los niños presentaban algún tipo de mal oclusión (Cons et al, 1989). Independientemente de la diferencia de resultados, la frecuencia de mal oclusiones es elevada en los 3 países.

Los pacientes portadores de maloclusiones no presentaron diferencias estadísticamente significativas con edad y género al evaluar las variables del índice de dientes visibles ausentes (incisivos, caninos y premolares), apiñamiento en el segmento incisivo, espacio en el segmento incisivo, irregularidad anterior del arco superior e inferior, resalte anterior maxilar y mandibular, mordida abierta anterior y relación molar anteroposterior. Situación similar se observó en el trabajo de investigación realizado en la ciudad de Coronel Oviedo, Paraguay, durante el año 2016.

En la presente investigación la prevalencia de maloclusiones leves permite interpretar que la población que concurre a los consultorios privados no manifiesta necesidad clínica de tratamiento debido probablemente a que desde muy corta edad lo hacen, y al tener un hábito de consulta odontológica y conciencia sobre la importancia de la salud bucodental la prevalencia de maloclusiones se manifiesta en menor medida.

En cuanto a la medición en milímetros de diastemas de la línea media, los resultados de este indicador muestran una distribución más variable en el caso de las mujeres; en cuanto a las edades se verificaron diferencias con significación estadística a favor del grupo de edades más chicas. Es posible que estos resultados se deban a que los caninos todavía no llegan a la línea de oclusión. Por ello, en edades más chicas, tenemos una mayor presencia de diastemas, que probablemente desaparezcan al terminar el desarrollo y descenso dentario.

Al evaluar la relación molar anteroposterior se obtuvieron porcentajes de clase I, II, III molar similares a lo obtenido en Venezuela durante el año 2010.

No se pudo determinar asociación entre diagnóstico de maloclusión y el biotipo periodontal presentado por cada paciente, lo que nos indica que el grado de severidad de la maloclusión, no está influenciada por uno u otro biotipo. Tal vez en un nuevo estudio donde se analicen a los pacientes post tratamiento ortodóncico, sea posible diferenciar los resultados obtenidos en los pacientes con biotipo periodontal fino y grueso, y si esos resultados en uno y otro caso se mantienen en el tiempo o son pacientes con tendencia a la recidiva.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe mencionar que, al ser una investigación de corte transversal, no existe un seguimiento de los sujetos evaluados, ya que la muestra fue tomada en un único momento en el tiempo.

Otra limitación que se presentó al realizar el estudio fue en el momento de la selección de pacientes para conformar la muestra, debido a uno de los criterios de exclusión que presenta el Índice DAI: no debía haber discrepancias de la línea media. Clínicamente fue difícil encontrar pacientes en donde las líneas medias dentarias superior e inferior sean coincidentes, por lo que se determinó considerar una desviación de hasta 1mm para incluir a los pacientes dentro de la muestra; dato importante para tener en cuenta en un futuro si se quiere repetir el estudio.

Conclusión

Se evidencia en los 72 pacientes atendidos en la consulta privada de Santiago del Estero Capital, en el periodo de febrero a junio 2021, que la maloclusión mínima fue la más prevalente, seguida por la maloclusión severa y por último la maloclusión muy severa.

Se recomienda que el diagnóstico de maloclusiones en la población pediátrica sea realizado de manera temprana, permitiendo implementar programas de atención que incluyan medidas preventivas e interceptivas que disminuyan la prevalencia y severidad de estas, reduciendo la necesidad de tratamiento ortodóncico correctivo complejo.

Referencias Bibliográficas

Angle, E.H. (1899) Classification of malocclusion. *Dental Cosmos*, 41, 248-264.

Beyer, J. W., & Lindauer, S. J. (1998). Evaluation of dental midline position. *Seminars in orthodontics*, 4(3), 146–152.

Bishara, S. E., Hoppens, B. J., Jakobsen, J. R., & Kohout, F. J. (1988). Changes in the molar relationship between the deciduous and permanent dentitions: a longitudinal study. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 93(1), 19–28.

Bolaños Carmona MV, Manrique Morá MC. Evaluación de un índice de necesidad de tratamiento ortodóncico. *Odontol Pediatr* 2001;9(1):3-10.

Burgos, Daniela. (2014). Prevalencia de Maloclusiones en Niños y Adolescentes de 6 a 15 Años en Frutillar, Chile. *International journal of odontostomatology*, 8(1), 13-19.

Chi, J., Johnson, M., & Harkness, M. (2000). Age changes in orthodontic treatment need: a longitudinal study of 10- and 13-year-old children, using the Dental Aesthetic Index. *Australian orthodontic journal*, 16(3), 150–156.

Cons, N. C., Jenny, J., Kohout, F. J., Songpaisan, Y., & Jotikastira, D. (1989). Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries. *Journal of public health dentistry*, 49(3), 163–166.

Huang, W. J., & Creath, C. J. (1995). The midline diastema: a review of its etiology and treatment. *Pediatric dentistry*, 17(3), 171–179.

Jerrold, L., & Lowenstein, L. J. (1990). The midline: diagnosis and treatment. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics: official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 97(6), 453–462.

Méndez, Julieta, Rotela, Rosario, & Gonzalez, Ana. (2020). "Prevalencia de Maloclusión en niños de 6 A 12 años de la ciudad de Coronel Oviedo", Paraguay, Año 2016. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 18(2), 86-92.

Murrieta Pruneda J.F, Cruz Díaz P.A., López Aguilar J., Marques D.S., Zurita Murillo, V. (2018). Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. *Acta odontológica venezolana*; 45(1): 74-78.

Kim, D. M., & Neiva, R. (2015). Periodontal soft tissue non-root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *Journal of periodontology*, 86(2 Suppl), S56–S72.

Medina, Carolina. (2010). Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. *Acta Odontológica Venezolana*, 48(1), 94-99. Recuperado en 08 de agosto de 2023.

Sharma, A., Mathur, A., Batra, M., Makkar, D. K., Aggarwal, V. P., Goyal, N., & Kaur, P. (2017). Objective and subjective evaluation of adolescent's orthodontic treatment needs and their impact on self-esteem. *Avaliação objetiva e subjetiva da necessidade de tratamento ortodôntico do adolescente e seu impacto sobre a autoestima. Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, 35(1), 86–91.

Zawawi KH, Al-Zahrani MS. (2018) Gingival biotype in relation to

incisors' inclination and position. Saudi Med J. 2014
Nov;35(11):1378-83. PMID: 25399216; PMCID:
PMC4362146.

Desigualdades Educativas 3.0 Viralizadas en Tiempos de Pandemia

Por: María Victoria Ríos

mariavictoria.rios@ucse.edu.ar

Docente adjunta, Facultad de Ciencias de la Salud (UCSE)

Resumen

La experiencia docente a partir de la pandemia por covid-19 no se agotó en el viraje a la virtualidad como modalidad de trabajo. Padeció el recrudescimiento de las condiciones disímiles para ejercer su profesión y participó de las desigualdades sociales que ya caracterizaban a los colectivos educativos. Este trabajo pretende visibilizar que la disposición a la conectividad virtual emerge como un objeto destacado en función de la fragmentación social. Toma dos experiencias de grupos educativos de la capital de Santiago del Estero como soporte del análisis. Observa las diferencias en cuanto a inversión educativa como expectativas de reconversión de oportunidades sociales. Reflexionar sobre nuestros recorridos y las tensiones que nos sometieron son las posibilidades que siempre tenemos para convocar al debate. Reinventar nuestras prácticas profesionales y sociales necesariamente denuncia qué es aquello que hacemos con el objeto educación y qué otro constituimos como nuestro semejante.

Palabras clave

Palabras clave: educación- desigualdad-conectividad virtual.

RECIBIDO MAYO DE 2023 | EVALUADO OCTUBRE DE 2023 | PUBLICADO 28 DE NOVIEMBRE DE 2023



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadas Igual 3.0
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR

Abstract

The teaching experience from the covid-19 pandemic was not exhausted in the shift to virtuality as a work modality. He suffered from the worsening of dissimilar conditions to practice his profession and participated in the social inequalities that already characterized educational groups. This work aims to make visible that the willingness to virtual connectivity emerges as a prominent object based on social fragmentation. It takes two experiences of educational groups from the capital of Santiago del Estero as support for the analysis. Observe the differences in terms of educational investment as expectations of reconversion of social opportunities. Reflecting on our journeys and the tensions that subjected us are the possibilities that we always have to call for debate. Reinventing our professional and social practices necessarily denounces what it is that we do with the object of education and what other we constitute as our equal.

Keywords

education- inequality-virtual connectivity.

“Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época.”
(Lacan, 1988, p.309.)

Si bien las desigualdades sociales se inscriben en la historia de nuestro país desde sus cimientos, las educativas - siguiendo a Bourdieu (2006)- tienden a reproducirlas de maneras insospechadas.

El sociólogo francés advierte sobre la trampa ilusoria que se tiende con la masificación del acceso a la educación de grupos históricamente postergados. Registra brechas entre los grupos sociales, que si bien acceden a este derecho, transitan por circuitos altamente divergentes, con reconocimientos legitimados para los que heredan una posición capitalizada, con diferentes disposiciones para jugar sus apuestas en los vastos campos en los que se negocia el factor en disputa.

Como contrapartida, observa propuestas subalternas por las cuales acceder a la educación aunque de baja inversión y posibilidades de reconversión de capitales. Si bien nos alcanza una lectura eurocéntrica, cabe analizar nuestras prácticas y los circuitos educativos contemporáneos para ubicar las apuestas.

La emergencia sanitaria puso en marcha un operativo de Estado que nos recuerda los procedimientos referidos por Foucault (1990) para atender a los leprosos y apestados del siglo XIX. Es oportuno situar este escenario que ya nos condicionaba, y al cual afiliábamos nuestros intercambios educativos y sociales, para explicitar las diferencias que al interior del mismo ya marcaban tendencia las desigualdades en tanto punto de partida.

La pandemia por Covid-19 nos sale al cruce para globalizar y agrietar aun más las posiciones. Se viralizó el aislamiento social preventivo y obligatorio en tanto máxima a adoptar en nombre de la prevención. Esta condición que podríamos llamar viral de época, instaló como modo de intercambio social la virtualidad durante primer período duro de pandemia. Si bien ya teníamos el hábito en tanto homo-tecnológicos de emplear dispositivos

portátiles, esta versión de lo que llamo reclusión domiciliaria 3.0 nos dejó sin alternativa. La educación enmarcada en estas premisas recortó el horizonte posible para garantizar la oportunidad pedagógica en aquellas instituciones con recursos suficientes para implementar la virtualidad. Las plataformas de comunicación sincrónicas ya estaban listas para la demanda, dispuestas para su uso. Nos esperaban para encuadrarnos en un espacio virtual que se convertiría en el privilegiado para asegurar el desarrollo curricular, para garantizar que la institución educativa consiga distribuir sus propuestas a la comunidad que congrega y a la cual se ofrece. Esta nueva condición -en ciernes aun- vino a promocionar movimientos, discusiones, conversatorios nacionales, jornadas, resistencias, pasiones, posiciones en disputa, oportunidades pero también profundizó las fracturas históricas de nuestros grupos sociales.

En las prácticas educativas durante el ASPO¹, observamos que la pandemia profundizó la fragmentación existente entre circuitos educativos que atienden a grupos sociales en condiciones desiguales, en términos de disposiciones y de capitales culturales, sociales, económicos y simbólicos.

En el nivel universitario de gestión privada se sostuvo regularmente en el intercambio sincrónico y asincrónico. Ello fue posible gracias a los convenios que estas casas de altos estudios establecieron con empresas de telecomunicaciones. Tanto alumnos como docentes contaron con datos móviles para acceder a las clases y pero también a las instancias de evaluación y acreditación de las asignaturas, y a las defensas de trabajos de finalización de carreras. Diferente fue el escenario en instituciones del nivel correspondientes a la educación obligatoria. En escuelas de modalidad especial, los alumnos y sus familias se encuentran excluidos de la posibilidad de acceso a la conectividad virtual. Si bien cada entorno familiar dispone de un teléfono celular, los numerosos miembros expusieron los inconvenientes en el empleo simultáneo del dispositivo para cumplir con sus compromisos escolares y/o laborales.

Durante el gobierno kirchnerista, la política educativa puso en marcha el Plan Conectar Igualdad. Significó una avanzada en cuanto a oportunidades, una decisión que bregó por la inclusión y

1) Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

por intentar reducir las limitaciones de partida que condicionaba a un porcentaje significativo de jóvenes. A la postre se levantaron en energético rechazo quienes asociaron la distribución de netbooks con la sospecha ante la compra-venta del producto tecnológico entre quienes se harían acreedores de las mismas; que siguiendo a Gluz (2018) ubican al pobre en el lugar de objeto de vigilancia continua. Desde 2015 se interrumpió el programa. Literalmente se desconectó esta política, en un claro reflejo de la defensa meritocrática que la lógica neoliberal abraza cual slogan justiciero.

Para los alumnos de la escuela especial en la cual trabajamos en tanto equipo interdisciplinario, a falta de computadoras y conectividad digital, el teléfono celular se constituyó en el único recurso tecnológico disponible para sostener la educación, en el único medio de intercambio aunque con notables limitaciones. Los esfuerzos fueron denodados por sostener el vínculo y una escuela presente con todas las letras. Reconocemos momentos de clara diferencia en esta pandemia. Momentos signados por la incertidumbre y angustia, por lo que los docentes mismos presentaron altibajos en la disposición a las actividades pedagógicas; otros en los que los alumnos mismos renunciaban a los intercambios por video-llamadas.

La distancia ocupó más espacio, tuvo mayor densidad que en otros grupos sociales, puesto que se trata de alumnos que regularmente asisten a una institución que no suele ser la elección primera. Sus matrículas registran una trayectoria de derivación desde escuelas de currículum primario, en las cuales suelen detectarse dificultades para sostener su escolaridad. En numerosas ocasiones, conforme van incrementando la edad cronológica, sus adquisiciones en términos de diferencias inscriptas que den cuenta de aprendizajes, no suelen superar las operaciones simples de lectoescritura. Esta situación se complejiza cuando se trata de adolescentes que van registrando una experiencia acotada (Saraví, 2015) en instituciones que presentan claras dificultades para diversificar sus propuestas, o docentes que extienden libretas escolares en las que registran adquisiciones que los jóvenes mismos no pueden reconver- tir y capitalizar.

Ante estos obstáculos, es el sistema escolar el que posee la discapacidad para ampliar su gramática y ofrecer espacios curriculares que no expulsen ni ficcionen aprendizajes inciertos. Lo que se produce es un mecanismo discapacitante que no aloja al sujeto sino que condena a una trayectoria subalterna con escasas proyecciones de continuidad en niveles que se pretenden inclusivos pero que no logran garantizar las condiciones para ello. Es a partir del seguimiento de las prácticas educativas en período de emergencia global sanitaria como podemos sostener algunos supuestos, luego de haber atravesado ya casi dos años de pandemia por covid-19.

Desde esta experiencia virtual en el trabajo interdisciplinario con alumnos cuyas trayectorias se afilian a estas escuelas de modalidad especial, claramente resuenan los análisis de Saraví al referirse a la experiencia acotada que realizan estos jóvenes. Acotada puesto que en condiciones habituales asisten en el turno mañana, por el plazo de cuatro horas, con una matrícula reducida, con soportes visibles (planes sociales). Los entornos familiares también participan del trabajo interdisciplinario. Se organizan encuentros grupales, un espacio de abordaje de aspectos relacionados al crecimiento de sus hijos, a las dificultades para poner en palabras conflictos y para abordar la ESI², el sentido de realizar la experiencia escolar, la importancia de la participación de la familia en los actos y celebraciones institucionales. Las intervenciones son grupalmente y las entrevistas personales. Esta fue la modalidad que encontramos de construir sentido educativo. Teniendo en cuenta que esta escuela lejos de reducir su propuesta a los alumnos matriculados, abre el espacio al grupo de referencia, convoca, aloja a estos

otros significativos para los jóvenes, ya que parte del supuesto de que los sujetos lo son porque hay una trama discursiva que los preexiste, que los constituye, que los narra. Por lo tanto, atender al entramado extensivo, es una apuesta por sostener lazos subjetivantes.

Una escuela entendida en esos términos, lejos de ser una experiencia reducida, se proyecta en un esfuerzo sostenido por hacer emerger sentido en el espacio ofrecido para el entrecruzamiento.

“(…) se idearon formas de enseñanza alternativas, más apropiadas a las características e intereses de los estudiantes, acordes a su motivación y posibilidades. La historia de los estudiantes y los problemas familiares o personales son tenidos en cuenta no como estigma, sino como dato de la realidad a trabajar y analizar a los fines de idear formas de enseñar diferentes, motivadoras y útiles desde el punto de vista de los jóvenes.” (Meléndez y Yuni, 2018, p. 44).

Seguimos a Saraví al hablar de escuela acotada ya que observamos que la gramática de la escolaridad clásica, incluso entre los mismos padres de nuestros alumnos -padres que si accedieron a una escolaridad de nivel primario, registran trayectorias inconclusas- continúa con significativa presencia.

Aun así, entre sus expectativas respecto a la escolaridad de sus hijos de modalidad especial, insisten los formatos correspondientes a la escolaridad común. Expresan rechazo por otro tipo de proyectos educativos que atienden a la diversificación y que ofrecen diferentes alternativas para que cada alumno pueda elegir de acuerdo a sus posibilidades.

“Así, estas propuestas de inclusión son interpretadas como prácticas que promueven la devaluación de la formación, la indefinición de las finalidades formativas de la escuela o como formas de facilitación que precarizan la calidad educativa (…).” (Meléndez y Yuni, 2018, p. 44)

Esta idea de gramática escolar no revisada es justamente lo más difícil de considerar al interior de las instituciones. Reflexionar sobre las regularidades que gobiernan las prácticas es una deuda que al presente abrigamos. Estudiar la gramática escolar, aquello que se resiste a los cambios, para desnaturalizar colonizaciones en la experiencia escolar, y con ello, en el entramado social. La implantación de un currículum único justamente abrió el juego para la mayor segmentación de la oferta educativa, puesto que todos aquellos que no se adecuan al mismo, terminan por ser derivados a escuelas que ofrecen otros tipos de aprendizajes y cuya organización también difiere.

Circuitos de escolaridad devaluados y de escasa continuidad educativa formal, son las condiciones que nos permiten pensar en la noción de inclusión excluyente como sostiene Bayón (2015). Están inscriptos pero están excluidos del conocimiento formal, con escasos soportes familiares, económicos, con necesidad de trabajar, en condiciones de hacinamiento.

Observamos la inversión que se hace en términos de educación como expectativa de redistribución de oportunidades sociales. Esta idea claramente instituida por la gramática escolar que en tanto dispositivo que distribuye certificaciones y con ello, reconocimientos, tal vez sea lo único común entre los alumnos de los diferentes niveles de educación. Esto da claro testimonio de que la gramática escolar hegemónica asignó los objetos de conocimiento legitimados en tanto verdad extensible, sin reparar en los contextos. Si bien los autores señalan momentos históricos caracterizados por apuestas de diversificar el currículum, sólo tuvieron lugar por momentos circunscriptos. La pregnancia y la fuerza de las elites de las clases dominantes ganan terreno.

Para Saraví (2015), la escuela es reproductora de las desigualdades que se organizan en el contexto social, una especie de caja de resonancia. Pone en entredicho la expectativa social consistente en que por el mero acceso al sistema educativo, ello signifique la posibilidad de reconvertir biografías signadas por el escaso capital y promover el ascenso social.

Tanto Saraví como Bourdieu coinciden en reconocer que a pesar de la creciente masificación del ingreso al sistema educativo de grupos relegados históricamente, las brechas que distancian las posiciones en virtud de los trayectos simultáneos se expanden por lo cual las desigualdades persisten.

Sostener el vínculo escuela-familia-alumnos fue una experiencia por lo más acotada durante el período más sensible de pandemia. Dificultades de acceso tecnológico, condiciones precarias de redistribución de lo familiar por hacinamiento, sumado a las complejidades de la convivencia en condición de aislamiento, redujo aún más el intercambio.

No obstante, se instrumentaron todos los medios posibles para que tanto los docentes como el equipo interdisciplinario participaran de la nueva configuración que tomó la educación en emergencia sanitaria.

Las dificultades referidas nos condujeron a discutir la distribución del acceso a la conectividad como modalidad imprescindible para garantizar el Derecho a la educación. Si bien la distribución de netbooks del Plan Conectar Igualdad no alcanzó a nuestra población por tratarse de una escuela de gestión privada y de modalidad especial, considerábamos —allá por el 2020— que el Estado podría ocuparse de la conectividad.

Conectividad digital para los alumnos de la escolaridad acotada, significa participar activamente por la promoción subjetiva, por poner un tope a sus historias de acumulación de desventajas que más que nunca producen como efecto lo que Bayón (2015) denomina inclusiones excluyentes, modos de estar en la escuela un tanto cuestionadas.

De alguna manera, esta adversidad que atraviesa la humanidad recrudece la discusión en torno a la inclusión educativa, y en nuestro caso en particular, de los alumnos de la escuela especial “desconectados” o vagamente virtualizados.

El 28 de Agosto de 2020, desde presidencia de la Nación se publicó el decreto 690/2020, en claro reconocimiento a las mencionadas desigualdades contemporáneas y a la regulación de la tarifa de las telecomunicaciones. Con posterioridad, durante el 2021, los docentes percibimos el aporte del Estado bajo el ítem Conectividad Nacional en tanto compensación por la inversión realizada para sostener la educación virtual.

Cabe preguntarse si el acceso a la conectividad digital logrará distribuirse en una misma solidaridad a los grupos sociales altamente desfavorecidos, o si tendremos que pensar que la conectividad será el nuevo factor sobre el cual descansa la reproducción de clases, o lo que con Charles Tilly (2000) llamaríamos desigualdades persistentes entendidas como el producto calculado de los efectos emergentes a dicha proyección.

Declinando la premisa, encontramos lo que el Tilly denomina pares categoriales, en nuestro caso hablaríamos de los conectados y los desconectados, en tanto distribuciones simbólicas —pero también materiales— que organizan y actualizan la reproducción instituida de relaciones de poder.

Por ello, situamos las prácticas escolares en el contexto de las prácticas sociales, pero también políticas ya que detrás de una

decisión, detrás de toda participación, se traduce una posición que condiciona la percepción, y con ello, la representación.

La palabra produce aquello que nombra como diría Braunstein (2013). Le da existencia a nivel de la re-presentación. Le permite estar simbólicamente en ausencia de la cosa misma. Produce un agujero en lo real del cual extrae su materialidad discursiva. Ese poder de nombrar se inscribe desde posiciones prescriptas en la estructura que preexiste a su advenimiento. Habilita un lugar vacante organizado para ser habitado, a partir del cual efectuar el etiquetamiento, poner en acto la clasificación.

Al decir de Braunstein (2013), nadie escapa al dispositivo, ni el clasificado ni el clasificador. Uno y otro se inscribe en una dialéctica que reproduce el sistema al que quedan enlazados. Estas categorizaciones condicionan nuestros modos de percibir, y con ello de disponernos al trabajo escolar.

En los casos remitidos, observamos una docencia dedicada en disímiles disposiciones. Esta diferencia se acomoda en virtud a los heterogéneos contextos, enmarcando las estrategias en los modos de acceso a lo virtual que poseen los grupos. Estas prácticas en las cuales —como diría Braunstein (2013), los actores que participan no saben muy bien lo que hacen, desconocen los efectos y los presupuestos que dan marco a sus performances profesionales— operan reproduciendo y al mismo tiempo legitimando las desigualdades sociales.

Estos mecanismos que al decir de Saraví, ubican sus estrategias en lo escolar para alcanzar a lo social en general en tanto organización, ponen en riesgo la exclusión de grupos sociales. Si bien puede ponerse en entredicho la noción de inclusión educativa con todas las letras en algunos casos, la pandemia arrasó esos territorios para poner en serias condiciones las gramáticas subalternas y los modos de participar de lo escolar.

La posición docente emerge como el lugar desde el cual se articula el encargo social, que tiñe las percepciones y disposiciones de los mismos profesionales, asegurando en sus actos cotidianos lo que Tilly (2000) denomina desigualdades persistentes cuando no se erige en una de las principales causas de desvinculación.

Esta posición controvertida ocupa la práctica docente toda vez que se asume y se confirma desde un lugar de poder asimétrico que el dispositivo escolar —pero también social— ofrece. De esa manera se invisibiliza la violencia simbólica que distribuye al no convocar y sostener la propuesta de aprendizaje desde una habilitación a la participación del semejante, en una especie de sesión, de apertura para que el otro, sea.

La democracia del acto pedagógico se ve cuestionada puesto que esta distancia sanitaria, al poner en marcha el recurso a la comunicación e intercambio virtual, la gramática escolar clásica recrudeció la apuesta. Lo pedagógico, en los casos aquí considerados, se redujo a impartir consignas de trabajo con escasa participación dialéctica de los alumnos.

Ubicado en el contexto más amplio, resulta poco sorprendente puesto que al mismo tiempo en que se expande el alcance global de la pandemia —y con ello se elimina del planeta a los menos “equipados” de recursos defensivos— se viraliza e infiltra en las prácticas educativas la lógica neoliberal.

El contexto hace texto al interior del dispositivo escolar. La violencia ocupa posiciones. La docencia da muestras de haber hecho carne el imperativo. El tránsito por el sistema educativo ya hizo de las suyas. Se ejerce poder en las representaciones sociales que, producto del habitus bourdeseano, actualizan la reproducción de enunciados, efectos de la interiorización de modos históricos de ser

sujetos de lo escolar.

En la escuela especial se observó una docencia ocupada en una suerte de administración de enunciados consignas por lo demás excesivas. Operó un corrimiento del lugar de ejercicio de la enseñanza, para atribuir a los padres tutores tal destreza sin considerar el analfabetismo limitante de los entornos familiares. Este desplazamiento atenta contra el sentido que la escuela puede recrear para los alumnos y el entorno social. Como emergente encontramos la notoria dificultad en reflexionar en torno a tales procedimientos puesto que de esa manera actualizan relaciones de dominación social sin una intención deliberada.

Decimos que la pandemia profundizó la brecha entre condiciones de vidas fragmentadas ya que ante una situación tan crítica, los diversos grupos poseen capitales también disímiles para enfrentar las adversidades.

Como diría Saraví (2015), los procesos de acumulación de ventajas terminan consolidándose en privilegios si pensamos que los universitarios de la privada tuvieron las condiciones garantizadas para dar continuidad a sus procesos de enseñanza, que ante la alteración del espacio físico por la pandemia, mudaron a la virtualidad. En este contexto atípico termina siendo un privilegio lo que se significaba en tanto recurso.

Del otro lado de la fragmentación, los alumnos de la escuela especial, provenientes de sectores en los que prima la acumulación de desventajas (Saraví, 2015), entendidas como privaciones históricas de accesos a bienes de consumo, carencia de recursos económicos, materiales, condiciones salariales aseguradas, deficiente capital cultural y social, analfabetismo, vivienda precaria y hacinamiento. Están marcando la agenda de la emergencia educativa, en términos de Castel (2010), delimitando la nueva cuestión social.

Lo situamos de esta manera ya que si bien la escuela continuó brindando la vianda alimentaria, la pérdida se computa en el tablero de la experiencia escolar. A pesar de situar curricularmente la oferta en términos de trayectoria de baja intensidad, la escuela significa un espacio simbólico de encuentro con la exogamia, una oportunidad de convivir con otros, un engarce furtivo, una condición de lazo social por fuera de lo familiar.

Castel (2010) plantea que las políticas económicas-sociales de la globalización se destinaron a acrecentar la producción, esto es, maximizar las ganancias con menor inversión. Por ello, es oportuno insertar en este mismo razonamiento a la pedagogía de la virtualidad.

No tardarán las propuestas en pretender abolir la infraestructura edilicia, reemplazar al docente por un recurso tecnológico, la propiedad intelectual misma ya que el registro de la clase sincrónica se circunscribe a la plataforma brindada por la institución educativa. Puesto en perspectiva, el negociado es magnífico. No obstante, dada la condición de excepción que globalmente padecemos, si no fuera por el recurso a la tecnología, reconocemos que la escuela estaría suspendida.

Pero, una vez concluida la emergencia sanitaria, en un deseable escenario pos pandemia, tal vez otro debate sea necesario dar en cuanto a los beneficios de una educación que pende bajo los términos y condiciones del algoritmo.

Referentes nacionales en materia de tecnología educativa proponen repensar la construcción del aula, con una lógica inherente a la distopía. A esta propuesta destinada a revisar el paradigma clásico de las apuestas didácticas tal vez le adeude explicitar que toda decisión en educación vehiculiza un modo de traficar con la

ideología que nos habita, con una propuesta cuya eficacia mayúscula logra invisibilizarse para garantizar su cometido.

Queda pendiente revisar algunas propuestas que aterrizan en el campo educativo para hablar de una auténtica reinención de las prácticas y no una mera extrapolación de un discurso válido para un contexto, pero impropio para otro.

Lejos de desconocer que el discurso educativo estaba anquilosado en una gramática porfiadamente hegemónica, un tanto rígida, con poco margen para soportar la pulseada a la que nos enfrenta la vertiginosidad de la sociedad del consumo y la economía del intercambio, cabe abrirse al debate respecto a no ceder las conquistas alcanzadas—que son político-ideológicas—y rendirse ante el régimen amo del algoritmo.

Advertimos el riesgo ante la futura cuestión social, ya que podría certificar la expulsión de los más vulnerables, de aquellos cuyas trayectorias escolares de baja intensidad podrían precipitarse. Caeríamos otra vez en la trampa de la individualización, haciéndolos responsables, cuando claramente emergen como efectos de los procesos de exclusión que los mismos contextos habilitan. De esta manera, ya desde el diseño se pone en cuestión el Derecho a la educación para los diferentes segmentos. Con nuevos excluidos ¿Cómo pensar en la construcción de lo común?

La educación en entornos virtuales nos lleva a repensar con Saraví (2015) sobre la inclusión desigual y la exclusión recíproca. El autor plantea la exclusión no sólo como el riesgo que comporta para los más desaventajados, sino que también alcanza a aquellos cuyas biografías privilegiadas los distancian de la posibilidad de ubicarse en el lugar del otro. Se reproduce el desconocimiento entre los grupos que no construyen ni comparten un hábitus de clase. El diálogo queda interrumpido. Se consolida lo que Saraví (2015) denomina cierre social. Los muros simbólicos se erigen en claras delimitaciones.

Si bien en la escuela especial había un grupo de chicos con escolaridad de escasa intensidad, esto es, numerosas inasistencias, baja disposición para el aprendizaje, o que asisten al establecimiento sin elementos escolares, durante la pandemia se agudizó esta situación. Algunos rechazaban las video-llamadas de los docentes, otros no realizaban la consignas de trabajo solicitadas. Resolvieron virar la estrategia, y con ello, la tarea docente tomó otro sentido. Se circunscribe al acompañamiento y contención del grupo. En estos términos, la escuela cumple una función. “Se sostiene el discurso de la inclusión pero entendiendo a la escuela como compensadora de supuestas carencias del contexto social de los estudiantes y, en este marco, adquiere un sentido particular la tarea de educar.” (Chávez, Fuentes, Vecino; 2017, p.27)

Al respecto, tal vez se pueda hacer lugar a la cuestión de qué sucede con los que quedan excluidos, puesto que parece recaer la responsabilidad en un individualismo, en un no haber logrado permanecer, lo cual desresponsabiliza al entorno del que forman parte.

“(…) se responsabiliza a los propios sujetos por el éxito o el fracaso en el recorrido escolar, (...) leyendo negativamente las condiciones individuales de los sujetos que abandonan y no se reinsertan rápidamente.” (Chávez, Fuentes, Vecino, 2017, p.34)

Quizá el sentido primordial de la reflexión institucional pueda conducirse con arreglo a trabajar sobre aquellos aprendizajes y reproducciones del ejercicio docente que tienden a consolidar en los alumnos posiciones subalternas que se naturalizan y ofician de profecía auto cumplida, segmentando grupos escolares —pero también sociales—.

Adeudamos el análisis de Saraví (2015) respecto a ocuparnos del sujeto de la desigualdad, revisar nuestras prácticas en instituciones educativas a partir de las condiciones contextuales. Discutir las condiciones que podrían excluir a los estudiantes, es otra función docente de gran relevancia y no sólo aplicar lo que se discute en otros contextos y extrapolar soluciones que desconocen las realidades diversas. Decimos esto sin colocar en la educación la supuesta respuesta ante las desigualdades de origen, sino apostando para que las estrategias mismas no signifiquen un acrecentamiento de las desventajas de las que se parte.

Proponemos mirar la desigualdad tomando el recurso a lo digital en educación. En esta "sociedad de los individuos" tal como la concibe Castel (2010) unos se encuentran provistos de recursos y otros quedan desligados, sin cobertura, descolectivizados y con ello, no representados en sus condiciones. "(...) la exclusión social no es un "estado" de los sujetos, los grupos y/o territorios sino una condición ligada a las relaciones sociales (...)" (Gluz Y Rodríguez Moyano, 2018, p.8).

Saraví (2015) reconoce que la desigualdad no se reduce a un solo aspecto a ser mirado, por ello sugiere atender a los procesos sociales considerando que las nuestras son sociedades históricamente desiguales, en las que las condiciones de vida se difieren al punto de llegar a constituirse en fragmentos diferenciales. Plantea la necesidad de mirar la fragmentación social en el punto de convergencia entre la exclusión social y la desigualdad social.

Reflexionar tomando a la conectividad en tanto gran disposición que en educación vino a distribuir y condicionar aun más las disposiciones de los grupos sociales de los cuales nos ocupamos que ya eran profundamente desiguales. Abogar por la constante revisión sobre el uso y los efectos sociales que comporta, sobre nuestro rol docente en situación para proyectarnos en una labor que tienda a la inclusión real y no sólo discursiva, es la tarea que se recorta.

Que las nuevas condiciones de educar no signifiquen acrecentar las condiciones de exclusión de los más desfavorecidos, sumando obstáculos en la brecha que se ensancha, particularmente para los grupos en persistente acumulación de desventajas que Saraví entiende en términos de privaciones. "(...) la acumulación de desventajas consolida espacios de inclusión desfavorable (...)" (Saraví, 2015, p.37)

Castel (2010) se refiere a los soportes tanto de propiedades como de derechos sociales. Justamente por ello, revisar nuestras prácticas puede significar una apuesta por bregar por el derecho a la educación y a la prevención de una mayor distribución desigual de los soportes. En este punto, podemos articular la mirada de Tilly sobre las desigualdades persistentes analizadas desde pares categoriales. En este caso, se trataría del acaparamiento del recurso digital por parte de un grupo con alta disponibilidad en detrimento de otro. Pero no se trata sólo del acceso, sino que ello es condición de la garantía del derecho a la educación e inclusión social.

Meléndez y Yuni (2018) reconocen que las políticas que bregan por la inclusión educativa implican exigencias nuevas a la gramática escolar, puesto que ya tenía que enfrentarse al problema del desgranamiento y la falta de acceso. Destacan la oportunidad de mirar la diversidad de contextos como punto de partida para pensar alternativas pedagógicas y curriculares que respeten las condiciones de cada grupo. De ese modo, evitaríamos la peligrosa homogeneidad que se tiende a validar como la única independientemente de los entornos.

No obstante, la naturalización de la meritocracia como medida universal de estandarización de reconocimientos de saberes, juega su partida y tensiona —y cuestiona— la emergencia de otras

gramáticas posibles.

"Es esta invisibilización la que contribuyó a la configuración de la ficción subjetiva (...) al ocultar los mecanismos simbólicos y materiales que sostienen a los individuos en el mundo social, negando su existencia y legitimando las jerarquías y desigualdades." (Gluz, Rodríguez y Rodrigo, 2019, p.28)

Esto lo observamos en las experiencias referenciadas en este trabajo, puesto que se juega dicho parámetro en la consideración subalterna del currículum de modalidad especial, y en condiciones de pandemia.

Se observa claramente cómo la educación reproduce la desigualdad social ya que las instituciones de gestión privada pudieron sostener la educación invirtiendo en paquetes de datos de internet para su grupo de estudiantes, no ocurriendo similar oportunidad para las demás.

Al respecto, Cristina Bayón viene a señalar la condición de integración excluyente para estos grupos sociales desfavorecidos que "(...) antes que estar excluidos, están integrados de manera excluyente." (Bayón, 2015, p.2). Por ello, si la escolaridad por un espacio de tiempo expandido será virtual, el acceso a la conectividad se consolida como uno de los tantos objetos a ser discutidos para morigerar la desigualdad, puesto que los más desfavorecidos tienden a ubicarse en una condición subalterna en la que están pero al mismo tiempo no están, esto es, se integran pero como la autora diría, de un modo excluyente. Chales Tilly (2000) apuesta por una perspectiva relacional de la desigualdad mirando categorías que actualizan las condiciones de explotación, acaparamiento de oportunidades, emulación y adaptación:

"Los mecanismos causales cruciales subyacentes a la desigualdad categorial (...). Actúan en los dominios de la experiencia colectiva y la interacción social." (Tilly, 2000, p.37)

En sintonía, Martuccelli (2007) cuestiona la noción de individuo concebido como un ser autosuficiente, propio de sí mismo, que no requiere soportes externos, en saga con el modelo del "individuo soberano", como categoría delimitante entre los unos y los otros. Para el autor, dichos soportes no son sólo materiales, sino imaginarios, simbólicos, redes de dependencia. "Todos los individuos se sostienen en la medida en que están sostenidos por soportes, pero los soportes son juzgados de manera muy distinta en función de las situaciones sociales." (Martuccelli, 2007, p.89)

Por ello, nuestro rol docente nos convoca a propender discutir el acceso a los soportes digitales necesarios para que los grupos fuertemente afectados por privación de capitales sociales y culturales, tengan asegurado el derecho a la educación evitando soluciones que atenten contra la salud y pongan en riesgo sus vidas en condiciones de pandemia y pos pandemia.

Los riesgos son tan ominosos como tentadoras son las ganancias que las tecnologías garantizan a las multinacionales en su afán por apropiarse del objeto educación. El anzuelo fue lanzado. El debate también.

Referencias Bibliográficas

- Bayón, M. (2015). La integración excluyente. Experiencias, discursos y representaciones de la pobreza urbana en México. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales: Bonilla Artigas Editores.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. En, Sociológica. UAM. México. Número 5, pp.11-17.

- Bourdieu, P. (2006). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus. Pp.113-165.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría. Deséeme*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Castel, R. (2010). *Una gran transformación*. En, *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Pp.15-29.
- Chávez, M.; Fuentes, S.; Vecino, L. (2017). *Merecer la escuela. Fronteras en una escuela secundaria de sectores populares*. En, *Experiencias juveniles de la desigualdad*. Editorial: CLACSO. Buenos Aires. 13-34.
- Chávez, M.; Fuentes, S.; Vecino, L. (2017). "Según qué para quién y depende de su esfuerzo": fronteras y lógicas de merecimiento con jóvenes de sectores populares. En, *Experiencias juveniles de la desigualdad*. Editorial: CLACSO. Buenos Aires. 13-34.
- Foucault, M. (1990). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Gluz, N.; Rodríguez Moyano, I. (2018). *La obligatoriedad desafiada ¿Quién abandona a quien? La exclusión de lxs jóvenes en Condición de Vulnerabilidad*. Archivos analíticos de Políticas educativas, Volumen 26, número 162, 3 de diciembre de 2018.
- Gluz, N.; Rodríguez Moyano, I. (2019). *Entre las políticas de "inclusión" y la igualdad meritocrática de oportunidades. Experiencia estudiantil en escuelas técnicas en contextos de crisis de los modelos de justicia escolar*. Identidades, número 17, octubre de 2019, pp.22-42. ISSN 2250-5369
- Lacan, J. (2005). *Función y campo de la palabra y el lenguaje*. En, *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Martuccelli, D. (2007) *Por una sociología de los soportes*. En, *Cambio de rumbo. La sociedad a escala del individuo*. Santiago de Chile: LOM. Pp.63-98.
- Melendez, C. y Yuni, J. (2018). *Desafíos de las políticas de inclusión socio-educativa a la matriz del orden escolar*. En, *La interpelación de las políticas de inclusión a la gramática escolar de la escuela secundaria argentina*. Archivos Analíticos de Políticas Educativas. Pp.31-50.
- Presidencia de la Nación. (2020). *Plan Nacional de conectividad "Conectar"*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-presento-el-plan-nacional-de-conectividad-conectar> Consultado el 14 de Octubre de 2020.
- Presidencia de la Nación. (2020, 21 de Agosto). *Ley número 29.078. ARGENTINA DIGITAL Decreto 690/2020*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233932/20200822> Consultado el 14 de Octubre de 2020.
- Presidencia de la Nación. (2020). *PROGRAMA CONECTAR IGUALDAD Decreto 459/10*. Boletín Oficial. <https://dges-cba.infod.edu.ar/sitio/programa-conectar-igualdad-decreto-459-10/> Consultado el 14 de Octubre de 2020.
- Saraví, G. (2015). *De la desigualdad a la fragmentación*. En, *Juventudes fragmentadas. Socialización, clase y cultura en la construcción de la desigualdad*. México: FLACSO. Pp. 25-51.
- Saraví, G. (2015). *La escuela total y la escuela acotada: construyendo los mundos de la desigualdad*. En, *Juventudes fragmenta-*
- das. *Socialización, clase y cultura en la construcción de la desigualdad*. México: FLACSO. Pp.57-104.
- Tilly, C. (2000). *De esencias y de vínculos*. En, *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Manantial. Pp.15-33.

La Guerra como Expresión de la Violencia en la Época Actual: una Lectura Psicoanalítica

Por: Luciana M. Pereyra

Lic. en Psicología. Ex residente de Salud Mental en Santiago del Estero (2018-2022). Actualmente jefa de residentes de psicología en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial "Dr. Domingo Cabred" (Opendoor, Luján, Pcia. De Buenos Aires).
Maestranda en Clínica Psicoanalítica (Universidad Nacional de San Martín – Buenos Aires).

Introducción

*"La guerra es una vivencia demasiado íntima.
E igual de infinita que la vida humana..."*
(Svetlana Alexiévich, 1985;2015)

Pensar la guerra desde el psicoanálisis de orientación lacaniana implica pensar la época actual, signada por la violencia. Incluso recientemente el mundo se ha visto atravesado por una Guerra, a saber, Rusia – Ucrania. Las guerras, a nivel mundial, parecen marcas indelebles de una historia cargada de horror. En nuestro país, la Guerra de Malvinas aún sigue mostrando consecuencias, como un trauma colectivo, un síntoma social.

Ya Freud intentaba responder *por qué la guerra* en 1933 a su contemporáneo Albert Einstein, y sus líneas dejan entrever la preocupación que esta le generaba. Si bien el psicoanálisis se constituye como una clínica de lo singular, como reverso de una época en la que priman diversas clasificaciones que parecen dejar al sujeto de lado, esta época actual, neoliberal, que toca transitar al sujeto contemporáneo, no puede ser dejada de lado, ya que el sujeto no está exento de sus cambios, sus movimientos, sus impasses.

Afirmaba Lacan en una conocida expresión: *"Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época"* (Lacan, 1953;2015). Al hacer referencia a la subjetividad de la época debe considerarse un marco discursivo atado al tiempo que toca transitar, tanto a quien habla, como a quien escucha. Y en esta época se debate, en todos los ámbitos, de la violencia y su necesidad

de erradicarla, cuando desde el psicoanálisis se propone pensar su función para cada quién: abordarla como síntoma contemporáneo, en lo social y lo subjetivo. Se propone en el presente escrito realizar una lectura de la guerra en la época actual, a la luz del psicoanálisis de orientación lacaniana.

La guerra, la violencia, la subjetividad de la época: el psicoanálisis y sus aportes

La violencia no es un fenómeno capaz de ser explicado por las leyes de la naturaleza, como la biología. Como Freud (1929) enuncia en *"El malestar en la cultura"*, tras haber sido atravesados por las leyes del lenguaje y de la cultura, no hay en los seres humanos acto que de ellos quede fuera.

Freud da, a lo largo de su obra, algunas coordenadas vitales para pensar la violencia. Para situar algunas:

1. La pulsión de muerte como inherente a todo sujeto, siendo esta indomesticable. Si bien Freud en un primer momento de su obra afirmaba que el principio de placer era el que regulaba el organismo, a partir de 1920, año de publicación de *"Más allá del principio de placer"*, esta concepción cambia, ya que introduce el concepto de pulsión de muerte: no todo es tendencia a la satisfacción, hay algo más allá del placer, hay satisfacciones que no implican ningún bien.

2. En *"El malestar en la cultura"* (1929) ubicará al otro como un destino para la agresión: *"[...] explotar su fuerza de trabajo sin resarcirlo, usarlo sexualmente sin su consentimiento, desposeerlo de su patrimonio, humillarlo, infligirle dolores, martirizarlo y asesinarlo. Homo*

*homini lupus*¹". Es decir que la violencia se enlaza a la pulsión de muerte de manera directa.

3. En "¿Por qué la guerra?" (1932), correspondencia entre Freud y Einstein, el físico le pregunta a Freud si existe un modo de canalizar la agresividad del ser humano y armarlo mejor psíquicamente contra sus apetitos de odio y de destrucción, a lo cual Freud lo invita a cambiar el término fuerza por violencia, siendo este último, a su modo de ver, más incisivo. Asimismo, le dirá que la guerra es un desborde de la pulsión de destrucción, por lo que habría que apelar a lo contrario (Freud, 1932;1992). Aparece así la guerra como expresión viva de la violencia, en su sentido más destructivo.

La violencia es tratada por numerosas disciplinas, ya que se presenta como un fenómeno que se ha inmiscuido, infiltrado en una gran variedad de ámbitos, públicos o privados, tanto si esta ha sido ejercida, como vivida en carne propia por un sujeto. La violencia no es un tema que se recorta y se separa de la experiencia humana, es inherente a esta y se cuela de manera incisiva, como ya Freud adelantaba. Sea esta de modo feroz o tenue, independientemente de su ámbito y legalidad, se trata de ver qué implicancias inconscientes para cada quién conlleva la violencia.

Lacan también ha desarrollado en diversos momentos de su obra, pero solo se tomará en el presente escrito lo que incluyó en su escrito "La agresividad en 'psicoanálisis'" (1948), texto que recopila cinco tesis en torno a la agresividad. Este texto, publicado en *Los Escritos*, data de los inicios de su enseñanza, período pre estructuralista.

Lo primero que ubicará es una sutil diferencia entre agresividad y violencia. La violencia excluye a la palabra y al diálogo, mientras que la agresividad puede sostenerse en las distintas modulaciones discursivas que implica esa convención. (Marotta, 2020)

En la tesis número cinco, quizás la tesis que más aborda la cuestión social, habla del progreso, el cual está asociado a los avances y al conflicto, colocando en su centro a la teoría del Amo y el Esclavo.

"Es del conflicto del Amo y del Esclavo de donde deduce todo el progreso subjetivo y objetivo de nuestra historia, haciendo surgir de esas crisis las síntesis que representan las formas más elevadas del estatuto de la persona en Occidente, desde el estoico hasta el cristiano y aún hasta el ciudadano futuro del Estado Universal." (Lacan, 1948;2015:124)

La pulsión de muerte en la cultura es factible de ver en numerosas situaciones, pero la guerra es, sin lugar a duda, su mayor desborde, donde ésta última se halla de manera más descarnada. Pareciera, acorde a la tesis de Lacan, que hay un sustento social que justifica esta agresividad, en la cual estaría este llamado progreso.

El sujeto neoliberal, la época actual: ¿Guerra como Ideal?

Si bien en el apartado anterior se pueden apreciar algunos esbozos con relación a la subjetividad de la época, es menester dedicarle un párrafo aparte a ésta y sus avatares, una época en la que no estamos exentos de la guerra, sino que pareciera estar más presente que nunca.

Asistimos una época que Jacques-Alain Miller y Eric Lauren han dado en llamar "del Otro que no existe". Esta afirmación acerca de la inexistencia del Otro se caracteriza por la falta de una seguridad sobre las ideas, la tradición. Una debilitación acerca del orden simbólico que otrora regulaba. Tanto Miller como Laurent

abordan la cultura contemporánea para poder explicar la subjetividad de la época y la de la época específicamente del Otro que no existe: nos dan las coordenadas de la caída del padre, de las referencias, los grandes relatos, del saber (Miller & Laurent, 1997;2005). Se asiste a un desmoronamiento de las ideologías, con un hundimiento del Nombre del Padre, lo cual tiene efectos de desorientación de los sujetos contemporáneos.

La época actual está signada por el neoliberalismo, discurso imperante en el que prima el individualismo, la productividad, representa la creación de un individualismo de masas. En cada región tiene sus particularidades: se encontrarán diferencias entre, por ejemplo, Europa y América Latina.

Resulta interesante en este contexto, el alistamiento a las guerras. Ya Freud realizó un extenso estudio con relación a las neurosis de guerra, que dio pie para todo su desarrollo sobre la pulsión de muerte (Freud, 1920;1992). ¿Es factible pensar que el alistamiento de un hombre a una guerra responde a un individualismo de masas, al discurso neoliberal? Si el discurso neoliberal se muestra sin fisuras, la orientación por este resulta el camino más viable de seguir, siendo el psicoanálisis su claro reverso.

De manera análoga a lo que se está planteando, Jacques-Alain Miller ha afirmado que el Islam ha servido como guía para los jóvenes desorientados en Europa. En su texto "En dirección a la adolescencia" (2015), realiza un interesante desarrollo al respecto, marcando como una curiosidad el hecho de que jóvenes, que no tenían nada que ver a nivel de los orígenes familiares con el Islam alistaron al islamismo. La hipótesis que sostuvo Miller fue que el Islam es lo que permaneció intocable frente a las mutaciones del orden simbólico en occidente. Por lo tanto, ante la desorientación general del sujeto contemporáneo, el Islam aparece como un salvavidas, sobre todo para los adolescentes (Miller J.-A., 2015).

Ante esto, es factible pensar que la guerra, existente desde tiempos inmemorables, se ha colocado como algo inmovible y sirve de salvavidas en un mar de desorientación ante el debilitamiento de lo simbólico en la época actual. Se ha consolidado, en algún punto, como un emblema en esta época, que usa a la violencia en el nombre de un ideal.

Conclusiones: ¿Qué puede ofrecer el psicoanálisis?

Ya lo dijo San Agustín: "Los mismos amantes de la guerra no desean más que vencer, y, por consiguiente, ansían llegar guerreando a una paz gloriosa" (Ciudad de Dios, Libro XIX pág. 1393)

La guerra por la paz, la paz por la guerra, la violencia ubicua, la pulsión de muerte en la cultura. Múltiples caras de una misma moneda, reflejo de la época actual.

¿Cuál es nuestra posibilidad de trabajo desde el psicoanálisis? ¿Qué podemos ofrecer en nuestra orientación? Aparece aquí el psicoanálisis como una brújula en la desorientación del sujeto contemporáneo.

Yendo de lo social a lo individual, y viceversa, se vuelve menester pensar qué función tendrá para quien la violencia, y el analista tendrá que ingeniárselas para ofrecer nuevos significantes ante esto. Significantes particulares que quizá el sujeto no ha llevado al análisis, pero pueden servir de sostén, de orientadores. Para poder bordear lo real, tiene que existir un sustento simbólico sobre el cual operar.

Si la violencia excluye al diálogo, a la palabra, aparta la

¹ El hombre es un lobo para el hombre, Thomas Hobbes.

posibilidad de ser interpretada. Por lo tanto, ofrecer nuevos significantes particulares que orienten a cada quien se vuelve necesario para hacer existir el psicoanálisis, independientemente del ámbito en el que este se practique.

Referencias Bibliográficas

- Freud, S. (1920;1992). *Más allá del principio del placer*. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1930;1992). *El malestar en la cultura*. En S. Freud, *Obras completas volumen XXI* (págs. 57-140). Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1932;1992). *¿Por qué la guerra?* En S. Freud, *Volumen 22 (1932-36). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras* (págs. 179-198). Editorial Amorrortu.
- Hipona, S. A. (1958). *La Ciudad de Dios libro XIX*. Editorial : BAC.
- Lacan, J. (1948;2015). *La agresividad en Psicoanálisis*. En J. Lacan, *Escritos 1* (págs. 107-129). Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1953;2015). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En J. Lacan, *Escritos 1* (págs. 231-309). Siglo XXI Editores.
- Marotta, M. (2020). *La violencia lacaniana*. En E. Derezensky, C. D. García, M. Marotta, & G. Ruiz, *VEL Violencia Estudios Lacanianos* (págs. 12-23). Ediciones Niño Oscuro.
- Marotta, M. (03 de 01 de 2022). *La violencia neoliberal y su sujeto*. La libertad de la pluma. Disponible en <http://lalibertaddepluma.org/marcelo-marotta-la-violencia-neoliberal-y-su-sujeto/>
- Miller, J. A., & Laurent, E. (1997;2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Editorial Paidós.
- Miller, J.-A. (2015). "En dirección a la adolescencia" . En J.-A. Miller, *De la infancia a la adolescencia* (págs. 37-50). Editorial Paidós.

El Trabajo con el Sujeto en la Clínica de las Adicciones

Por: Taboada, Adriana Soledad

Psicóloga (U.N.T.), Especialista en evaluación y diagnóstico psicológico (U.N.T.), egresada de la Residencia de Especialización en Drogadependencias (SI.PRO.SA.).



"Juanito dormido" (1974). Antonio Berni

Introducción

A partir de este escrito tengo el propósito de transmitir la experiencia adquirida con respecto a la clínica de pacientes con problemáticas de consumo. Presentaré un caso clínico abordado durante mi pasaje como residente, en un Centro de Rehabilitación para Adictos de Tucumán, el cual debido a su complejidad generó inquietudes y preguntas que intentaré abordar realizando una lectura a partir de los aportes del psicoanálisis.

Dicho dispositivo de internación cuenta con la particularidad de ser en comunidad, a puertas abiertas, donde los pacientes deciden por voluntad propia internarse para realizar tratamiento, pudiendo levantar su consentimiento en el momento que consideren necesario. Su objetivo es la recuperación de pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas, favorecer su reinserción social y el sostenimiento de un tratamiento ambulatorio.

Los consultantes que asisten son atendidos a partir de un espacio previo, la admisión, donde se realiza una serie de entrevistas a fin de evaluar los criterios de internación. Aquí se apunta poder construir una pregunta acerca de su problemática.

El tiempo de internación no se encuentra estipulado, si bien a partir de la ley 26.657 se establece que sean lo más breve posible y considerándola como último recurso, este es variable, de acuerdo al caso por caso, del tiempo subjetivo y el circular de cada paciente en la internación. Sin embargo, el máximo considerado es

un año. Durante la internación el paciente contará con un acompañamiento individual por medicina general, psicología y psiquiatría, además de diferentes ofertas grupales con talleres obligatorios (huerta, educación física y escuela) y optativos. Considerando a estos como una herramienta central.

Si bien la institución presenta estas características en la internación, como forma de tratamiento, deberá comenzar a repensar y orientar su oferta según lo estipulado por la ley Nacional de Salud Mental, a fin de superar la lógica asilar monovalente en Salud Mental debiendo "adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos" (art.27). Este punto generó en mí interrogantes como ser ¿por qué aún sostenemos la internación como modo de abordaje? ¿de qué se trata esta oferta de abordar lo individual y lo grupal que propone la institución? ¿Qué efectos puede tener en este paciente?

A partir del caso que desarrollaré a continuación intentaré abordar estas preguntas.

Un encuentro con lo real

H., de 25 años, llega para admisión a inicios de octubre, acompañado por su hermana y la secretaria de un legislador de la zona en la que viven. Se presenta en condiciones impactantes, descuidado, poco aseado y con bajo peso, casi cadavérico. Cabe destacar, que muchas veces los pacientes que asisten, están

clínicamente comprometidos, con graves situaciones de vulnerabilidad, situación de calle, conflictiva familiar, causas legales y gran dependencia a la sustancia.

Al iniciar la entrevista de admisión, se le solicita su documentación, su hermana refiere, *“él no tiene documento, él nació en la casa, nació muerto”*. Ante mi sorpresa explica que por haber nacido en su hogar no pudo ser inscripto. Esta expresión llama mi atención, preguntándome desde ese momento *¿cómo impacta esto en la subjetividad?*

Continuando con el motivo de su consulta, H. refiere que *“le pidió ayuda a su hermana ya que quiere cambiar y no andar en la calle”*, a su vez manifiesta que *“siente que lo discriminan después del accidente”*. Considera al crack como la sustancia que le genera más complicaciones, consume *“de todo”* con su hermano A. (menor que él, con quien vive) con un sobrino o con sus amigos.

Su hermana indica que muchas veces la gente con la que consume lo golpea para quitarle el dinero o las drogas. Esto le genera enojo y termina rompiendo las cosas de su casa. En cuanto al accidente, comenta que hace unos 7 años atrás saliendo de trabajar un auto lo atropella por la ruta y lo deja abandonado, pasando 3 meses en coma, tiene una cicatriz de 62 puntos por una cirugía donde se le coloca una placa de titanio.

Se indaga acerca de la presencia de fenómenos, explica que escucha voces de mujeres y niños que le piden auxilio y un zumbido de varios años. También ve sombras por su casa que lo lleva a deambular durante las noches. Las dificultades diagnósticas en esta instancia era no poder diferenciar si se trataba de fenómenos por consumo, secuelas neurológicas o estructurales que por el momento decidí dejar en pausa.

Ante la situación del paciente, decido transmitírsele a la médica clínica a fin de considerar la viabilidad de la internación, la misma decide ampliar el pedido de estudios, complementando con exámenes neurológicos y del oído. En reunión de equipo se trata la situación de H. y se decide su internación, a fin de poder asistir ese cuerpo deteriorado. Previo al ingreso, se transmite la situación al coordinador de los operadores, con el propósito de poder armar como estrategia, un acompañamiento del paciente desde su ingreso. Se seleccionan dos compañeros guías que puedan sostenerlo y acompañarlo, sobre todo durante sus primeros días, además de trabajar con el equipo de operadores acerca de la situación, debido a la preocupación de que el alejamiento de su familia genere el abandono del tratamiento.

H. ingresa a la institución con 43 kg, una de las primeras medidas era poder asistir ese cuerpo enflaquecido y desmejorado. Sus estudios indican, bajo peso, anemia estructural y perforación de tímpano con hipoacusia. Aparece así un cuerpo en carne viva, sin investiduras, asoma una dimensión real, más allá de lo simbólico. Durante los primeros días manifestará estar preocupado porque su hermano estaría solo, se presenta angustiado, aislado y con intenciones de irse. Con relación a esto dice: *“he perdido varios hermanos, no quiero perder uno más”*. Intervengo, planteando que para poder ayudarlo necesitaba al menos recuperarse un poco. Pregunto si puede hablar de esto con sus compañeros y operadores, ofreciéndole pequeños otros amables que puedan acompañarlo, sin embargo, responde *“es que yo no quiero molestar a nadie”*. Respuesta reiterada cada vez que intentaba que pueda servirse de lo que la institución le ofrecía. Se observa durante este tiempo dificultades de poder sostener espacios con otros y las entrevistas. A la semana de su internación, ingresa su sobrino al Centro.

Sin poder realizar actividad física por su bajo peso, inicia actividades en la huerta, espacio que será importante durante su tratamiento, ya que aquí encontrará un lugar donde destacarse.

Con el pasar de los días H. circulará de manera más activa, empezará a recuperar peso, esto se marca al paciente, intentando devolver un cuerpo más cuidado desde lo imaginario. Los fenómenos que manifestaba al inicio ceden, no presentándose durante sus días de internación, salvo el zumbido debido a la perforación de tímpano.

Comienza a asistir a clases de nivel inicial en la institución, practicando nuevamente cómo escribir su nombre. Poco a poco empieza a hacer usos de los espacios comunes junto a su sobrino y participa con otros de las actividades propuestas por la institución como taller de música, ecoladrillos, taller de panes, etc. Sus compañeros intentarán integrarlo llamándolo *“el porteño”* primeramente a pasar a ser *“el facha”*, ofreciéndole un lugar en el grupo.

En relación a su tratamiento individual y debido a las circunstancias del paciente, intentamos armar juntos su historia de vida, procurando realizar un tejido simbólico que pueda ir reconstruyendo un sujeto que hasta ahora parecía perdido. Comenzaremos con ciertas dificultades, debido a sus *“olvidos”* luego del accidente. Comenta que son 14 hermanos, de los cuales 4 fallecieron de pequeños. Nació en Lanús y realizó tratamiento en una granja a los 17 años hasta que se entera que su mamá volvía a Tucumán, decidiendo dejar el tratamiento para irse con ella. Vivieron 4 años en esta provincia, hasta que su madre retorna a Buenos Aires y el paciente se dirige a La Rioja donde trabajaba con su hermano en la cosecha, momento del accidente. Posteriormente retornan a Tucumán, donde vive en una casilla delante de la casa de su hermana.

Relata que fue a la escuela, pero que no sabe leer ni escribir, a su vez cartoneaba desde los 6 años con su madre hasta que la misma deja y continuó con sus hermanos y un amigo, momento en que abandona su escolaridad.

En relación al consumo refiere haber iniciado con poxirrán a los 12 años, luego de que falleció su papá, y su abuela, *“hágase de cuenta que perdí la vida, era muy apegado a ellos. A veces me pongo a pensar qué sería de ellos. sí estarían vivos yo no estaría en la droga”*. Así, trae al espacio nuevamente el sentirse discriminado. Al interrogar acerca de esto, explica: *“yo siento que me discriminan porque soy flaco, me miran y deben pensar este ya se muere, como que ya me están eliminando”*, *“cuando iba a la escuela mis compañeros me discriminaban, me decían pobre, que no tenía para comer me aislaba de todo y me ponía a llorar”*

Al cumplir los 21 días que debía permanecer en la institución, se explica al paciente que podía iniciar con los permisos terapéuticos, respondiendo que aún no quería salir por miedo a consumir. Días después al enterarse que su sobrino se iría de permiso, pregunta acerca de la posibilidad de salir, programando así su salida.

Al entrevistarle a su regreso, refiere no haber consumido, incluso que sus amigos lo buscaron, pero rechazó la invitación. Se indaga acerca de qué le devolvía la gente al verlo nuevamente en su casa y con 9 kg más, explica: *“la gente no me reconoce por la calle”*, *“mis hermanas me dicen que estoy más gordo”*, *“yo me veo más gordito, me veo mejor”*. Intervenciones a nivel imaginario donde otros le puedan devolver una imagen más amable de sí. Por dificultades económicas retornaron solos al día siguiente de la fecha establecida. Por esto, el paciente se angustia explicando que su cuñado y un sobrino salieron a hacer una *“changuita”* para conseguirle dinero para poder volver y que no volvería a salir hasta el 24 de diciembre.

Debido a la situación que plantea, decido trabajar con la terapeuta ocupacional acerca de una actividad que lleve adelante durante su internación y que pueda sostenerlo afuera, algo que quizás le permita generar una ganancia. Se propone sacar el dinero del fondo del taller de panes al cual asiste, como modo de poder pagar el viaje a su casa, a cambio de que produzca en el taller. Simultáneamente decido contactar con la Dirección de Juventud, perteneciente a la Secretaría de Desarrollo Social, a fin de poder integrar al paciente al "programa de jóvenes", donde se responde que debido a no tener documento no podría ingresar.

Se propone al paciente la posibilidad de iniciar la tramitación del D.N.I., se trabaja acerca de para qué tener un documento, a lo que refiere, *"yo también quiero tener un documento hace años, porque es útil para la vida, para poder hacerme atender en el hospital, para trámites"*. Momento donde se trabaja acerca de su filiación, y se acompaña a H. a la Unidad de Gestión de Documentos a fin de iniciar su tramitación.

Luego de las fiestas surgen peleas con sus compañeros, donde H. termina golpeado. Se decide sancionarlos a estos y dar el alta terapéutica a H. considerando el trabajo realizado en su internación y a modo de evitar que el mismo caiga se decide dar un cierre, evitando un egreso precipitado del paciente.

Se articula con personal de su zona para continuar tratamiento ambulatorio. Luego de 15 días, su hermana se comunica solicitando turno a pedido de H.

Hasta aquí el recorte del trabajo con el paciente.

Algunas Consideraciones

Desde aquella primera entrevista, H. es presentado como indocumentado, como "nacido muerto", me pregunto ¿cuál es el lugar posible en el Otro?

El paciente ha transcurrido su vida por los márgenes del sistema, desamarrado del tejido social, excluido, en extrema vulnerabilidad. Fernando Parolo (2005) refiere: *"Un sujeto vulnerable es un individuo sin posibilidades de representación en su cultura, caído de las mallas institucionales y del lazo social que otorgan identidad referencial y representatividad ante el otro. Sólo existo, si un sistema me reconoce y me nombra"* (p.4).

Así un niño como H, adicto al poxirrán, un niño que cartonea, un niño de la calle es un niño sin nombre, y es ahí donde reside su mayor vulnerabilidad; en su pérdida en el recorrido por las instituciones y del ejercicio de sus derechos humanos. No hubo un Otro que lo sostenga dentro del intercambio con otros, dentro del lazo social. Ante esto se trata de poder pensar al sujeto más allá de lo individual, de escuchar ese Otro social en el que el sujeto está inmerso, ya que se constituye en relación al Otro y a otros. Pareciera que el paciente ha caído de las mallas institucionales, sin existencia para el Estado, pasando mucho tiempo desapercibido, desarticulado de lo social. Ante esto, ¿qué lugar ofrecer desde un centro de internación?

El ingreso a la institución genera que pueda operar una legalidad, como un lugar de referencia simbólica. Ante tal desarticulación con el entramado social, cada apuesta se dirige no sólo a devolver la participación y responsabilidad social, sino también, a lograr una restitución del Otro. Massimo Recalcati (2004) dirá que rectificar al Otro significa encarnar como analista un Otro diferente de aquel real que el sujeto ha encontrado en su historia. Se trata

entonces de encarnar un Otro que no excluye, no rechaza, no abandona. Esta nueva configuración permite una nueva implicación del sujeto en un lazo posible. De esta manera, es importante ofrecer un espacio donde alojar esa forma singular de relación al Otro, alojar el sufrimiento, poder escuchar cuando un sujeto fue vulnerado.

La institución aparece como Otro que ofrece un espacio de inclusión del paciente en una dinámica social, de regulación del goce, a través de ofrecer y sostener horarios, actividades, pautas de alimentación e higiene, así como también talleres y actividades culturales iguales para todos. Emilio Vaschetto (2010) explica que la institución dada por el Otro social, la cual posee reglas generales, le permiten hacer lazos comunitarios, "una comunidad de vida", por otro lado, tendremos la institución pensada desde el psicoanálisis, que orienta la escucha del sujeto. Ambas formas entran en juego en esta institución y se interrelacionan. Ya que se procura que, así como el paciente pueda realizar su tratamiento individual, pueda relacionarse y generar lazos con otros (compañeros, operadores, enfermeros, docentes).

De lo que se trata es de generar condiciones para que ese sujeto, desamarrado del Otro social, pueda asistir y acceder a la institución, que no quede en lugar de resto, expulsado de las instituciones y de la cultura, sino que allí encuentre un lugar que lo aloje.

La internación se presenta como la posibilidad de poder envolver con ciertos velos aquella pulsión de muerte a flor de piel. Generando un distanciamiento no solo de la sustancia, sino del lugar "de muerto" donde está ubicado y poder aprender a vivir con estas marcas que la vida nos deja. Requiere de un tiempo que no se mide en semanas o meses de internación. Implica procesos que responden a otras lógicas. Se establece así, en esta pausa, un tiempo subjetivo, que genere otras marcas en el paciente. Donde construir un lugar de referencia, un lugar quizás, donde volver.

En su historia, el paciente marca como punto de caída el fallecimiento de su padre y su abuela, *hágase de cuenta que perdí la vida*, aquella vida armada quizás precariamente. Luego de esto marca el inicio del consumo. ¿Cómo pensar esto? Podemos considerarlo como una solución ante la aparición de la angustia. Al consumir algo se produce, un efecto en lo real sobre lo real, que elimina la angustia. La intoxicación no sería un método simbólico, sino más bien *"es un método que apunta a lo real, una operación real. No intenta resolver el malestar desde el campo de la palabra"* (Naparstek, 2005, p.23)

Esta forma de entender la función del tóxico en la economía psíquica plantea que el uso de drogas funciona muchas veces como "muleta", como algo que viene a cumplir una función, allí donde otros recursos fallan o faltan. Pero, así como calma la angustia, el sujeto termina sujetado a la sustancia (operación del farmakon). Ante el goce mortífero que invade y arrasa al paciente, la droga se presenta como una protección que a su vez lo consume. A modo de hipótesis, pareciera que el tóxico a H. le produce efectos en su cuerpo, le genera sensaciones que lo calman y protegen de la angustia que lo invade, pero a la vez lo vivifican, dan algo de vida a ese cuerpo. Sin embargo, vemos que eso no le alcanza como solución definitiva ya que ese cuerpo va construyéndose como cadáver, va afectando y deteriorando su cuerpo.

Sylvie Le Poulichet (2005) plantea que cuando un ser se encuentra en posición de encarnar el objeto del goce del Otro y ningún significativo le permite desprenderse de eso, el tratamiento "de la máquina" realizado por la operación del farmakon se presenta como una tentativa de producir un nuevo cuerpo. En la medida en que un

cuerpo no se ha elaborado “el individuo no dispone de las coordenadas imaginarias y simbólicas que habrían permitido que eso hiciera cuerpo [...] Así, el farmakon podría figurar el instrumento secreto que procurará un suplemento en el nexo con la “imagen” y en la relación imaginaria con el otro” (p.125).

Pareciera que se trata de un cuerpo apenas esbozado, no elaborado, casi sin sujeto, pero a la vez un sujeto sin cuerpo. H. muestra un cuerpo desdibujado, signado por el exceso, de golpes, de hambre, de droga. Los registros se presentan desanudados, las pequeñas intervenciones en estos intentan ir tejiendo un velo con aquellas hilachas de sujeto que se nos presenta.

A partir de lo real, cuidando ese cuerpo dañado, al borde de la muerte. Silvia Raddi (2004) sostiene que se tendría que habilitar la posibilidad “del pasaje de un cuerpo NO VELADO a NOVELAR el cuerpo” (p. 177), es decir, inscribiendo significantes, habilitando la producción de una novela (en lo posible) que aún no ha sido desplegada.

Será, a partir de lo simbólico, que podremos introducir cierto corte en lo real, haciendo entrar en la legalidad institucional, desde la internación como un espacio que ordene y regule, armando una ficción de su vida, una historia con varios huecos e hilachas sueltas, que sirva de sostén.

Desde lo imaginario, realizando intervenciones que devuelvan una imagen más amorosa de sí, armando un cuerpo. A su vez, el registro en su historia clínica, marca el pasaje del paciente como usuario de los servicios de salud y el retorno a la escuela, permitiendo así que el sujeto pueda acceder a sus derechos vulnerados hasta el momento.

El intento de iniciar la tramitación de su documento, se lo piensa como un acto que inaugure otro momento, permitiendo que H. tenga un lugar en la sociedad, que este registro simbólico no quede solo en que sirva para ir a un hospital o hacer trámites, sino como bien lo expresa, un acto que lo habilite “para la vida”.

Me atrevo a dejar abierta la pregunta por la estructura de este paciente, debido al breve tiempo de su internación y la precariedad con la que llega. Por lo pronto, concuerdo con la prudente postura de Élica Fernández (1993) quien explica que al tratarse de estos pacientes que no se presentan de entrada fáciles de diagnosticar, es necesario que nos mantengamos en los lineamientos de tratarlos como si se tratara de una estructura psicótica. Con una propuesta de trabajo distinta y particular, que tenga que ver con escuchar aquella verdad y entretejer un imaginario posible que acote el real que invade al sujeto.

Las diferentes intervenciones que se realizaron con el paciente durante los 3 meses de tratamiento tenían el objetivo desde lo institucional de favorecer su “reinserción social”, entendiéndose como la posibilidad de que H. logre una circulación distinta por su medio social, distinta a la previa a su internación, un modo menos mortífero, apostando a la vida.

Para finalizar, cabe mencionar que para que este tratamiento genere marcas serán necesarias muchas idas y vueltas, para que algo se comience a regular y que pueda enlazar al sujeto a la vida. Pero cada vuelta es, no solo necesaria, sino distinta a la anterior, generando un lugar para volver, que no es algo menor, en un sujeto con la fragilidad subjetiva que presenta. Considero que en H. algo de la transferencia a la institución se generó, lo cual permitió solicitar ser admitido una vez más.

Conclusiones

El poder contar con un equipo tan amplio y variado, permite no quedarse solo ante el impacto de lo real que la pobreza nos muestra, permitiéndonos armar distintas estrategias con el paciente. Es así como en el caso pude hacer uso de los recursos de la institución, y a través de esto, poder generar en el paciente un lugar de referencia al cual regresar, construyendo un lugar más amable que lo aloje.

En cuanto a mi interrogante de porqué se sostienen dispositivos de internación, siendo este un último recurso estipulado por la ley de Salud Mental. Considero que esta debe ser entendida como un instrumento útil, que busca modificar el Sistema de Salud, el cual sirvió en algún momento para excluir, encerrar e intentar normatizar personas. En este punto, la misma a su vez, viene a intentar incluir a los pacientes con problemáticas de consumo dentro de las políticas de Salud Mental, que hasta el momento, en el sistema sanitario son limitadas en sus formas de abordar este problema, con instituciones de baja complejidad y muchas veces alejadas de la ciudad. Sin embargo, dada las condiciones socioeconómicas que a nivel país y provincial atravesamos, considero que aún son necesarias estas instituciones al modo de centros residenciales donde el paciente pueda pasar un tiempo, ya que actúan a modo de lugares de alojamiento a los arrasamientos subjetivos, funcionando como terceridades que intentan promover otra circulación de aquellos pacientes que día a día vemos. Ayudan a crear ficciones que le permitan al sujeto sostenerse nuevamente en su contexto. Lugares donde se apuesta por el sujeto.

Referencias Bibliográficas

- Biazzo, L. y Zeitoune, M. (2015). “Programa Terapéutico del Centro Las Moritas”, *Sistema Provincial de Salud*. Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán.
- Fernández, E (1993) *Diagnosticar las psicosis*. Editorial El megáfono.
- Jasiner, G (2007). *Coordinando grupos: una lógica para pequeños grupos*. Lugar Editorial.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 2665/2010*. Editorial: autor.
- Naparstek, F. y colaboradores. (2005). “Clase 6” en *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Grama Ediciones.
- Parolo, F. (2005). *Hacia una clínica preventiva de la vulnerabilidad social*. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/hacia-una-clinica-preventiva-de-la-vulnerabilidad-social>
- Raddi, S. (2004). “Psicoanálisis y toxicomanías: cuerpos novelados” en *Psicoanálisis y el Hospital N° 27: Toxicidad y Adicciones*.
- Recalcati, M. (2004). *La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe*. Virtualia. EOL.
- Vaschetto, E. (2010). *Los descarriados: clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro*. Grama Ediciones.
- Trimboli, A. (comp.). (2019). *El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Ediciones Noveduc

Libro: Despertar e inventar en la adolescencia de Verónica Berenstein

Por: Lic. Ivon Quelas

Psicoanalista de la orientación lacaniana.
Fundación PARLÊTRE



La autora del libro, Verónica Berenstein es médica psiquiatra y psicoanalista de la orientación lacaniana. Es miembro de la EOL (Escuela de Orientación Lacaniana) y de la AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis). Es docente del Instituto Clínico de Buenos Aires, espacio de formación de analistas de la orientación lacaniana y del Centro de Investigación. Es responsable docente del Seminario sobre Clínica con Adolescentes del Departamento de Estudios sobre Adolescencia (CICBA /ICdeBA). Ha participado con sus artículos en libros y publicaciones psicoanalíticas y textos de ficción literaria.

En el marco de la 13° Feria del Libro de Santiago del Estero, la Fundación Psicoanalítica PARLÊTRE, Berenstein hizo dos presentaciones; una conferencia el día 26 de Octubre y una Conversación el día 27 del mismo mes y año. En ésta última presentó su Revista PARLÊTRE N°16, comentada por Verónica Berenstein, junto a la Presidenta de la Fundación, Lic. Adriana Congiu; la Lic. Marta Arias y el Lic. Ignacio Ratier. La misma está a disposición de los interesados en formato virtual. El enlace pueden buscarlo en el Instagram de la revista @revistagepsi.

Por otro lado, Verónica Berenstein. estuvo a cargo de la Conferencia denominada "Adolescencia e invención", acompañada en ésta ocasión por quien suscribe, Lic. Ivon Quelas, Psicoanalista miembro de la Fundación PARLÊTRE y del comité editorial de la Revista.

En ésta ocasión la autora dialogó con el público respecto al tema de su libro y de su vasta experiencia profesional en la clínica con Adolescentes. A la misma asistió un variado público que llenó la sala e intercambió opiniones e interrogantes con la profesional. Fue una enriquecedora experiencia, dado que Verónica Berenstein asumió el desafío de hablar al público en general de conceptualizaciones y avances del psicoanálisis respecto a los imperativos de éste

tiempo y la subjetividad de la época. En esta apuesta arriesgada y audaz, supo brindar una clara transmisión que causó la entusiasta participación de los asistentes. Alojó de esta manera sus preguntas aún fuera del recinto otorgado por la Feria para el evento. Un encuentro que, sin dudas, sigue resonando entre nosotros.

En el año 2021, Verónica Berenstein publica un libro de su exclusiva autoría llamado **“Despertar e inventar en la Adolescencia”**, de la Editorial Grama.

Con un lenguaje claro y rigurosidad conceptual, éste libro explora el contexto en que transita la experiencia adolescente a lo largo de sus 134 páginas. Doménico Cosenza en el prólogo lo reafirma diciendo:

“...La tesis es que hoy, el discurso analítico, que el descubrimiento freudiano introdujo en el mundo de modo inédito, es el reverso del pseudodiscurso capitalista...” (pag.14)

La tesis se despliega a partir del análisis de los discursos de las diferentes épocas que constituyeron y constituyen las subjetividades en los últimos tiempos y que permiten al lector ubicar la realidad del adolescente hoy. A lo largo de cinco capítulos, la autora expone las diferentes propuestas que este tiempo ofrece al adolescente frente al enigma sobre la sexualidad y la muerte. Plantea asimismo las encrucijadas en que define su identidad, el lazo con los otros y su experiencia con las tecnologías, los fármacos y los infinitos objetos con los que el discurso de época ofrece tapan la preguntas que invariablemente se deben responder en éste período de la vida.

De esta manera plantea al adulto un “mapa de ruta” que permite localizar las coordenadas en que se encuentran sus hijos; alumnos; pacientes, abriendo la posibilidad de crear un puente a través del cual el adulto pueda acompañar.

El libro en los primeros capítulos nos habla del psicoanálisis de ayer y de hoy en el marco de los diferentes discursos de época y los síntomas subjetivos que son sus efectos; ejemplificados con recortes clínicos. El capítulo tres se enfoca en el sujeto contemporáneo frente al neoliberalismo; la incidencia de lo imaginario y las tecnologías en las costumbres y modas actuales. En los últimos dos capítulos encontramos las propuestas terapéuticas actuales y su contrapunto con el psicoanálisis, como revés del discurso capitalista. En la conclusión, podemos leer:

“...Las terapias que se sostienen en un estándar y refuerzan identificaciones y modelos generales, junto a los fármacos en su uso indiscriminado y masivo, así como otros productos tecnológicos y científicos, son utilizados para taponar las hiancias [vacíos] del sujeto, sus fallas, sus angustia...el psicoanálisis intentará... responsabilizar al sujeto de sus respuestas sintomáticas...se orientará a separarlo del mandato contemporáneo de gozar sin más, de consumir objetos, y/o transformarse en ello...ofrecerá ‘un lugar de conversación posible’ como contrapunto del descrédito de la palabra. Esta orientación es muy valiosa en la clínica con adolescentes en la que a veces, la palabra no tiene ningún valor...” pag. 124.

Si bien es un texto destinado a analistas, su lenguaje específico viene seguido de explicaciones que permiten a todo lector, poder reflexionar sobre su contenido.