

Integración Académica en Psicología.

Revista científica de la Asociación Latinoamericana
para la Formación y la Enseñanza de la Psicología.



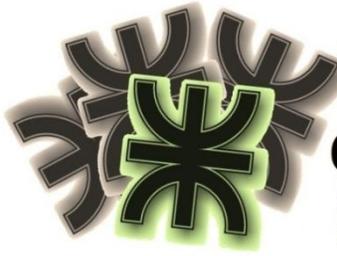
Volumen 4. Número 11. Mayo – Agosto 2016.

Integración Académica en Psicología.

Revista científica y profesional
de la Asociación Latinoamericana para
la Formación y la Enseñanza de la Psicología.



Revista Integración Académica en Psicología, Volumen 4, número11, mayo – agosto 2016, es una publicación cuatrimestral editada por la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología, A.C., calle Instituto de Higiene No. 56. Col. Popotla, Delegación Miguel Hidalgo. C.P. 11400. Tel. 5341-8012, www.integracion-academica.org, info@integracion-academica.org. Editor responsable: Manuel Calviño. Reserva de derechos al uso exclusivo No. 04-2013-012510121800-203 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN: 2007-5588. Responsable de la actualización de este número, creamos.mx, Javier Armas. Sucre 168-2, Col. Moderna. Delegación Benito Juárez. C.P. 03510. Fecha de última modificación: 26 de febrero de 2014. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología, A.C.



Integración Académica en Psicología.

Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana
para la Formación y la Enseñanza de la Psicología (ALFEPSI).

ISSN 2007-5588

Mesa Coordinadora de ALFEPSI

Presidente: Manuel Calviño- Director de la Revista

Nelson Zicavo

Dora Patricia Celis

Diva Lucia Gauterio Conde

Laura Guadalupe Zárate

Lilia Lucy Campos

Julio Roberto Jaime

Editor ejecutivo: Javier Armas

Consejo Editorial:

David Alonso Ramírez (Costa Rica)
Gustavo Carpintero (México)
Roberto Corral (Cuba)
Lupe García Ampudia (Perú)

Alicia Risueño (Argentina)
Ericka Matus (Panamá)
María José Rodríguez (Chile)
Julio Jaime (Colombia)

Angela Soligo (Brasil)
Claudia Torcomian (Argentina)
Correctora: Vivian Lechuga

Comité Científico Editorial:

Yenny Aguilera (Paraguay)
Luís Eduardo Alvarado (Ecuador)
Cecilia Bastidas (Ecuador)
Edgar Barrero (Colombia)
Ana Bock (Brasil)
Julio César Carozzo (Perú)
Sandra Castañeda (México)
Alberto Cobián (Cuba)
Milagros Aída Cueto (México)
Bettina Cuevas (Paraguay)
Gina María Chávez (Perú)
Lucia Da Silva (Brasil)
Rogelio Díaz (México)
Laura Domínguez (Cuba)
Benjamín Domínguez (México)
Luz de Lourdes Eguiluz (México)
Rosario Espinoza (México)

Marcos Ferreira (Brasil)
Ana María Florez (Panamá)
Horacio Foladori (Chile)
Odair Furtado (Brasil)
Mónica García (Argentina)
Mónica Elena Gianfaldoni (Brasil)
Henry Granada (Colombia)
Javier Guevara (México)
Alma Herrera Márquez (México)
Cristina Joly (Brasil)
Carlos Lesino (Uruguay)
Diana Lesme (Paraguay) Alexis
Lorenzo (Cuba)
Horacio Maldonado (Argentina)
MaríaLili Maric (Bolivia)
Marta Martínez (Paraguay)
Javier Mendoza (Bolivia)

Luis Morocho (Perú)
Emilio Moyano (Chile)
Myriam Ocampo (Colombia)
Mario Orozco (México)
Monica Pino (Chile)
Alicia Risueño (Argentina)
Germán Rozas (Chile)
Javier Margarito Serrano (México)
Rubén Carlos Tunqui (Bolivia)
Eduardo Viera (Uruguay)
José Antonio Vírseda (México)
Laura Zárate (México)
Bárbara Zas (Cuba)

Contenido

A manera de Editorial

PEQUEÑA CRÓNICA DE UNA VISITA AL ENCUENTRO DE NUESTRO CONGRESO Manuel Calviño	3
---	----------

Reflexiones desde América Latina

LA PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: EXPERIENCIAS Y RETOS Marta Martín Carbonell (Cuba)	5
--	----------

COLABORACIÓN CIENTÍFICA Y VISIBILIDAD DE REVISTAS DE PSICOLOGÍA EDITADAS POR UNIVERSIDADES NACIONALES ARGENTINAS: CASOS DE LA UNMP Y UBA Jorge Eduardo Visca Luigi Moya Cristina Di Doménico (Argentina)	19
---	-----------

Propuestas en formación y enseñanza

LA PSICOLOGÍA EN CHILE: DESIDEOLOGIZANDO LA FORMACIÓN DE PREGRADO Y EL EJERCICIO PROFESIONAL Tania de Armas Pedraza Maribel Ramos Hernández Cristian Venegas Ahumada (Chile)	28
---	-----------

IMAGINARIOS RESPECTO A UNA POSIBLE PSICOLOGÍA LATINOAMERICANA Y LAS NECESIDADES A LAS QUE DEBERÍA RESPONDER Eduardo Viera (Uruguay)	44
--	-----------

Experiencias prácticas y aplicadas

LA RUPTURA MATRIMONIAL. UN PROCESO DE DUELO Faviola Arriagada Paula Ruiz Nelson Zicavo (Chile)	51
---	-----------

**PSICOTERAPIA CON HOMBRES: ALGUNAS CONSIDERACIONES CONCEPTUALES
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Sender Herrera Sibaja
(Costa Rica) 65

**CENTRO HOSPITALARIO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

Una senda hacia la Suicidología Comunitaria

Carlos Martínez
(Argentina) 73

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PERSONAS OBESAS

Mauricio Mercado Aravena
(Chile) 88

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE CARGA ZARIT PARA CUIDADORES
DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA**

Ruth Pablo Santiago
Benjamín Domínguez Trej
Viridiana Peláez Hernández
Santiago Rincón Salazar
Arturo Orea Tejeda
(México) 93

Los autores 101

A manera de Editorial

Pequeña crónica de una visita al Encuentro de nuestro Congreso



Dicen que “de primeras impresiones no se han de sacar conclusiones”, al menos definitivas. Sin embargo, a las pocas horas de llegar a la Universidad Autónoma de Centro América, junto a la presidenta de nuestro comité organizador, la Dra. Dora Patricia Celis, nuestro secretario de ALFEPSI, el MsC. Nelson Zicavo, y el director del Centro de Psicología y Desarrollo Humano de Costa Rica, MsC. Sender Herrera, tuve la certeza de que la asamblea de nuestra asociación había actuado con mucho tino al decidir que nuestro V Congreso se realice en esta institución.

Podría empezar hablando de un campus hermoso, acogedor, de espacios abiertos coloreados con el verde de un césped cuidado, y plantas ornamentales que se realzan en la claridad y transparencia del aire; una vegetación de fondo de la que suelen salir intrépidos mapaches que conviven con los que llegan a “su universidad” y le ofrecen una semilla, o un chocolate, o simplemente compañía.

Sobre este espacio emergen respetuosas y orgullosas de su ambiente, unas edificaciones sólidas, intersectadas con la naturaleza no fundida, que dan techo a los auditorios, las aulas, los laboratorios. Están allí las salas, equipadas con las respuestas a las necesidades de los ponentes, en las que transitará el intercambio de saberes, experiencias, construcciones teóricas, metodológicas, prácticas, que darán cuenta del hacer de los psicólogos y las psicólogas latinoamericanas que asistan a nuestra cita de septiembre próximo.

Me llamó mucho la atención un servicio médico de alto nivel, atendido por galenos muy capaces, que, por no dejar de tener, tiene hasta un salón de cirugía. Un servicio médico que se extiende más allá de la población universitaria para realizar el ineludible y consciente compromiso de la Universidad con su gente, con su entorno, con los que lo necesiten.

Están allí también los espacios para el intercambio más informal –un pequeño restaurante con vista privilegiada y precios muy bondadosos, un club en el que las frutas naturales y sus jugos no faltan, o simplemente el césped, los bancos. Un complejo de piscinas (tres) en las que se puede contrarrestar



el peso del brillante sol, o simplemente refrescar al terminar (o antes, o entre) las sesiones de trabajo.

Fui sorprendido por un sonido que anunciaba la llegada al campus universitario de un tren, en el que los visitantes podremos ir directamente al centro de la ciudad de San José, y conocer su historia, sus andares culturales, sociales y políticos. Caminar por sus plazas, reconocer la hermosa artesanía local, y encontrarnos con una buena cesta de patacones (y mucho más) para dar sosiego a la curiosidad culinaria.

Todas las condiciones demandas y pensables para llevar adelante un excelente Congreso están dadas en la UACA. Y si alguna aun faltará, nadie dude que estará, porque la máxima dirección de la institución no solo ha expresado, sino que ha dado muestra de su decisión de apoyar nuestro Congreso. La amabilidad y disponibilidad, el profesionalismo y la seriedad, la transparencia y el respeto, el acompañamiento y la deferencia de todas y todos, fueron nuestros acompañantes en los días que anduvimos por sus territorios.

Y esto, no tengo dudas, es lo fundamental. Lo que nos llevamos los visitantes como construcción indiscutible de la certeza del éxito de nuestro Congreso, es el conocimiento, el contacto con un equipo humano de alta competencia, de alta sensibilidad, comprometido con

hacer de nuestro encuentro un dispositivo potenciador del desarrollo de la psicología latinoamericana.

Todo está siendo hecho con mucho amor y responsabilidad. Todo está siendo pensado para el bien de nuestra disciplina. Todo está siendo preparado con sentimientos nobles de solidaridad, de colaboración, de amistad. Todo está vibrando con y para América Latina.

Muchas gracias a todas y a todos los compañeros de la UACA, por todas las atenciones, por todas las insinuaciones y certezas de confianza en lo que haremos.

Nuestro mejor reconocimiento al esfuerzo de ellas y ellos, es nuestra presencia. Así que juntémonos todos y todas, entre el 7 y el 10 de septiembre del presente año, en apenas unos meses, y desde los espacios inspiradores de la Universidad Autónoma de Centro América pensemos y hagamos Psicología desde América Latina, para América Latina, con América Latina.

Todas y todos están convocados.

Manolo Calviño
Presidente ALFEPSI

LA PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: EXPERIENCIAS Y RETOS

Marta Martín Carbonell

Facultad de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Santa Marta

Resumen

El auge creciente de la Psicología de la Salud como opción profesional, y el desarrollo conceptual, metódico y metodológico alcanzado por la psicología aplicada a los problemas que plantean la atención a las personas con enfermedades crónicas y/o dolor, explican que cada vez sean más numerosos y fructíferos los intentos por introducir en la práctica sanitaria los métodos psicológicos en ámbitos como los servicios especializados de medicina y cirugía, clínicas del dolor, cuidados paliativos, atención primaria, hospitales, etc.

La finalidad de la ponencia es brindar a los estudiantes e investigadores una actualización crítica sobre la temática, de cara a fortalecer el desarrollo de líneas de investigación y programas de intervención. Para ello se identifican algunos problemas teóricos y metodológicos que afectan al ejercicio profesional y a la investigación y se señalan peculiaridades de la práctica en el contexto latinoamericano; para discutir barreras y retos para la excelencia.

Palabras Claves: Psicología de la Salud, intervención psicológica, enfermedades crónicas, trabajo multidisciplinario

Abstract:

The purpose of this paper is to provide students and researchers with a critical update on the subject, in order to strengthen the development of lines of research and intervention programs. I identify some theoretical and methodological issues affecting practice and research; as well as peculiarities of the practice in the Latin American context; to discuss barriers and challenges for excellence.

Keywords: health psychology, psychological intervention, chronic diseases, multidisciplinary work

Introducción

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas se incluyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, los trastornos neuropsiquiátricos, las enfermedades osteomusculares, afecciones bucodentales, enfermedades digestivas, trastornos genitourinarios, malformaciones congénitas y enfermedades cutáneas. Representan la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales. Cerca del 80% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, en los que las personas tienden a desarrollar las enfermedades a edades más tempranas, sufrirlas durante más tiempo –a menudo con complicaciones

prevenibles– y fallecer antes que en los países de altos ingresos. (Organización Mundial de la Salud – OMS–, 2014).

La principal causa de muerte en Colombia en 2011 fue la enfermedad coronaria. En el año 2011 se contabilizaban más de 4 millones de colombianos con diabetes y enfermedades cardiovasculares (Observatorio Nacional de Salud, 2011). Se plantea que al nacimiento la población femenina colombiana espera vivir en promedio 76,1 años y la población masculina 70,6 años, de los cuales 18,2 años y 17,8 años, respectivamente, se constituyen en años de vida con discapacidad debida a enfermedades crónicas (Observatorio Nacional de Salud, 2015).

La persona con enfermedades crónicas vive la mayor parte del tiempo fuera del sistema sanitario formal (Jadad, A.R.; Cabrera, A.; Martos, F.; Smith, R.; Lyons, R.F., 2010). La autonomía e independencia que sea capaz de alcanzar, el ritmo de progresión de la enfermedad y prácticamente todos los resultados de salud, dependen en gran medida de su propio comportamiento (Martín Carbonell, M.; Riquelme Marín, A. y Lechuga, M., 2013), el cual a la vez está determinado de manera importante por las creencias, sentimientos, actitudes, hábitos y emociones (Burke, Mathias, & Denson, 2015).

Resulta así evidente que para prevenir el desarrollo de estos problemas hay que influir en el comportamiento humano. J. Grau (1987) planteaba las siguientes razones para explicar la vertiginosa introducción de la psicología en los Hospitales Clínico Quirúrgicos que se produce a partir de la segunda mitad del siglo xx: 1- Necesidad de compensar con la consideración de los factores sociopsicológicos el perfeccionamiento tecnológico en la Medicina; 2- Necesidad de preparar a los enfermos para intervenciones médicas, 3- Necesidad de incrementar la rehabilitación sociopsicológica en muchas enfermedades, 4- Posibilidad de incrementar el desarrollo de investigaciones multidisciplinarias; y 5- Necesidad de profundizar en la búsqueda del rol del “factor humano” en la génesis y desarrollo de las enfermedades.

Así, el auge creciente de la Psicología de la Salud como opción profesional en los últimos veinte años, por una parte, y el desarrollo conceptual, metódico y metodológico alcanzado por la psicología aplicada a los problemas que plantea la atención a las personas con enfermedades crónicas y/o dolor, por otra parte, parecen ser las razones que determinan que cada vez sean más numerosos y fructíferos los intentos por introducir en la práctica sanitaria los métodos psicológicos en ámbitos como los servicios especializados de medicina y cirugía, clínicas del dolor, cuidados paliativos, etc.

Objetivo

La finalidad de la ponencia es brindar a los estudiantes e investigadores una actualización crítica sobre la temática, de cara a fortalecer el desarrollo de líneas de investigación sobre los factores psicosociales relacionados con la atención multidisciplinaria a las personas con enfermedades crónicas y dolor. Para ello se identifican algunos problemas teóricos y metodológicos que afectan al ejercicio profesional y a la investigación en esta temática. Así mismo, se pretende enfatizar sobre peculiaridades de la práctica en el contexto latinoamericano; y se discuten barreras y retos para la excelencia.

Método

La metodología utilizada ha sido la revisión narrativa.

Desarrollo

Problemas conceptuales: salud, enfermedad...

Uno de los retos que deben enfrentar los psicólogos en la investigación y en la intervención en el ámbito de las enfermedades crónicas es que carecemos de un aparato conceptual propio que sea común para todos los psicólogos, que nos permita comunicarnos intradisciplinariamente primero; y mucho menos que nos facilite la comunicación con los representantes de otras ciencias. Independientemente de los problemas y confusiones conceptuales propias del desarrollo de nuestra ciencia, esta carencia se explica también porque trabajamos con categorías médicas que son relativas y discutibles.

Los primeros conceptos que invitan a la reflexión son los de Salud vs Enfermedad. La definición de salud de la OMS como “un completo estado de bienestar físico, mental y social” es demasiado general y se refiere más a una aspiración, a un estado ideal que a la realidad cotidiana de las personas. Así mismo, el concepto de enfermedad de la propia OMS: “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS, 2014); responde a un modelo médico que asume que la asociación de ciertos síntomas y signos se debe a que son causados por una entidad latente y la meta del diagnóstico es identificarla (diagnóstico nosológico). Pero se reconoce que este modelo es válido solo para una pequeña cantidad de trastornos bien estudiados y aun así, se sabe que la misma enfermedad se presenta de manera diferente en las distintas personas. El viejo refrán “*no hay enfermedades, si no enfermos*” no es solo un llamado a una práctica clínica centrada en la persona y a huir de la estandarización de los cuidados médicos, es también consecuente con el concepto de que los diagnósticos son en realidad “constructos teóricos” que sintetizan los conocimientos y la ideología sobre la salud y la enfermedad en un momento y contexto determinado. Rosenberg (1987) observaba “Una enfermedad no es absolutamente una entidad física sino un complejo constructo intelectual, una amalgama de estados biológicos y definiciones sociales”(p.5). O como plantea Herek “las enfermedades son socialmente construidas” (p.113).

Por otra parte, nos encontramos ante la paradoja de que, si de enfermo “crónico” o “somático” se trata, todos sabemos acerca de qué estamos hablando, pero no sabemos cómo nombrarlo. Esto se puede observar hasta en los propios documentos de la OMS, en la que se usan indistintamente los conceptos de enfermedad crónica (que se refiere al curso) y enfermedad no transmisible (que se refiere a la vía de adquisición) e incluyen también los problemas de salud mental, pues si bien es cierto que comparten retos comunes para la salud pública (OPS, 2002), no es menos cierto que presentan importantes diferencias con implicaciones para nuestra disciplina.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el concepto de enfermo crónico también ha variado. Si bien hasta hace poco se definía como efecto de una única enfermedad; ahora es representado como crónico al paciente con varias patologías, merma en su autonomía, incapacidad y fragilidad clínica. La enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante, para incidir más en la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación en su autonomía (Jadad, A.R.; Cabrera, A.; Martos, F.; Smith, R.; Lyons, R.F., 2010).

Esto conlleva al reconocimiento de que los sistemas de atención de salud deben protegerse de la fragmentación de los servicios, que es lo que actualmente predomina. Esto tiene repercusiones prácticas para el ejercicio profesional de la psicología y ha dado lugar a las “superespecializaciones” como Psicooncología, Psicocardiología, Psico-reumatología cuando en la realidad, lo que predomina es una persona mayor con enfermedad reumática, cardiovascular y qué además puede tener un cáncer. Si bien es verdad que ciertos tipos de síntomas o cursos de enfermedades pueden plantear tareas o intervenciones específicas, lo seguro es que la prevención, tratamiento y rehabilitación psicológica están más determinados por las limitaciones que las enfermedades y los síntomas causan a las personas. Como decía la eminente psicóloga rusa B.W.Zeigarnik: *“Decide el destino de la personalidad no el defecto en sí mismo, si no la repercusión que tiene para la realización sociopsicológica de la personalidad”*.

Otro problema que nos afecta a todos (no solo a los psicólogos) es la llamada "mercantilización de las enfermedades", refiriéndose a la práctica promovida desde los laboratorios, de obtener beneficios económicos fomentando la conciencia de enfermedad y la necesidad de medicinas para curarse. Existen muchas vías para transformar un problema menor en “enfermedad” y se han llegado a patologizar condiciones de la vida como la dismenorrea o la calvicie (Morell, Martínez González & Quintana Gómez, 2009).

Si esto es cierto para enfermedades “físicas”, más aún lo es con respecto a las llamadas “enfermedades mentales”. Las deficiencias de los DSM como herramienta para el diagnóstico han sido señaladas por diferentes autores (Echeburúa, E.; Salaberría, K. & Cruz, M., 2014; Hofmann, 2014); incluso el propio Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica sugiere a los investigadores que no se limiten a usar los diagnósticos del DSM y plantea *“los pacientes se merecen algo mejor”* (NIH, 2013).

Al margen de los temas políticos y financieros (el DSM-5 es una gran fuente de ingresos para la Asociación Psiquiátrica Americana y de hecho es en el campo de la salud mental donde más ha fructificado la estrategia de “marketing” de la enfermedad), algunas de las objeciones frecuentes al DSM-V son: la patologización de la normalidad utilizando puntos de corte arbitrarios; llegar a un diagnóstico basado en un juicio subjetivo de un clínico; está demasiado enfocado en síntomas e ignora la etiología del trastorno; las categorías del DSM-5 incluyen un gran número de combinaciones sintomáticas que pueden definir el mismo diagnóstico; el problema de la comorbilidad (la co-ocurrencia de varios diagnósticos) ; y el que muchos clínicos siguen utilizando el diagnóstico residual (diagnóstico “no especificado”), porque los pacientes no encajan en ninguna de las categorías diagnósticas. Esencialmente, las mismas objeciones se aplican a la 11ava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, que se va a publicar en 2015 (Hofmann, 2014).

Como alternativa, se está proponiendo un alejamiento del modelo médico simplista basado en el modelo de enfermedad latente. Por ejemplo, Hofmann (2014) propone un modelo basado en las redes causales complejas como abordaje alternativo al diagnóstico psiquiátrico: en lugar de asumir la existencia de entidades patológicas latente, se asume que los trastornos existen como *sistemas de elementos/problemas psicológicos vinculados*. En el caso de la psicopatología, los elementos de la red pueden ser conductas desadaptativas, sesgos cognitivos, perturbación emocional, y anormalidades

fisiológicas. Este tipo de esfuerzos puede que en un futuro nos proporcione un marco conceptual apropiado a nuestras intervenciones, pero en lo que llegan debemos seguir trabajando conscientes de esta ambigüedad e incertidumbre conceptual.

Las emociones en el proceso salud-enfermedad

Para muchos colegas y para el público en general, la aplicación de la psicología en el campo de las enfermedades somáticas se fundamenta en la idea de que las enfermedades físicas son una señal de desajustes emocionales, y conciben la intervención psicológica como una “curación emocional”, bajo el supuesto de que al corregir las emociones negativas se curarán los trastornos corporales, un poco automáticamente o por arte de magia.

La noción de que las emociones son fuentes de salud y enfermedad ha estado presente con mayor o menor fuerza en todas las culturas y en todos los momentos de la historia de la humanidad, con mayor o menor impacto en los sistemas de atención. Como “botones de muestra”, solo recordar que la medicina psicosomática encuentra sus orígenes en la concepción galénica de “enfermedades de la pasión” que tuvo una marcada influencia en el pensamiento médico hasta casi el siglo xx (Ackernetcht, 2004); y que el eminente médico español Gregorio Marañón (1887-1960) afirmó que “*la patología psicosomática, es fundamentalmente una patología emocional*” (citado por Cruz, 2013).

Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema inmunológico (Chandrakan, 2013), trastornos coronarios (Castillo, Anelob y Fernández, 2013), diabetes (Lostanau, 2013; Molano y Agudelo, 2013), o dolor (Martín, Riquelme y Lechuga, 2007), por poner solamente algunos ejemplos. En esta dirección, las emociones que más se han investigado en relación con el proceso salud-enfermedad han sido las negativas como la ansiedad, la depresión, y la ira-hostilidad, posiblemente porque la psicología entró en la clínica por la puerta de la enfermedad, y ellas juegan un papel importante en la etiopatogenia, desarrollo y desenlace de las principales afecciones crónicas.

Las emociones también se han investigado desde la perspectiva de la calidad de vida en salud, como indicadores de malestar-bienestar y adaptación a las enfermedades crónicas (Grau y Martín, 1994). Se considera que no solo son importantes las emociones del enfermo, sino también de su familia y en especial del cuidador principal (Velasco Ramírez, Grijalva & González Pedraza Avilés, 2015); incluso es reconocida su incidencia en la prestación de servicios de salud, pues los profesionales en tanto humanos, también tenemos que lidiar con nuestra propia emocionalidad en la interacción con los pacientes y sus familiares en las diferentes fases del proceso terapéutico (Cruz *et al*, 2010; Molina, Ianez y Uribe, 2005; Uribe, Martínez y Rodríguez, 2013).

En las últimas décadas, se ha comenzado a prestar atención al papel de las emociones positivas en el proceso salud enfermedad, pues ellas pueden jugar un rol protector. Por ejemplo, Tajer (2012) hace una revisión de publicaciones y meta-análisis de investigaciones sobre la relación entre afectividad positiva y salud cardiovascular y plantea que los datos actuales apuntan a que los afectos positivos se asocian con respuestas biológicas que pueden redundar en un desarrollo menor de aterosclerosis y enfermedades en general, además de que se asocian con otras conductas que son beneficiosas como la tendencia a cuidar la salud, adoptar hábitos alimentarios y de ejercicio, cumplir con las medidas de prevención y los tratamientos y, adoptar decisiones apropiadas ante problemas de salud.

De hecho, en la actualidad (DeSteno, Gross & Kubzansky, 2013) se ha definido que hay tres temas que pueden guiar la mejor manera de ampliar nuestra comprensión del papel de las emociones en el proceso salud-enfermedad: 1) la necesidad de utilizar un enfoque basado en la diferenciación de las emociones; 2) la necesidad de considerar los posibles efectos de oposición y sinérgicos de las emociones, que pueden ocurrir en paralelo, y 3) la necesidad de examinar el impacto de emociones con respecto a la regulación del comportamiento tanto a nivel intra como interindividual.

Desde este marco, se propone que es importante distinguir los posibles efectos directos de las emociones en la salud (como por ejemplo, la configuración de las respuestas fisiológicas); de los efectos indirectos (como por ejemplo, su influencia en la toma de decisiones y como guías del comportamiento).

Comportamientos, promoción de salud y prevención de enfermedad

Como ya se dijo, las personas se mantienen sanas, se enferman, se curan o se empeoran entre otras razones, porque hacen o dejan de hacer cosas que afectan su salud, de ahí la importancia que se le ha concedido al estudio del comportamiento humano y de los factores que lo determinan.

Para los partidarios del enfoque conductista, el objeto de estudio de la psicología en las enfermedades crónicas son las conductas relacionadas con la afección. Entre ellas resultan de interés las conductas de enfermedad, que tienen una fuerte determinación cultural y son los modos mediante los cuales la persona demuestra que está enfermo como por ejemplo, en nuestra cultura occidental, la disminución del nivel de actividad, la ausencia al trabajo, la búsqueda e ingestión de fármacos, etc. (Ballester, R., 1993). Resultan de particular interés las conductas de riesgo, que han recibido una importante atención desde la Epidemiología, como las adicciones, la conducta alimentaria, etc. pues se consideran que su control permitiría incidir de manera importante en la morbilidad de las enfermedades crónicas. El reverso de las conductas de riesgo serían las conductas saludables, como la práctica de actividad física y la alimentación sana que han sido denominadas “inmunógenos conductuales” (OMS, 2014).

Un área importante de las intervenciones psicológicas es, por tanto, la promoción de salud y la prevención de enfermedades crónicas. Conviene dejar claro en este punto que no es responsabilidad exclusiva de la psicología lograr el cambio conductual pues como sabemos, el comportamiento está multifactorialmente determinado. La responsabilidad individual solo puede ejercerse plenamente cuando los individuos gozan de acceso equitativo a una vida sana y disponen de apoyo para tomar decisiones saludables, por lo que es importante el compromiso de los gobiernos y la sociedad en general (OMS, 2014).

Las teorías psicológicas más difundidas sobre comportamiento y salud se centran en el papel de los factores conscientes, reflexivos (como por ejemplo, las intenciones de comportamiento o las percepciones de riesgo) en la predicción y el cambio de conducta, pero actualmente se sostiene que la investigación sobre las decisiones de salud, acciones, y los resultados se vería enriquecido además por una mayor consideración de los procesos no conscientes, pues las acciones no solo son guiadas por un sistema consciente, reflexivo, basado en reglas, sino también por un sistema asociativo no consciente y en muchas ocasiones impulsivo o compulsivo (Sheeran, Gollwitzer & Bargh, 2013).

Problemas metodológicos y prácticos

Ante los gerentes, administradores y el personal “tradicional” de salud (como los médicos y enfermeras) se alza el desafío al diálogo y la convivencia con profesionales que poseen un lenguaje y un enfoque distinto de los problemas de la salud humana. Este enfoque puede devenir en un enjuiciamiento de su práctica profesional y obligarlos a reconceptualizar fenómenos y modos tradicionales de operar, lo que sin duda es beneficioso para el desarrollo, pero no deja de resultar inquietante.

Sin embargo, a mi juicio, los desafíos más difíciles se plantean a los propios psicólogos. Uno de los principales es el del trabajo multidisciplinario, que se presenta a los profesionales de la salud como un reto a la flexibilidad de pensamiento, a la capacidad de organización y a las habilidades para comunicarse con otros especialistas y con los propios pacientes.

De hecho, la inclusión de los psicólogos en los equipos de atención a los enfermos crónicos le ha conferido a este profesional un puesto de avanzada en la “lucha” por la multidisciplinariedad. Esto ha representado y representa una demanda de alta complejidad para los psicólogos pues de hecho ni nosotros, ni los restantes miembros del equipo, ni los sistemas sanitarios, estamos adecuadamente preparados para enfrentar este tipo de enfoque que en la mayoría de los casos es más declarativo que real.

En una investigación realizada hace algunos años con médicos de diferentes especialidades, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud dedicados a la atención al dolor, encontramos que los factores que dificultaban la interacción multidisciplinaria en la atención a los pacientes con dolor eran: ausencia de un lenguaje común, desconocimiento sobre los recursos y los límites de las diferentes especialidades, prejuicios sobre los otros profesionales y que no existen actividades institucionales dirigidas a propiciar la interacción multidisciplinaria, sobre todo en el nivel secundario y terciario de atención (Zas Ross, Martin Carbonell, Rial Blanco & Grau Abalo, 1995).

Otro problema práctico es que los enfermos “somáticos” pueden ser muy diferentes a los pacientes “mentales” que se ven tradicionalmente en los servicios de Psicología Clínica y Psiquiatría en dos aspectos fundamentales: el grado y tipo de trastorno psíquico que presentan; y las creencias y expectativas con respecto a la atención psicológica.

Se supone que el paciente que acude a los servicios de un psicólogo clínico (hablo de la psicología clínica tradicional en el ámbito de la salud mental) es porque presenta algún tipo de trastorno psíquico que le molesta a él o que afecta a los sujetos de su entorno (familia, comunidad, etc.). En la mayoría de los casos el paciente supone que “hay algo en su cabeza que no funciona bien” y acude voluntariamente; en el peor de los casos, es llevado por algún familiar o persona cercana. Un diabético, un asmático o una persona que padece de artrosis no necesariamente sufre algún tipo de malestar emocional ni presenta comportamientos considerados “anormales” por él o por sus otros significativos. De hecho, en nuestra sociedad se le adjudican al “rol de enfermo”, comportamientos que pueden ser perjudiciales para la evolución del padecimiento (como la pasividad, el consumo indiscriminado de fármacos, la evitación de la actividad, etc.) pero que son considerados “normales” por la población.

De esta manera, la indicación de que el paciente debe ser valorado por el psicólogo asume para el enfermo y sus familiares connotaciones ambiguas y amenazadoras que muchos de ellos no están preparados para afrontar. Este carácter potencialmente amenazante de la visita al psicólogo subyace en las representaciones sociales predominantes acerca de la “enfermedad física vs enfermedad mental” que resta legitimidad e importancia a los síntomas y quejas del enfermo si existe la sospecha de que ellos están psíquicamente determinados. Por tanto, entre el momento en que el sujeto es remitido a la consulta de Psicología y el momento en que es valorado por el psicólogo existe un proceso de toma de decisión acerca de si va a aceptar o no la valoración psicológica y que determina en gran medida la actitud que el paciente tendrá ante esta valoración, la información que está dispuesto a suministrar, la imagen que pretenderá ofrecerle al terapeuta y la disposición a aceptar los tratamientos psicológicos. En una investigación sobre la aceptación de la atención psicológica por personas con enfermedades reumáticas, encontramos que un tercio de las personas que fueron remitidas al psicólogo no entendían por qué y acudían a la primera consulta “por disciplina” (Martín Carbonell, 2002)

Otro importante reto se deriva de la actual organización de los servicios de salud y del estatus de los psicólogos en los centros de salud. En nuestro medio (y me refiero a los países “occidentales” y no solo a Latinoamérica), tanto entre el personal de salud como en la población prevalece aún el modelo médico tradicional y el dualismo cartesiano mente-cuerpo. De esta ideología sobre la enfermedad no estamos exentos ni aún los propios psicólogos y ella matiza el reconocimiento y las representaciones sociales que existen acerca de nuestro trabajo, lo que genera confusión con respecto al papel que este profesional juega en el equipo multidisciplinario. Salvo contadas excepciones, el psicólogo es visto como un profesional de “segunda clase”. Amén de los problemas profesionales que se derivan de esta situación, este rol de “paramédico” tiene importantes repercusiones en la organización de los servicios psicológicos, limitando los aportes que la Psicología puede hacer. En otras palabras, la intervención psicológica se considera prescindible y secundaria y no todos los pacientes se benefician de ella.

También nos genera un desafío el que al ampliarse el espectro de acciones del psicólogo, se modificó también el “locus” habitual de trabajo: la consulta. En los hospitales, el psicólogo tiene que trabajar con el enfermo hospitalizado y adaptarse a la disciplina y la dinámica particular del trabajo en estas instituciones. En la atención primaria muchas veces el trabajo se hace en las casas de las familias y en la comunidad. En este marco institucional, las intervenciones psicológicas deberán integrarse a la dinámica de la organización del trabajo y a las normas de disciplina propias del medio.

Por otra parte, aunque se considere que los factores psicológicos intervienen en el curso de todas las enfermedades, es necesario definir la naturaleza y la complejidad de las intervenciones psicológicas que se requieren para los distintos pacientes, en las diferentes enfermedades y en los diversos momentos o estadios de su evolución. De hecho, la intervención psicológica no es exclusivamente una tarea de los psicólogos. El resto de los miembros del equipo de salud también ejecutan este tipo de intervenciones, de forma premeditada o involuntaria.

De los problemas conceptuales y prácticos identificados, se derivan un conjunto de retos metodológicos involucrados en la selección de los procedimientos de evaluación e intervención, ya

que la mayoría de las técnicas disponibles fueron pensadas para ser ejecutadas desde la privacidad y aislamiento del consultorio con un “enfermo mental” o cuando más, con su familia.

La práctica de la psicología ha mostrado que es posible que un mismo problema de salud sea conceptualizado (y por ende, evaluado y tratado) desde enfoques diferentes y hasta contradictorios, con buenos resultados. Incluso terapeutas de la misma orientación ven en los mismos pacientes distintos problemas y tareas. Es más, la propia experiencia vital del terapeuta (que conforma también su ideología sobre la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal, etc.) influye para que en diferentes momentos conceptualice de forma distinta el mismo problema.

La psicología basada en la evidencia es un modelo metodológico que pretende legitimar tratamientos y teorías que presenten pruebas empíricas que respalden sus resultados. Actualmente, en ciertos países como Estados Unidos o Inglaterra, los tratamientos psicológicos que cumplen los requisitos derivados de este sistema son admitidos como tratamientos de elección en la mayoría de servicios públicos y privados de salud.

Se considera que los tratamientos pueden ser: 1. Eficaces, si realmente han obtenido resultados positivos para los usuarios, en investigaciones controladas. 2. Efectivos, si son útiles en la práctica clínica habitual. 3. Eficientes, si su aplicación obtiene los mayores beneficios y menores costes que otras alternativas al problema (Moriana & Martínez, 2011). Para la clasificación del nivel de la evidencia conseguida, los criterios propuestos por Chambless, D.L. y Hollon, S., (1998) han sido los más utilizados. En ellos se distingue entre tratamientos bien establecidos y tratamientos probablemente eficaces.

Aunque es indudable la importancia de identificar los tratamientos más eficaces, efectivos y eficientes, a este enfoque metodológico se le señala, entre otras debilidades: la dificultad de establecer una buena comprobación experimental de la eficacia (sobre todo con el manejo de grupos control), las diferencias en los criterios para diseñar guías de tratamiento (sobre todo para las psicoterapias), la generalización de resultados, y la distancia y falta de coordinación entre el ámbito científico y el aplicado de la práctica clínica (Moriana & Martínez, 2011). Además, la mayoría de los estudios se centran en los trastornos mentales, aunque por ejemplo, es posible encontrar en la web de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) evidencias sobre técnicas para mejorar la adherencia terapéutica, para depresión asociada a problemas físicos de salud, bienestar mental en personas mayores, intervención en la escuela para prevenir el consumo de alcohol, entre otras (NICE, s.f.)

Por otra parte, también hay suficiente evidencia acerca de que los determinantes del éxito terapéutico hay que buscarlos más que en las técnicas, en las características del paciente, del terapeuta, en los mecanismos y procesos terapéuticos y en la propia relación terapéutica (Labrador J.F. y Crespo M., 2012).

En la práctica, la selección de los contenidos y los procedimientos de intervención dependerá también de las creencias y expectativas de los diferentes sujetos implicados en el proceso de intervención psicológica: la población, el personal de salud y los propios psicólogos. Determinados procedimientos psicológicos, por diversas razones, gozan de un mayor o menor reconocimiento popular en ciertas épocas y lugares. Técnicas como la hipnosis, por poner un ejemplo, son defendidas o atacadas no solo

por los especialistas, sino también por los propios medios masivos de difusión y por la “voz popular”. La credibilidad de un procedimiento de intervención psicológica, los mitos que lo rodeen, el acceso a la información científica actualizada sobre sus efectos, etc. son variables que deben tenerse en cuenta a la hora de elegir las técnicas a aplicar.

De esta forma, la validez clínica y social de las metas de tratamiento no puede predeterminarse en abstracto. Se trata de establecer para qué problema, para qué paciente, en qué momento, en qué contexto y con cuál profesional.

Por esta razón no es posible dejar de tener en cuenta las particularidades del ejercicio profesional de la Psicología de la Salud en el contexto latinoamericano. Nuestro entorno se caracteriza por sobrepoblación, pobreza y bajo nivel educativo, deterioro ecológico y elevada contaminación ambiental, elevado porcentaje de población infantil, concentración en grandes urbes, dispersión rural, esperanza de vida contrastante en sectores poblacionales, problemas de vivienda y de oferta en servicios urbanos, reducida inversión en gastos públicos en salud y dificultad en capacidad familiar para pagar servicios, con prevalencia de un perfil epidemiológico mixto, en el que coexisten las enfermedades transmisibles y no transmisibles con los problemas de violencia y salud mental según sectores socioeconómicos, así como el crecimiento de conductas antisociales, delictivas y adictivas (OPS, 2002).

Con respecto al ejercicio de la Psicología de la Salud, Grau y Hernández (2005) plantean que son comunes a nuestros países: la formación de recursos humanos en un modelo medicalizado, la inserción de jóvenes profesionales en un sistema de salud que descuida la visión colectiva de salud y las herramientas de promoción/prevención; la inhabilidad para dar respuesta a nuevas demandas que desbordan el área de la “salud mental”; las proyecciones de Psicología de la Salud desde el área académica y no desde dentro del sistema de salud; y la necesidad de reciclaje técnico y conceptual de los psicólogos que trabajan en las instituciones y sistemas sanitarios.

Investigaciones acerca estado de la investigación de la psicología clínica y de la salud latinoamericana (Martín Carbonell, 2014; Vera-Villaroel, López-López, lillo & Silva, 2011; López, Silva, García Cepero, Bustamante & López, 2011; Manzano-Arrondo, 2010; Rey-Anacona, Martínez Gómez y Guerrero Rodríguez, 2009) muestran como tendencias el predominio de investigaciones realizadas desde las universidades, con enfoque cuantitativo como metodología para la investigación, estudios descriptivos con muestras por conveniencia, generalmente de adultos; enfoque cognitivo-conductual como sustento teórico; e interés en técnicas de evaluación, con una buena cantidad de estudios de validación.

Un análisis de las razones que explican lo anterior desbordaría los límites de este trabajo, pero quisiera llamar la atención sobre factores ajenos al desarrollo de la ciencia que según Gallegos, Berra, Benito & López López (2014; p. 108) explican que “las actuales condiciones de producción intelectual son definidas por un aumento de la competitividad entre pares académicos...”

Esto no es exclusivo de nuestra disciplina. Como reconoce Ioannidis (2014; p. 189) “... existen pruebas que indican que quienes revisan las solicitudes de financiamiento tienen currículos muy modestos y la mayoría de los científicos de mayor influencia no participan en el arbitraje de las solicitudes de

financiamiento ni reciben fondos del gobierno, incluso en los Estados Unidos, lo que indiscutiblemente tiene en este momento un gran impacto científico en cualquier país”.

Conclusiones

Una de las tareas presentes y futuras de la Psicología de la Salud en el ámbito de la de la promoción de salud, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, es la de ir creando su propio aparato conceptual y metodológico.

Nos corresponde establecer los parámetros para la elaboración de un concepto sobre la salud y la enfermedad que permita fijar las metas de nuestra acción y de esta manera, contribuir a que los sistemas sociales de cuidados de la salud puedan llegar a definiciones más precisas y útiles.

También queda claro que la intervención psicológica es multifactorial pues son múltiples los beneficiarios, los responsables, los contextos y los métodos. Es posible que en el futuro se puedan proponer uno o más conceptos que permitan clasificar los problemas en función de parámetros relevantes para la intervención psicológica (p.ej: el grado y tipo de incapacidad residual, las demandas que exige la enfermedad en cuanto a modificaciones de estilo de vida, la inminencia de la amenaza percibida a la supervivencia, la presencia de dolor, etc.)

Se han abierto nuevos caminos para la investigación y la práctica al incrementarse nuestros conocimientos sobre los diferentes niveles de determinación del comportamiento que van desde lo genético a lo macrosocial, pasando por el papel de los procesos y estados psíquicos inconscientes y reflexivos, aceptando la interrelación entre lo cognitivo y lo afectivo y el carácter activo y transformador del psiquismo, que no es solo un simple “reflejo” de lo que está afuera, sino el constructor de realidades internas y externas.

Se reconoce que en los últimos tiempos en Latinoamérica ha comenzado la disminución del distanciamiento entre la formación académica y el ejercicio profesional para la solución de demandas socio-sanitarias y se ha producido un incremento de proyectos, resultados de investigaciones y estudios psicosociales con proyección transdisciplinaria, multisectorial y transcultural, sin abandonar la especificidad de cada país o región (Morales-Calatayud, 2012; Grau-Abalo, Infante-Pedreira & Díaz -González, 2012), pero aún nos queda mucho camino por recorrer. Sería promisorio investigar qué aportes prácticos, metodológicos y conceptuales pueden extraerse de la experiencia acumulada, qué vías y métodos han permitido el acceso a este conocimiento y qué repercusiones ha tenido esta manera de proceder en la calidad de la asistencia psicológica, en el estatus profesional y en la imagen del psicólogo.

La psicología científica está naciendo en un parto doloroso y traumático. En su doble carácter de disciplina científica y profesión, la Psicología de la Salud deberá ser construida desde la práctica en los sistemas de salud, lo que no niega el valor que pudieran tener contribuciones provenientes del ámbito académico. Los psicólogos que trabajamos estas áreas de acción emergentes deberemos asumir esta oportunidad y estos retos.

Bibliografía

- Ballester, R. (1993). Conducta de enfermedad. La búsqueda de una identidad. *Boletín de Psicología*, 38: 63-88.
- Burke, A. L. J., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 345–360. <http://doi.org/10.1111/bjc.12078>
- Chambless, D.L. y Hollon, S. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cruz González, J. (2013). Las agresiones y abusos sexuales en la infancia y su repercusión psicosomática en la edad adulta Toko - Gin Pract, CXLVI 72 (5), 143-147.
- DeSteno, David; Gross, James J.; Kubzansky, Laura. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation . *Health Psychology*, 474-486. doi:10.1037/a0030259.
- Echeburúa, E., Salaberría, K.& Cruz, M. (2014). Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. . . *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Gallegos, M., Berra, M., Benito, E. & López López, W. (2014). Las nuevas dinámicas del conocimiento científico y su impacto en la psicología Latinoamericana. *Psicoperspectivas*, 13(3), 106-117. Disponible en HYPERLINK "<http://www.psicoperspectivas.cl>doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-377" <http://www.psicoperspectivas.cl>doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-377
- Grau J. A. y Hernández E. (2005). Psicología de la Salud. Aspectos históricos y conceptuales. En E. Hernández y J. Grau (Eds.) *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara
- Grau, J.A., Duque, A.M. y Mas, M. (1987). "Personalidad y enfermedad: un nuevo enfoque en la investigación de distintos enfermos" en J. Grau, C. Cunill y A. Casal (eds.) *La atención psicológica en los Hospitales Clínico Quirúrgicos: Apuntes de un Taller Pre-Congreso*. La Habana: Palacio de Convenciones.
- Grau, J. A. y Martín, M. (1994). La investigación psicológica de los enfermos crónicos: una revisión. *Rev. Psicología y salud* 1 (1), 137-150
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a Cognitive-Behavioral Classification System for Mental Disorders. *Behavior Therapy*, 45(4), 576–587. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.001>
- Ioannidis JPA (2014). How to make more published research true. *PLoS Med.*; 11(10). e1001747. doi:10.1371/journal.pmed.1001747 . Publicado en español en *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*. 2015;26(2):187-200
- Jadad, A.R., Cabrera, A., Martos, F., Smith, R., Lyons, R.F. (2010). *Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente*. Recuperado el 16 de agosto de 2015, de Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas -OPIMEC: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-mu>
- Labrador, J.F. y Crespo, M. (2012). *Psicología Clínica basada en la Evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Lillo, S. & Martini, N. (2013). Principales Tendencias Iberoamericanas en Psicología Clínica: Un Estudio Basado en la Evidencia Científica. *Terapia psicológica*, 31(3), 363-371. Recuperado en 04 de agosto de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000300011&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082013000300011.
- López, W., Silva, L.M., García-Cepero, M. C., Bustamante, M. & López, E. A . (2011). Retos para la colaboración nacional e internacional en la psicología latinoamericana: un análisis del sistema RedALyC, 2005-2007. *Estudios de Psicología (Natal)*, 16(1), 17-22. Retrieved August 04, 2015, from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000100003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-294X2011000100003.

Manzano-Arrondo, V (2010). La realidad significativa de investigación a través de las bases de datos. *Revista Salvadoreña de Psicología*, 20-34.

Martín Carbonell, M. (2002). La evaluación psicológica del dolor crónico : estrategias para nuestro medio. Tesis doctoral no publicada. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. DOI: 10.13140/RG.2.1.4976.8805

Martín Carbonell, M. (2014) Revisión sistemática cualitativa sobre la investigación en Psicología del dolor en América Latina. Resultados preliminares. Ponencia presentada en la VII Conferencia Internacional de Psicología "Hóminis". La Habana: Palacio de Convenciones.

Martín Carbonell, M, Riquelme Marín, A. y Lechuga, M. (2013). Factores psicológicos asociados al cumplimiento terapéutico en personas con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud*, 62-68. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117107.pdf>

Molina Linde, J. M., Iañez Velasco, M. A. y Uribe Rodríguez, A. F. (2005). Sobrecarga en cuidadores de enfermos de Alzheimer: Distrés psicológico y factores moduladores. *Geríatrika*, 21 (3), 27-36.

Morell Sixto, M.E., Martínez González, C., Quintana Gómez, J.L. (2009). Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. . *Rev Pediatr Aten Primaria* , 491-512.

Moriana, Juan A.; Martínez, Víctor A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, v. 16, n. 2, p. 81-100. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/download/10353/9891>

NICE (s.f) All NICE guidelines. <http://www.nice.org.uk/Guidance>

Salud, O. M. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1

Salud, O. P. (2002). *Cuidado innovador para las condiciones crónicas. Agenda apra el cambio*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Services, U. D. (2013). *Brain Initiative: Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN) Initiative"*. . Obtenido de <http://www.nih.gov/science/brain/index.htm>

Sheeran, P., Gollwitzer, P. M., & Bargh, J. A. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology*. Sheeran, Paschal: Department of Psychology, University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom, S10 ZTP, p.sheeran@sheffield.ac.uk: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/a0029203>

Velasco Ramírez, J. F., Grijalva, M. G., & González Pedraza Avilés, A. (2015). Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa*, 22(4), 146-151. <http://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.01.001>

Rey Anacona, C.A., Martínez Gómez, J.A. y Guerrero Rodríguez, S.I. (2009). Tendencias de los Artículos en Psicología Clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 61-71.

Rodríguez Campuzano, M.L. y Frías Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos. *Psicología y Salud*, 169-186.

Rosenberg, C.E. (1987). "The cholera years: The United States in 1823, 1849 and 1866". (2da. ed.). Chicago: *University of Chicago Press*.

Tajer, C. D. (2012). Alegría del corazón. Emociones positivas y salud cardiovascular. *Rev. argent. cardiol. [online]*.80 (4), 325-332. Recuperado en

Integración Académica en Psicología
Volumen 4. Número 11. 2016. ISSN: 2007-5588

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000400015&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1850-3748.

Uribe, A.F., & Martínez, A.M. (2013). Factores de riesgo intralaboral en una institución de salud nivel III de la ciudad de Bucaramanga. Ponencia III Congreso de Psicología Colpsic-Ascofapsi. Septiembre 5, 6 y 7 de 2013.

Vera-Villarroel, P., López-López, W., Lillo, S. y Silva, L.M. La producción científica en psicología latinoamericana: Un análisis de la investigación por países. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2011, 95-104

Zas Ross, B., Martín Carbonell, M., Rial Blanco, N., & Grau Abalo, J. (1995). El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 9–24. Retrieved from <Go to ISI>://A1995QR13400001

COLABORACIÓN CIENTÍFICA Y VISIBILIDAD DE REVISTAS DE PSICOLOGÍA EDITADAS POR UNIVERSIDADES NACIONALES ARGENTINAS: CASOS DE LA UNMP Y UBA

Jorge Eduardo Visca

Luigi Moya

Cristina Di Doménico

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata

Resumen

El objetivo del presente trabajo es analizar la colaboración científica y visibilidad de los artículos de las revistas *Investigaciones en Psicología* (UBA) y *Perspectivas en Psicología* (UNMP), editadas por universidades nacionales de la Argentina. Se aplica la metodología bibliométrica calculando los indicadores de autoría (coautoría, filiación geográfica e institucional) y visibilidad (cantidad de citas recibidas de los artículos). Se diseñó una base de datos relacional *ad hoc* sobre la plataforma Microsoft Access sobre la que se realizó una carga manual de todos los registros. Para el análisis de la visibilidad de los artículos se utilizó como fuente de datos al buscador Google Scholar (GS) a través de la aplicación Publish or Perish (PoP) de Harzing's. En *Perspectivas en Psicología* (2004-2011) se han analizado 140 artículos con un total de 225 autores. En poco más del 50% de los artículos se manifiesta algún nivel de participación conjunta; dentro del cual el mayor porcentaje (33%) lo representan aquellos firmados por dos autores. El 92% de los autores firmantes son argentinos, y casi el 80% pertenecen a universidades públicas nacionales. En términos de colaboración institucional se manifiesta a nivel intrainstitucional. La colaboración interinstitucional de distinto origen es prácticamente inexistente.

En *Investigaciones en Psicología* (1996-2012) un total de 361 artículos y 545 autores. Alto porcentaje de colaboración entre autores, principalmente entre dos y tres autores (40%). Casi el 90% son argentinos, y principalmente proveniente de universidades públicas nacionales. La participación extranjera está dada, en su mayoría, por autores e instituciones españolas, brasileras y puertorriqueñas. No existe la colaboración entre instituciones de distinto origen.

Se caracterizan como revistas científicas de visibilidad alta y media en el campo de la Psicología que están avanzado en aspectos importantes –como como antigüedad, indización en bases de datos y disponibilidad en formato digital– para obtener mayor influencia en el medio científico.

Palabras claves: Colaboración científica-visibilidad-revistas-psicología-Argentina

Abstract

The aim of this work is to analyze the scientific collaboration and the visibility of the scientific articles in the journals Investigaciones en Psicología (UBA) and Perspectivas en Psicología (UNMP), edited by national public universities of Argentina.

Bibliometric methodology was applied by calculating the following bibliometric indicators: authorship (co-authorship, geographic affiliation and institutional affiliation) and visibility (number of citations of articles). A relational data was created in Microsoft Access platform by manually loading all the bibliographic records. For analysis of the visibility of the articles it was used the Google Scholar (GS) as data source through the Publish or Perish (PoP) Harzing's application.

Results: From Perspectivas in Psicología (2004-2011) they were analyzed 140 articles with a total of 225 authors. In just over 50% of the articles it is manifested some level of joint participation; within the highest percentage (33%) is represented by those signed by two authors. 92% are argentinenean authors, and almost 80% belong to national public universities. In terms of institutional collaboration is manifested a intra-institutional level. The inter-institutional collaboration of different origin is virtually nonexistent.

From Investigaciones en Psicología (1996-2012) they were analyzed a total of 361 articles and 545 authors. There is a high percentage of collaboration between authors, mainly between two and three authors (40%). Almost 90% are argentinean authors, and mainly belong to national public universities. Foreign participation is given mostly by spanish, brazilian and puerto ricans authors and institutions. There is no collaboration between institutions of different origin.

These publications are characterized as high and average visibility scientific journals in the field of psychology which are moving forward on main aspects –such as as: antiquity, indexing databases and availability in digital format– in order to obtain greater influence in the scientific environment.

Key words: *Scientific collaboration-Visibility-Journals-Psychology-Argentina*

Introducción y marco conceptual

La ciencia se caracteriza por su carácter público y por la colaboración entre los actores científicos. En los últimos años la actividad científica aislada es una excepción. La colaboración nacional, regional y/o internacional se observa como un paso de madurez de la disciplina psicológica, y está en constante crecimiento (Kliegl & Bates, 2010). Sin embargo, uno de los principales problemas de la publicación latinoamericana en psicología es la dificultad para mantener y establecer redes de cooperación (López López, Silva, García-Cepero, Aguilar-Bustamante & Aguado López, 2011), no solo a nivel internacional sino también dentro de los países (López López, García Cepero, Aguilar-Bustamante, Silva & Aguado López, 2010a, 2010b).

En cuanto a la característica de visibilidad, la ciencia se da a conocer a partir de publicaciones científicas. La ciencia que no se publica no existe. La publicación científica es el principal canal de difusión y legitimación del trabajo científico. En este sentido las revistas científicas se transforman en el principal medio de difusión de las investigaciones (Maltrás-Barba, 2003; Miguel, 2011).

En el campo de la psicología, en las últimas décadas, han surgido a nivel exponencial revistas científicas tanto nacionales como internacionales (Liberatore & Hermosilla, 2006). En este trabajo hemos tomado dos revistas de la Argentina que son editadas por universidades públicas nacionales: *Investigaciones en Psicología* (INVES) de la Universidad de Buenos Aires y *Perspectivas en Psicología* (PPSI) de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las que surgieron como respuesta a un crecimiento de la actividad investigadora de las instituciones universitarias citadas.

En consonancia con este aumento de revistas y publicaciones científicas han surgido amplios estudios basados en el análisis empírico de la ciencia. Este análisis utiliza indicadores bibliométricos para observar y caracterizar diferentes aspectos del trabajo científico.

Existen numerosos antecedentes sobre análisis bibliométricos de publicaciones periódicas de la disciplina, principalmente a nivel iberoamericano. España ha sido un país pionero en este sentido (Carpintero & Peiró, 1981). A continuación citaremos los principales estudios desde esta perspectiva.

En primer lugar, existen análisis de importantes revistas científicas españolas como *Psicothema* (Quevedo-Blasco & Ariza, 2013), *Anuario de Psicología* (Saíz & Saíz, 1994), *Anales de Psicología* (Peñaranda Ortega, Quiñones Vidal & López García, 2005).

En Latinoamérica existen varias investigaciones bibliométricas realizadas sobre revistas científicas, como el caso de la publicación brasileña *Psico* (Pizzinato *et al*, 2011); en Colombia la *Revista Latinoamericana de Psicología* (Gómez-Morales, Jaraba-Barríos, Guerreros-Castro & López-López, 2012) y *Universitas Psychológica* (Rivera Garzón, 2008); en Puerto Rico la *Revista Puertorriqueña de Psicología y Ciencias de la Conducta* (Martínez Taboas & Pérez Pedrogo, 2006); en Cuba la *Revista Cubana de Psicología* (Cairo Valcárcel, 2000); y en México el *Mexican Journal of Psychology* (Hernández-Guzmán, Montero y López Lena & Carrillo Macías, 2002) y *Acta comportamentalia* (Serrano & Ribes-Iñesta, 2007). También la *Revista Interamericana de Psicología* editada por la Sociedad Interamericana de Psicología ha sido objeto de estudio (Cassepp Borges, 2004).

En Argentina encontramos algunos estudios sobre revistas de psicología como el de la *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (González, 2008), *Revista de Psicología* de la UNLP (Klappenbach, 2008/2009) y *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (Klappenbach, 1999; Weismann, 1999; Ynoub, 2004). Es interesante remarcar la investigación de Liberatore & Hermosilla (2006) que realizaron un pormenorizado estudio sobre la cantidad y tipología de revistas existentes en Argentina e Iberoamérica en el campo de la psicología.

Estos estudios analizan las revistas a partir de ciertos indicadores bibliométricos que podríamos dividir de la siguiente manera: indicadores de autoría, de contenido, de citación y de visibilidad.

Es pertinente aclarar que sobre estas revistas se han realizado estudios bibliométricos anteriores a los ya citados. Se eligieron las últimas investigaciones de cada revista.

Objetivos

Analizar la colaboración científica en las revistas *Perspectiva en Psicología* (UNMP) e *Investigaciones en Psicología* (UBA) a partir de los *indicadores de autoría* (coautoría, filiación institucional y geográfica).

Estudiar la *visibilidad* de las revistas mencionadas a partir de la cantidad de citas recibidas.

Metodología empleada

La revista *Perspectivas en Psicología* es una publicación periódica de frecuencia anual editada por la Facultad de Psicología de la UNMdP desde el año 2004 hasta la actualidad, acumulando un total de 9 volúmenes consecutivos.¹ Se encuentra indizada en bases de datos regionales como Latindex, BVS-ULAPSI y LILACS. Recientemente ha sido desarrollada su versión digital a través del sistema OJS² (*Open Journal Systems*) orientando su política editorial hacia el sistema de acceso abierto a la información científica. En junio de este año a partir de la resolución número 1855/13 del CONICET la revista ha sido incorporada al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas, constituyendo un paso importante para obtener mayor prestigio y visibilidad dentro del campo científico.

Por otro lado, la revista *Investigaciones en Psicología* es una publicación periódica de frecuencia semestral y/o trimestral editada desde 1996 por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos

Aires. Desde 1999 sus trabajos son registrados en Psycodoc y en Latindex. Se han publicado 47 volúmenes desde 1996 hasta 2013.

Para el análisis de los indicadores se diseñó una base de datos *ad hoc* en la plataforma Microsoft Access en la cual se cargaron de forma manual todos los registros bibliográficos de cada una de las revistas hasta el año 2012. En total se cargaron 501 artículos, completando una totalidad de 770 autores.

Se calcularon los siguientes indicadores: autoría (coautoría, filiación institucional y filiación geográfica) y visibilidad –cantidad de citas recibidas e índice h– (Hirsch, 2005).

Para el análisis de la visibilidad se utilizaron la cantidad de citas recibidas a lo largo de los años de existencia de la revista a través del buscador Google Scholar³ (GS) a través de la aplicación Publish or Perish (PoP) de Harzing's.⁴ El PoP es un programa desarrollado especialmente para recuperar y analizar las citaciones académicas de los documentos recogidos en este buscador, calculando un conjunto de indicadores bibliométricos basados en el análisis de citación. El resultado del impacto de cada una de las revistas se le comparó con otros títulos de revistas editados por universidades públicas nacionales como: *Revista Universitaria de Psicoanálisis* (UBA), *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento* (UNC), *Revista Evaluar* (UNC), *Anuario de Investigaciones* (UBA), *Psico logos* (UNT) y *Fundamentos en humanidades* (UNSL). En este caso el período a analizar es el de 2004-2013, ya que la revista *Perspectivas en Psicología* (UNMP) es una publicación joven que comienza a publicar desde 2004.

Conclusiones

En las dos revistas analizadas existe un alto porcentaje de artículos firmados por dos o más autores. El mayor porcentaje de colaboración se da en los artículos firmantes por dos y tres autores (**Tabla 1.1 y 1.2**). Dato que coincide con los aportados por investigaciones en Latinoamérica para el campo de la Psicología (López-López, García-Cepero, Aguilar Bustamante, Silva & Aguado López, 2010a, 2010b; López-López, Silva, García-Cepero, Aguilar Bustamante & Aguado López, 2011).

Nro. de firmas	Nro. de artículos	%	% acum.
1	67	47,9	47,9
2	46	32,9	80,8
3	14	10	90,8
4	3	2,1	92,9
5	3	2,1	95
6	6	4,2	99,2
9	1	0,8	100
Total	140	100	

Tabla 1.1. Coautoría (Perspectivas en Psicología)

Nro. de firmas	Nro. de artículos	%	% acum.
1	159	44	44
2	82	22,7	66,7
3	56	15,5	82,2
4	23	6,3	88,5
5	18	5	93,5
6	9	2,5	96
7	5	1,38	97,38
8	2	0,55	97,93
10	2	0,55	98,48
11	1	0,27	98,75
12	1	0,27	99,02
13	2	0,55	99,57
20	1	0,27	100
Total	361	100	

Tabla 1.2. Coautoría (Investigaciones en Psicología)

En cuanto al origen geográfico (Tabla 2.1 y 2.2) en las dos revistas la mayor parte de los autores son argentinos (90%), y además provienen de universidades públicas nacionales (Tabla 3.1 y 3.2). En las revistas analizadas la colaboración está dada, principalmente a nivel intrainstitucional, es casi inexistente la colaboración entre instituciones de distinto origen e incluso entre instituciones del mismo país. La participación extranjera resulta marginal en las revistas y no responde en apariencia a vinculaciones programáticas con grupos o proyectos pertenecientes a la UNMP y a la UBA.

Países	Cantidad de autores	%
Argentina	207	92
Brasil	11	4,88
Austria	3	1,33
Colombia	1	0,44
EEUU	1	0,44
Francia	1	0,44
Cuba	1	0,44
Total	225	100

Tabla 2.1. Procedencia geográfica de los autores. (Perspectivas en Psicología)

Países	Cantidad de autores	%
Argentina	482	88,6
España	13	2,38
Brasil	10	1,8
Puerto Rico	9	1,65
Chile	6	1,1
Colombia	6	1,1
Uruguay	4	0,73
México	3	0,55
Portugal	3	0,55
Cuba	2	0,3
Venezuela	2	0,3
Alemania	1	0,18
Bolivia	1	0,18
E.E.U.U	1	0,18
Francia	1	0,18
Total	544	100

Tabla 2.2. Procedencia geográfica de los autores. (Investigaciones en Psicología)

Institución	Nº de autores	%
Universidad Nacional de Mar del Plata	76	33,8
Universidad de Buenos Aires	73	32,4
Universidad Nacional de Córdoba	9	4,0
Universidad Nacional de San Luis	8	3,6
Universidad Nacional de Tucumán	5	2,2
IIPUS	5	2,2
Universidad Nacional de Rosario	4	1,8
Universidad Adventista del Plata	3	1,3
Universidade de Caixas do Sul	3	1,3
Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	3	1,3
Universidad de Viena	3	1,3
Instituto de Neurociencias de Bs. As.	3	1,3
CIIPME	3	1,3
Obra Social de Empleados Públicos (Mendoza)	3	1,3
Otras universidades	15	6,7
Otras instituciones	9	4,0
Total	225	100

Tabla 3.1. Procedencia institucional de los autores (Perspectivas en Psicología)

Institución	Nº de autores	%
Universidad de Buenos Aires	310	57,5
Universidad Nacional de San Luis	14	2,59
Universidad Nacional de Mar del Plata	13	2,41
Universidad Nacional de Tucumán	11	2,04
Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria Nro. 1	8	1,48
Universidad Nacional de Córdoba	8	1,48
Universidad de Belgrano	7	1,29
Universidad de Puerto Rico	7	1,29
Universidad del Salvador	7	1,29
Universidad Nacional de La Plata	7	1,29
Universidad Nacional de Entre Ríos	5	0,92
IIPUS	5	0,92
Pontificia Universidad Católica de Chile	5	0,92
Universidad Nacional de La Matanza	5	0,92
Otras universidades	64	11,87
Otras instituciones	63	11,68
Total	539	100

Tabla 3.2. Procedencia institucional de los autores (Investigaciones en Psicología)

En cuanto a la visibilidad en la tabla 4 se observa el número de citas recibidas por los artículos publicados en ellas durante el período 2004-2013. Se destacan tres posiciones claras entre las revistas elegidas para realizar la comparación. La revista *Investigaciones en Psicología* se hallaría dentro del grupo de revistas con visibilidad alta, compartiendo este lugar con *Revista Evaluar (UNC)*, *Fundamentos en humanidades (UNSL)* y *Anuario de investigaciones (UBA)*. Hay ciertos criterios que permiten a estas revistas lograr esta medida de visibilidad como: antigüedad, indización en bases de datos (particularmente las concebidas en el concepto de acceso abierto) y, sobre todo, estar disponible en formato digital. En el caso de *Perspectivas en Psicología* se hallaría dentro del grupo de visibilidad media junto a la *Revista Universitaria de Psicoanálisis (UBA)*. Es notable observar que en *Perspectivas en Psicología* atendiendo a los criterios antes mencionados que casi el 40% de las citas acumuladas corresponden a los artículos de los volúmenes publicados en el medio digital (2010 y 2011).

Revistas	Nº de artículos citados	Nº de citas recibidas	Citas por artículo	hindex	hI norm
Revista Evaluar (2000)*	38	171	4.50	8	6
Fundamentos en humanidades (2000)	73	266	3.64	8	7
Anuario de investigaciones (1989)	197	531	2.77	8	5
Investigaciones en Psicología (1996)	209	551	2.64	8	6
<i>Perspectivas en Psicología</i> (2004)	31	102	3.29	5	3
Revista Universitaria de Psicoanálisis (1999)	24	59	2.46	5	5
Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (2009)	104	42	0.40	3	3
Psicólogos : revista de psicología de la Universidad Nacional de Tucumán (1991)	9	14	1.56	2	1

* Año correspondiente a la publicación del primer volumen.

Tabla 4. Visibilidad de las revistas según cálculo de citas recibidas en el período 2004-2013.

Consideramos de importancia que estas revistas se incorporen al sistema de acceso abierto a las publicaciones científicas. *Perspectivas en Psicología* (UNMP) últimamente ha avanzado mucho en este sentido incorporándose al sistema OJS (*Open Journal Systems*). Deberían introducir todos sus volúmenes en formato digital para obtener una visibilidad y colaboración mayor en la región latinoamericana, además de poder ser indizada en bases de datos regionales importantes como SciELO y RedALyC.

Notas

¹ En el 2008 se publicó el volumen correspondiente a ese año más otro especial dedicado al tema de la vejez.

² pkp.sfu.ca/ojs/

³ <http://scholar.google.com.ar/>

⁴ <http://www.harzing.com/pop.htm>

⁵ Alertamos al lector que en toda la extensión del presente artículo y solo a fin de facilitar la lectura decidimos hablar sin perspectiva de género, hablando de los integrantes de la pareja de manera indistinta, en el entendido de que esto no significará discriminación, ni pose filosófica estereotipada alguna.

⁶ Nota: Para efectos de comparación con las cifras del censo de 1982, en el presente cuadro, las cifras de las categorías “separado” y “anulado” de los Censos de 1992 y 2002 fueron fusionadas.

Bibliografía

Buela-Casal, G. & López, W. (2005). Evaluación de las revistas científicas iberoamericanas de Psicología. Iniciativas y estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (1), 211-217.

Cairo Valcárcel, E. & Gómez Lozano, R. (2000). Tres lustros de la *Revista Cubana de Psicología*. *Revista Cubana de Psicología*, 17(1).

Cardoso Sampaio, M. I. & Zoqui Paulovic Sabadini, A. A. (2012). La merecida visibilidad de las revistas latinoamericanas de Psicología. *Revista Colombiana de Psicología*, 21(1), 111-123.

Carpintero, H. & Peiró, J. M. (1981). Aplicaciones de la metodología bibliométrica a los estudios de Historia de la Psicología. En H. Carpintero & J. M. Peiró (eds.), *Psicología Contemporánea. Teoría y métodos cuantitativos para el estudio de su literatura científica* (pp. 41-52). Valencia: Alfaplus.

Cassepp Borges, V. (2004). Los 38 años de historia de la *Revista Interamericana de Psicología*. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 369-372.

De Filippo, D.; Morillo, F. & Fernández, M. T. (2008). Indicadores de colaboración científica del CSIC con Latinoamérica en bases de datos internacionales. *Revista Española de Documentación Científica*, 31(1), 66-84.

- Gómez Morales, Y. J.; Jaraba-Barrios, B.; Guerrero-Castro, J. & López-López, W. (2012). Entre Internalización y consolidación de comunidades académicas locales. Sobre la *Revista Latinoamericana de Psicología*. *Revista Colombiana de Psicología*, 21(1), 97-110.
- González, E. N. (2008). Análisis cuantitativo del primer quinquenio de la *Revista Argentina de Clínica Psicológica*: 1992-1996. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 277-282.
- Hernández-Guzmán, L.; Montero y López Lena, M. & Carrillo Macías, O. (2002). Latin American productivity from 1990 to 1998 in the *Mexican Journal of Psychology*. *International Journal of Group Tensions*, 31(4), 317-337.
- Hirsch, J. E. (2005). An index to quantify an individual's scientific research output. *Proceedings of the National Academy of Science*, 102 (46), 16569-16572.
- Klappenbach, H. (1999). Estudio bibliométrico de los primeros 25 años. *Acta Psiquiátrica y Psicológica en América Latina*, 45(4), 303-316.
- Klappenbach, H. (2009). Estudio bibliométrico de la *Revista de Psicología* de la Universidad Nacional de La Plata: 1964-1983. *Revista de Psicología*, 10, 13-65.
- Kliegl, R. & Bates, D. (2010). International Collaboration in Psychology is on the rise. *Scientometrics*, 87 (1), 149-158.
- Liberatore, G. & Hermosilla, A. (2006). Caracterización de las publicaciones en Psicología en Iberoamérica: estudio sobre su tipología y visibilidad internacional. *Perspectivas en Psicología*, 3 (1).
- López-López, W.; García-Cepero, M. C.; Aguilar Bustamante, M. C.; Silva, M. L. & Aguado López, E. (2010a). Panorama general de la producción académica en la Psicología Iberoamericana, 2005-2007. *Papeles del Psicólogo*, 31 (3), 296-309.
- López-López, W.; Silva, M. L.; García-Cepero, M. C.; Aguilar Bustamante, M. C.; & Aguado López, E. (2010b). Panorama general de la producción académica en la Psicología colombiana indexada en PsycoreDALyC, 2005-2007. *Acta Colombiana de Psicología*, 13 (2), 35-46.
- López-López, W.; Silva, M. L.; García-Cepero, M. C.; Aguilar Bustamante, M. C. & Aguado López, E. A. (2011). Retos para la colaboración nacional e internacional en la psicología latinoamericana: un análisis del sistema RedALyC, 2005-2007. *Estudios de Psicología*, 16(1), 17-22.
- Maltrás-Barba, B. (2003). *Los indicadores bibliométricos: fundamentos y aplicación al análisis de la ciencia*. Gijón: TREA.
- Martínez-Taboas, A. & Pérez Pedrego, C. (2006). Las revistas de *Psicología en Puerto Rico*: una breve mirada histórica. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 17, 571-589.
- Miguel, S. (2011). Revistas y producción científica de América Latina y el Caribe: su visibilidad en SciELO, RedALyC y SCOPUS. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 34 (2), 187-199.
- Peñaranda-Ortega, M.; Quiñones Vidal, E. & López García, J. J. (2005). Veinte años de *Anales de Psicología*: una revista con raíces académicas (1984-2004). *Anales de Psicología*, 21(2), 181-198.
- Pizzinato, A.; Kochenborger Scarparo, H. B.; Soares, T.; Menini Bezerra, A. C.; Camargo, J.; García Da Silva, T. L., et al (2011). 40 anos da revista *Psico*: uma revisao bibliométrica. *Psico*, 42(3), 303-309.
- Quevedo-Blasco, R. & Ariza, T. (2013). Twenty-five year history of the journal *Psicothema*. *Psicothema*, 25(1), 93-99.
- Rivera-Garzón, D. M. (2008). Caracterización de la comunidad científica de Psicología que publica en la revista *Universitas Psychologica* (2002-2008). *Universitas Psychologica*, 7(3), 917-932.

Integración Académica en Psicología
Volumen 4. Número 11. 2016. ISSN: 2007-5588

Saíz, M. & Saíz, D. (1994). Análisis bibliométrico de la revista *Anuario de Psicología*. Una aproximación a un cuarto de siglo de Psicología en la Universidad de Barcelona. *Anuario de Psicología*, 63, 25-46.

Serrano, M. & Ribes-Iñesta, E. (2007). Acta Comportamentalia (1992-2006): un análisis bibliométrico. *Acta Comportamentalia*, 15, 103-109.

Weismann, P. (1999). *Cuarenta y cinco años de Psiquiatría Argentina desde las páginas de acta*. Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata.

Ynoub, R. C. (2004). Investigación y producción científica en salud mental. Análisis de la revista *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* en base a técnicas sociobibliométricas, período 1965-1975. *Investigaciones en Psicología*, 1(9).

LA PSICOLOGÍA EN CHILE: DESIDEOLOGIZANDO LA FORMACIÓN DE PREGRADO Y EL EJERCICIO PROFESIONAL

Tania de Armas Pedraza

Maribel Ramos Hernández

Departamento de Sociología, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

Cristian Venegas Ahumada

Departamento de Psicología, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

Resumen

El objetivo de la investigación es describir algunas manifestaciones de la ideología económica neoliberal en la formación de pregrado y ejercicio profesional de la Psicología en Chile. Se utiliza metodología de análisis de discurso y estadística descriptiva. Se han encontrado estrategias ideológicas de legitimación (racionalización) en la Derecha y en el Estado, cosificación (naturalización) respecto al mercado privado. Al año 2016 existen 151 programas de formación de pregrado, 89% son impartidos por universidades privadas y 11% por universidades estatales. En el trabajo privado (PRIV), 64,6% posee trabajo no decente. En cambio, en el Servicio de Salud Público Estatal (SSPE), el trabajo no decente es de 33%. A su vez, en el SSPE, los/as psicólogos/as perciben en promedio un sueldo bruto 51,8%-59,4% más alto que el PRIV. Conclusiones: La ideología neoliberal de la Derecha se infiltró en el Estado, por tanto, la reivindicación política sobre formación y trabajo para la psicología es transversal.

Palabras claves: Ideología neoliberal, trabajo no decente, reivindicación política.

Abstract

The objective of this investigation is to describe some aspects of the neoliberal economic ideology in the development of undergraduates and professional development of psychology in Chile. A descriptive statistical methodology and discourse analysis were used. Ideological strategies of legitimate (rationalization) of the Right and State were found, reification (naturalization) with respects to the private market. Up until 2016 there exist 151 undergraduate programs, 89% are offered by Private Universities. In the private sector (PRIV), 64,6% attributes to no decent work. To the contrary, in the State Public Health Services (SSPE), no decent work is 33%. At the same time, the SSPE, psychologists perceive an average brut salary of 51, 8%-59, 4% higher than the PRIV. Conclusions: The neoliberal ideology of the Right has infiltrated in the State, therefore the political claim in formative recognition and labor for psychology happen transversally.

Key Words: neoliberal ideology, no decent work, political claim.

Introducción

En el presente trabajo investigativo se realiza un análisis del debate político ocurrido durante el primer período de la presidenta Michelle Bachelet Jeria (2006-2010). Tal debate político surge en un contexto socio-político marcado por la noticia de que las carreras de “Investigación Criminalística” y “Perito Forense” impartidas por institutos profesionales y universidades, *no tenían campo laboral* para sus titulados/as, generando la movilización y judicialización del caso por parte de los/as

estudiantes/as afectados/as (Ahumada, 2012; Brunner, 2007). Este caso que se dio durante el segundo semestre del año 2007, llevó a que el Poder Ejecutivo enviara al Congreso Nacional el “Proyecto de ley que regula la oferta de carreras impartidas por instituciones de Educación Superior Autónomas” (Bachelet, 2008), el que encontró de inmediato una reacción en contra por parte del centro de investigación y estudios privado “Libertad y Desarrollo”, –un *think tank* de la Derecha política–, mediante el escrito “Regulación de carreras universitarias: Una idea equivocada” (Libertad y Desarrollo, 2008).

Los documentos de Bachelet (2008) y “Libertad y Desarrollo” (2008), reflejan dos perspectivas antagónicas: aquella que piensa en el desarrollo del país con un énfasis en el rol del Estado como garante de Derechos Sociales y promotor de la equidad (Atria, Larraín, Benavente, Couso y Joignant, 2013), frente a una corriente de pensamiento económico neoliberal que concibe el mercado como un espacio desde el cual producir crecimiento y desarrollo del país reduciendo al mínimo la injerencia del Estado (Friedman & Friedman, 1986; Kaiser, 2015).

El presente escrito, se desarrolla en tres partes. En la primera de ellas abordaremos el sistema económico neoliberal como ideología (Eagleton, 1997; Thompson, 2002), mostrando las bases jurídicas y discursivas que lo sustentan. En segundo momento, se aborda, mediante un análisis de discurso el texto de “Libertad y Desarrollo” (2008), como posición *hegemónica* (Gramsci, 1981) neoliberal, respecto a ella, adoptamos una perspectiva *desideologizadora* (Martín-Baró, 1986). En un tercer momento, siguiendo esa línea desideologizadora, se analiza de modo empírico la formación y el ejercicio profesional de la psicología. Finalmente, también se somete al Estado a un análisis crítico al ser considerado como *subsidiario* y marcadamente neoliberal (Gómez, 2010). Por lo mismo, es importante realizar un análisis crítico de la formación y ejercicio profesional de la psicología.

La investigación, mediante el análisis de caso de la carrera de Psicología en Chile, se suma a una línea de estudios que constatan los efectos que el sistema económico neoliberal ha generado: avance hacia la saturación del mercado, desprofesionalización, trabajo no decente y malestar laboral en psicólogos/as (De Armas, Venegas y Lorenzo, 2016, De Armas y Venegas, 2015, Urzúa, Vera-Villaruel, Zúñiga, Salas, 2015; Venegas, 2016, 2015a, 2015b, 2014a, 2014b, 2013, 2010).

1. El sistema económico neoliberal como ideología

El sistema *económico neoliberal*, defiende la *libertad individual*, de emprendimiento, de mercados abiertos, libertad de empleo, el rol del Estado no es sino otorgar orden y seguridad, mas no debe ser el de “un jugador más” en el campo del mercado sino “un árbitro” que haga respetar las reglas mismas de la libertad de mercado. Por tanto, desde esta concepción, la competencia entre individuos es la que permite el desarrollo en término de crecimiento económico (Friedman & Friedman, 1986).

El sistema económico neoliberal, se caracteriza por una *alta libertad individual*. Se confía plenamente que tal libertad, permite el crecimiento, desarrollo y prosperidad de los países, por tanto, no es relevante la existencia de una *alta desigualdad* entre las personas, pues se concibe, en último término como inevitable. El esfuerzo debe estar dirigido a *mejorar la calidad de las oportunidades* que tienen las personas, pues todo intento de volverlas iguales materialmente desde el Estado, solo se constituye en una interferencia autoritaria que coarta la libertad de las personas y en último término, limita el desarrollo de los países (Friedman & Friedman, 1986; Kaiser, 2015; Rokeach, 1973, 1968).

Esta concepción neoliberal, se expresa en *libertad de enseñanza y trabajo* tal como lo consagra la Constitución (1980) y el Código del Trabajo (2003) (**Cuadro 1**), dejando estatuida la *flexibilidad laboral*, que significa facilidad para contratar en períodos de ciclos expansivos de la demanda y simplicidad o gratuidad para despedir en ciclos de contracción económica de la demanda (Soto, Espinoza y Gómez, 2008), con una profunda limitación: no tener derechos a vacaciones periódicas pagadas ni a sindicalización, por tanto, tal vinculación laboral precaria deviene en *trabajo no decente* (Pascual, 2007).

Aspectos normativos	Artículos legales
Regulación del sistema educativo	Art. 19, Nº 11º. “La <u>libertad de enseñanza</u> incluye el derecho de abrir, organizar y mantener establecimientos educacionales” Constitución Política de la República de Chile [CPE], 2008).
Definición constitucional de trabajo	Art. 16º.- La <u>libertad de trabajo</u> y su protección. Toda persona tiene derecho a la <u>libre contratación y a la libre elección del trabajo</u> con una justa retribución” (Constitución Política de la República de Chile [CPE], 2008).
Código del Trabajo	Art. 2.º “Reconócese la función social que cumple el trabajo y la <u>libertad de las personas</u> para <u>contratar</u> y dedicar su esfuerzo a la labor lícita que <u>elijan</u> ” (Código del Trabajo, 2003).

Cuadro 1. Educación y trabajo en el neoliberalismo

Fuente: Elaboración personal a partir de las fuentes jurídicas citadas

Consideramos que el sistema económico capitalista neoliberal es una ideología por cuanto, busca *promover significaciones mediante las cuales mantener la dominación, en este caso, de clase por parte de las burguesías nacionales y transnacionales* (Eagleton, 1997; Thompson, 2002) que invierten en Educación Superior Universitaria, asegurando la reproducción simbólica del sistema económico capitalista neoliberal. Esto es así porque, siguiendo Voloshinov (1992), la reproducción de la ideología:

Se tiende entre las conciencias individuales y las une. Los signos surgen, pues, tan solo en el proceso de interacción *entre* conciencias individuales. La misma conciencia individual está repleta de signos. La conciencia solo deviene conciencia al llenarse de un contenido ideológico, es decir, *sígnico* y, por ende, solo en el proceso de interacción social (p. 34, cursivas del autor).

Por tanto, el análisis de la ideología (Eagleton, 1997; Thompson, 2002) neoliberal en Chile permite centrarnos en una crítica a la formación y ejercicio profesional de la psicología, concretando en ello una praxis investigativa de *compromiso social* (Fals, 2011, 2009), cuya finalidad política de *desideologización* abre caminos hacia una forma de liberación para la Psicología (Martín-Baró, 1986).

El Estado bajo un sistema económico neoliberal se reduce a un rol mínimo, solo subsidiario, por ejemplo, solo un 32,7% del erario fiscal es destinado a las universidades estatales, los/as alumnos/as que obtienen crédito con aval del Estado, pueden estudiar en universidades

privadas, muchas de ellas *con fines de lucro*. Por tanto, no podemos considerar al Estado como una entidad absolutamente libre de las transformaciones neoliberales. Además, durante los Gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (1990-2010), enfocaron su política pública a minimizar los efectos sociales del sistema económico neoliberal, sin embargo, no intentaron la superación del modelo. Por lo mismo, en el área de la Educación Superior Universitaria, intentaron *guiar el mercado*, por ejemplo, a través de la página web *Mi Futuro* que ha sido diseñada para entregar información a los/as futuros/as alumnos/as como así también a las universidades (Brunner, *et al*, 2005; Contraloría General de la República, 2014; Gómez, 2010; Herreros, 2012; Meller, 2011, 2010; Mönckeberg, 2013, 2007, 2005; Quiroga y Ensignia, 2010, 2009).

Se presenta un análisis de la ideología que considera como primer nivel, la ideología de Derecha representada por libertad y desarrollo (2008), en un segundo nivel, la ideología del Estado que ha sido infiltrada por el modelo económico neoliberal y un último nivel, los efectos materiales que ha tenido la ideología neoliberal en la formación y ejercicio profesional de la psicología, para lo cual se recurre a un estudio mediante estadística descriptiva.

1.1. El Análisis de discurso como herramienta desdeologizadora: ¿Para regular el ejercicio profesional de la psicología más Estado o más mercado?

Mediante el análisis de discurso de tipo estructural y análisis de la ideología (De Armas y Venegas, 2014; Venegas, 2012) que a continuación realizaremos, se da cuenta de los elementos esenciales del debate entre Bachelet (2008) y “Libertad y Desarrollo” (2008). Así, en el “Esquema Estructural: No deben/deben existir normas en el futuro para regular la oferta de carreras de Educación Superior Universitaria” se sintetiza el enfrentamiento. Estas son las dos grandes posturas políticas frente a la Educación Superior (ES) profesional universitaria: un Estado regulador de la Educación que busca garantizar derechos sociales vs un libre mercado sin regulación estatal que permitiría, según la Derecha, promover el desarrollo de las personas y del país. Al respecto, “Libertad y Desarrollo” (2008) utiliza una estrategia ideológica de *legitimación*, en especial de *racionalización* (Eagleton, 1997; Thompson, 2002). Mediante esta, construye una cadena argumentativa con apología de la innovación y asumir los “riesgos” a las instituciones como a los estudiantes, no hacen referencia a las familias de esos alumnos y alumnas que la gran mayoría de las veces apoyan de modo afectivo y económico la decisión de estudiar la carrera profesional. “Libertad y Desarrollo” (2008) señala:

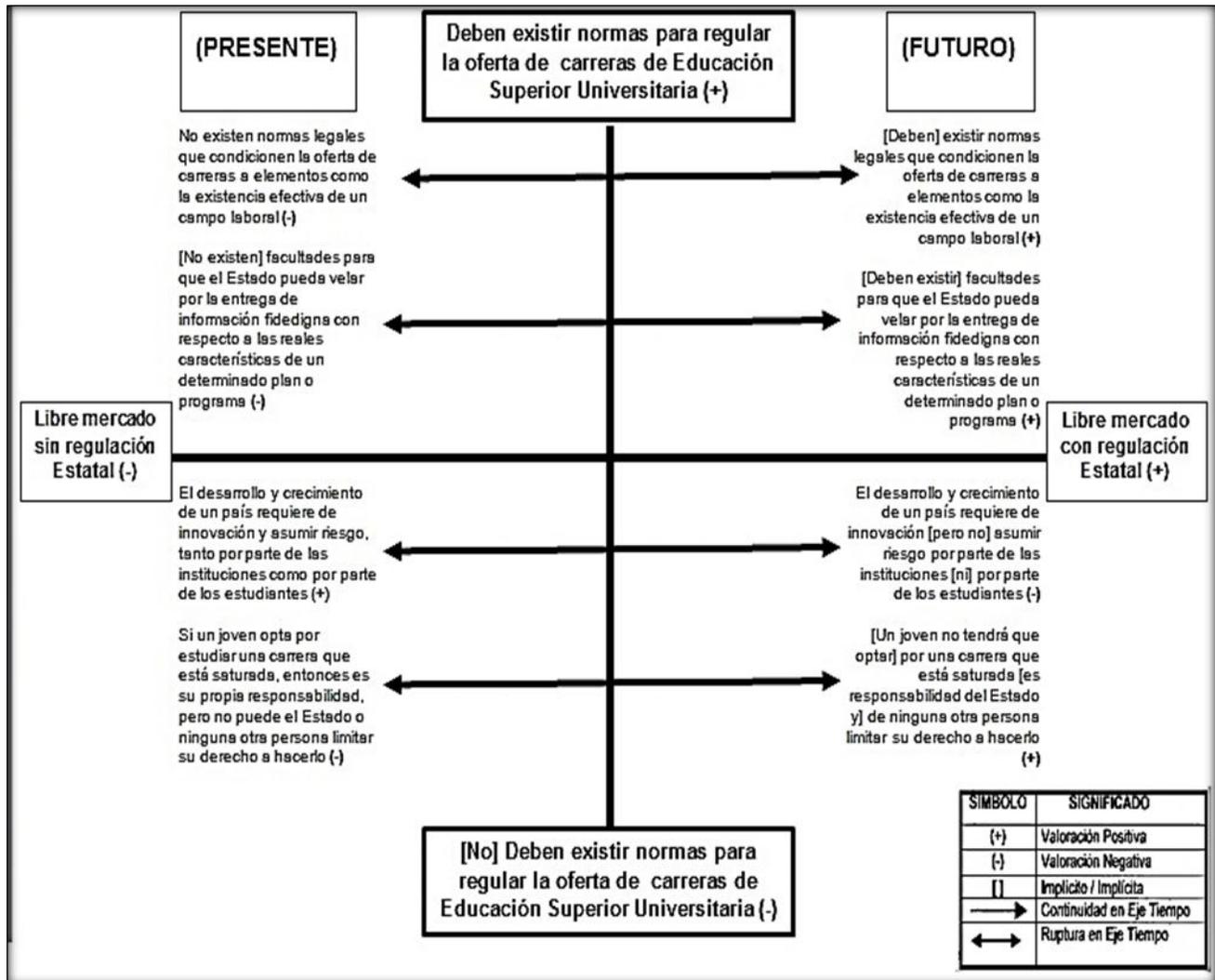
El desarrollo y crecimiento de un país requiere de innovación y a su vez, esta requiere *asumir riesgo*, tanto por parte de las *instituciones* como por parte de los *estudiantes* que *apuestan* por determinadas carreras y estudios. Chile es un país que está implementando una política de fomento de la innovación, por lo tanto, poner esta barrera sería lamentable (p. 4, cursivas nuestras).

El centro de investigación y estudios Libertad y Desarrollo (2008), continúa con su estrategia de *legitimación (racionalización)*, esta vez, para demostrar que la regulación del Estado sobre la oferta de carreras, solo coarta la *libertad individual* de los estudiantes de *elegir*, lo cual apreciamos en el siguiente pasaje:

Otros problemas que se podrían generar con este proyecto se refieren a la posibilidad de *controlar la oferta de ciertos profesionales*. Lo anterior se da porque la apertura de las carreras está supeditada a la entrega del estudio sobre opciones laborales, que deberá ser revisada por funcionarios del MINEDUC. Así, se podría señalar que algún mercado está “saturado” y por tanto que no es conveniente abrir dicha carrera, lo que implica limitar las opciones de los estudiantes y por tanto sus *posibilidades de elegir*. *Si un joven opta por estudiar una carrera que está saturada, entonces es su propia responsabilidad, pero no puede el Estado o ninguna otra persona limitar su derecho a hacerlo* (p. 5, cursivas nuestras).

Es importante destacar que el proyecto de ley aludido (Bachelet, 2008), es planteado por el Gobierno desde una subjetividad política *reformista*, manifestando una clara ruptura con la situación presente. En caso de ser aprobado tal proyecto de ley, la Educación Superior Universitaria, contaría con un Estado que garantice a los/as alumnos/as y sus familias que la profesión estudiada tiene un campo laboral específico desde el cual proyectar el futuro de los/as egresados/as. Es en este sentido donde afirmamos que se pretende una ruptura claramente reformista que marque una discontinuidad en el eje tiempo, lo cual es duramente resistido por Libertad y Desarrollo (2008) ubicado en las antípodas de esa iniciativa.

La postura de la regulación estatal, sostiene que el desarrollo y el crecimiento del país requiere de innovación pero no debieran asumir tal riesgo las instituciones y estudiantes que eligen determinadas carreras. En este sentido, se adopta un compromiso con el *bienestar social* de los/las alumnos/as y sus familias que con un grado heterogéneo de recursos económicos, han podido costear la carrera. Se trata, en suma, de una postura que destaca el *derecho una educación pertinente*. En otras palabras, se trata de un proyecto de ley que defiende el *interés colectivo, o de los derechos sociales* entregando mayores atribuciones al Ministerio de Educación **(Ver esquema estructural)**.



Esquema Estructural: Deben/no deben existir normas en el futuro para regular la oferta de carreras de Educación Superior Universitaria.

Fuente: Elaboración personal

2. La enseñanza y el ejercicio profesional de la Psicología: Un análisis empírico

El primer programa de pregrado en Psicología se abre en la Universidad de Chile en el año 1947, una universidad estatal, pluralista, cuya misión y visión se relaciona con los temas del país desde una perspectiva laica y pública. En el año 1959, se suma la Pontificia Universidad Católica, alineada con los intereses del Vaticano y defensora de valores conservadores. Estas dos universidades marcaron la formación académica de varias generaciones de profesionales. Una situación como la descrita, cambia cuando la reforma en Educación Superior Universitaria del año 1982 permite a empresarios privados y al capital foráneo, abrir universidades; así, pasados veinte años de aquel hito, es decir, el año 2002, el número de programas se elevó a 48. Transcurridos solo seis años más, año 2008, el número de

programas aumentó a 100. Transcurridos solo 8 años más, en otras palabras, el año 2016, el número total de programas se ha elevado a 151 (**Gráfico 1**).

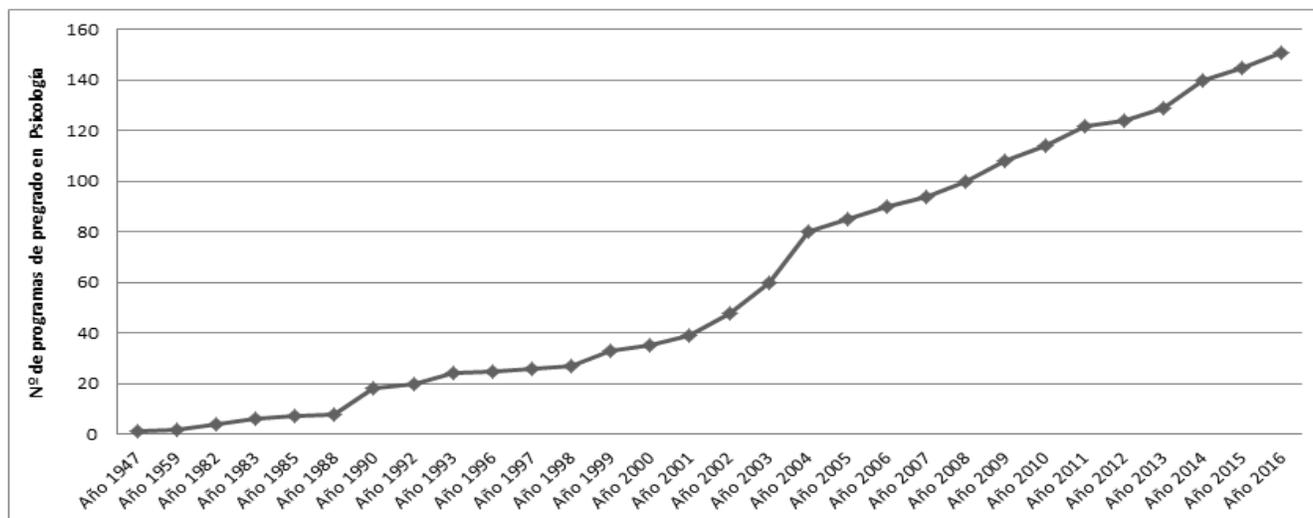


Gráfico 1. Número de programas de pregrado para estudiar Psicología en Chile (1947-2016).
Fuente: Elaboración propia a partir de Consejo Nacional de Educación [CNED] (2015) y *Mi Futuro* (2016a)

La expansión de la oferta de programas de pregrado en Psicología puede explicarse recurriendo al *criterio clasificatorio de naturaleza jurídica de la universidad*, lo cual nos permite afirmar que el 89% de los programas de pregrado son impartidos por universidades privadas y solo 11% por universidades estatales (**Gráfico 2**). Una situación como la descrita muestra que la expansión de la oferta obedece a la tendencia de profundizar la privatización. Además, la “libertad de enseñanza”, amparada por la Constitución, se traduce en una diversidad enorme de programas formativos respecto a los cuales el Estado no tiene atribuciones para influir en los contenidos curriculares, por tanto, no existe un perfil único nacional para la formación de psicólogos y psicólogas en Chile, en consecuencia, no es posible asegurar una estandarización ni homogenización de las competencias que requieren los/as psicólogos, no solo para responder a las demandas del mercado laboral privado, sino además a las necesidades de la sociedad y del país.

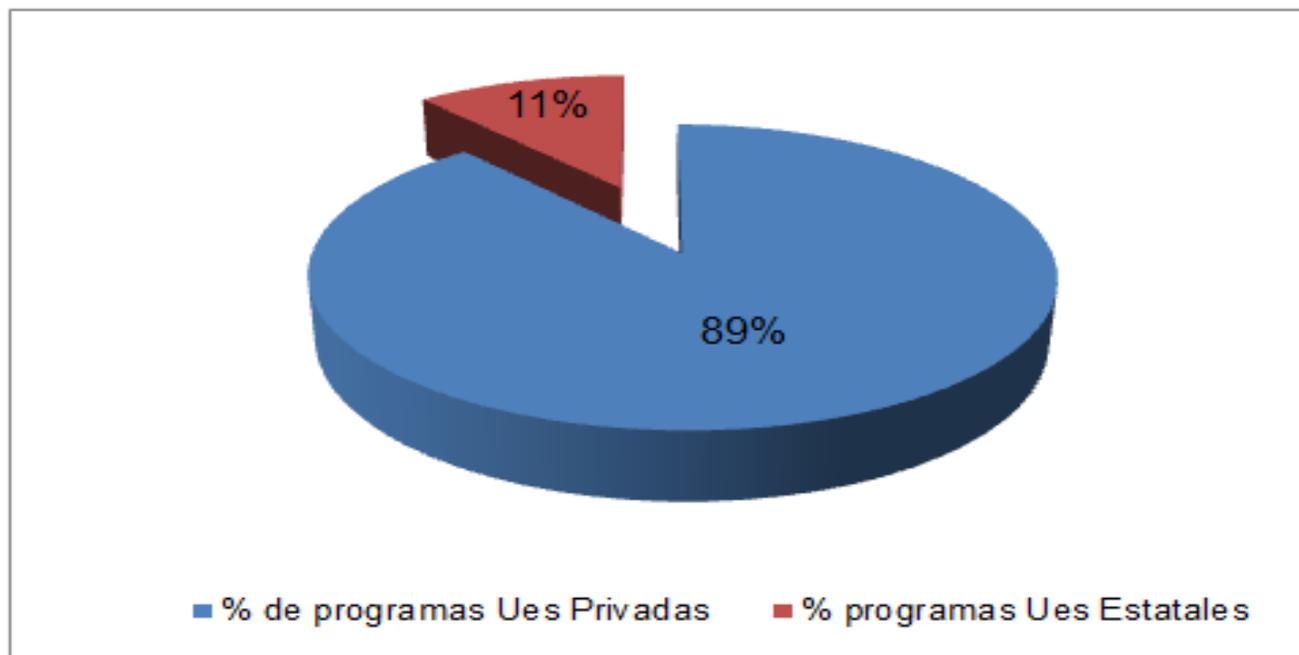


Gráfico 2. Porcentaje de programas de pregrado en Psicología impartidos por Universidades estatales y privadas, año 2016.

Fuente: Elaboración propia a partir de *Mi Futuro* (2016a)

Otra de las manifestaciones de la ideología neoliberal se refiere al hecho que en Chile, la realidad laboral para los/as titulados/as de la Enseñanza Superior Universitaria, viene dada por lo que muestran las estadísticas de *Mi Futuro* (2016) como una base absolutamente fidedigna de la realidad laboral de las carreras. Sin embargo, el carácter ideológico de tal portal se refiere a la *cosificación (naturalización)* (Eagleton, 1997; Thompson, 2002) manifestada en la consideración del *mercado privado* como único referente. Bajo esta modalidad de trabajo, quienes se inician como trabajadores particulares independientes, es decir, “prestadores/as de servicios profesionales”, deben abrir un “giro comercial” en el “Servicio de Impuestos Internos” (SII), donde queda registrada su actividad económica y por cada “boleta de honorarios” emitida por los profesionales, se retiene un 10% que va para el Estado. Al respecto, en el portal web de *Mi Futuro* (2016b) su “Nota metodológica” advierte:

La información de ingresos y empleabilidad asociada a carreras tiene su origen en las instituciones de Educación Superior, que entregan registros completos de sus titulados; el cruce de datos realizado por la Subdirección de Estudios del SII sobre la base de las *declaraciones de impuestos de los contribuyentes*, y el procesamiento y validación que realiza el Servicio de Información de Educación Superior (SIES), del Ministerio de Educación. La información disponible en este portal se refiere al total de los titulados de las instituciones de Educación Superior *con inicio de actividades* en el SII. En ese sentido, *no se opera con muestras ni inferencias estadísticas, por tanto no define niveles de significación ni margen de error* (párrafo 6, cursivas nuestras).

Por lo mismo, considerando los planteamientos de *Mi Futuro* (2016b) queda invisibilizada la realidad del trabajo realizado por los/as psicólogos/as en el Servicio de Salud Público Estatal. Con ello, siguiendo a Voloshinov (1992) se promueve mediante la interacción social significaciones que hacen más probable que los/las individuos/as se comporten considerando las estadísticas del ámbito privado como una representación real y objetiva para la profesión de la psicología, en este sentido, insistimos deviene en una estrategia ideológica de cosificación (naturalización) (Eagleton, 1997; Thompson, 2002).

El sueldo bruto promedio para psicólogos/as en el Servicio de Salud Público Estatal para la dotación Planta es 51,8% y Contrata, 59,4% más alto que el sueldo bruto promedio en el ámbito privado al segundo año de titulado(a).¹ Mientras, que al comparar la dotación de personal a honorarios en el ámbito estatal con el sueldo bruto promedio en el ámbito privado, considerando al 2º año de titulación, los sueldos en el ámbito estatal a honorarios son en promedio -18,5% más bajos, de esta forma se constata que en el modelo neoliberal el Estado invierte mucho menos en el sueldo de estos trabajadores/as, siendo esta una de las formas más concretas de cómo *la política de “modernización del Estado” no ha significado sino el advenimiento del trabajo no decente* en un espacio que antaño era sinónimo de estabilidad. Pese a ello, el ámbito estatal sigue mostrando superioridad en términos comparativos con el ámbito privado (**Tabla 1**).

Sueldo bruto promedio Planta en SS Público Estatal año 2014	Sueldo bruto promedio Contrata en SS Público Estatal año 2014	Sueldo bruto promedio honorarios SS Público a Honorarios año 2014	Sueldo bruto promedio en ámbito privado al 2º año de titulado(a) año 2014
\$ 1.203.178	\$ 1.236.319	\$ 648.570	\$ 792.367

Tabla 1. Comparación sueldo bruto promedio mensual para Psicólogo(a) en Servicio de Salud Público Estatal según tipo de contrato respecto a prestación de servicios a Honorarios en el Sector Privado al 2º año de titulación, año 2014.

Fuente: Elaboración propia partir de *Mi Futuro* (2015) y Servicios de Salud (2014)

En el ejercicio profesional de los/as psicólogos/as en el Servicio de Salud Público Estatal el 53% están con modalidad a “contrata” y un 14% forman parte de la dotación “planta”. Desde el punto de vista contractual, en estas modalidades, se respetan los derechos laborales que conforman algunas de las variables propias del *trabajo decente* como son: derechos a vacaciones periódicas pagadas, posibilidad de sindicalizarse, solicitar “días administrativos” para trámites personales, afiliarse al Servicio de Bienestar cuyos beneficios, entre otros, son: optar créditos de consumo e hipotecarios con tasas preferenciales, descuentos adicionales por bonos médicos y reembolso parcial de dinero por recetas de salud. También, podemos considerar la promoción de actividades de recreación y esparcimiento para sus funcionarios y sus familias las cuales son subsidiadas. Por el contrario, los/as psicólogos/as que están en el Servicio Público Estatal de Salud a honorarios, es decir, solo como “prestadores/as de servicios profesionales”, emitiendo boletas de honorarios, no tienen derecho a vacaciones periódicas pagadas, no pueden sindicalizarse, en suma no tienen ningún derecho social asegurado por el trabajo que prestan, situación que afecta al 33% de los/as psicólogos/as que trabajan en el Servicio de Salud Público Estatal (**Gráfico 3**).

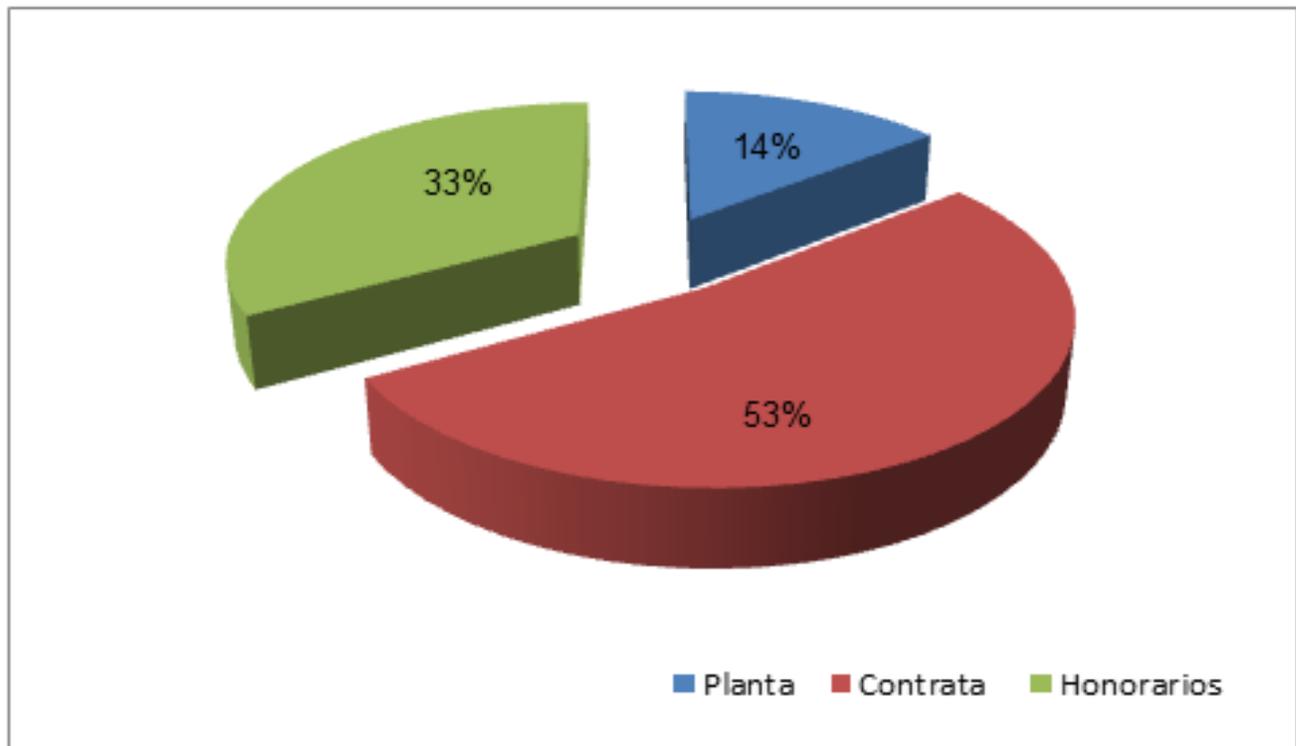


Gráfico 3. Dotación de Psicólogos/as en el Servicio Público Estatal de Salud según tipo de contrato, año 2014.
Fuente: Elaboración propia partir de Servicios de Salud (2014)

Al comparar el trabajo que ejercen los/as psicólogos/as en el ámbito de los Servicios de Salud Público Estatal (SSPE) y el sector Privado (PRIV), especialmente el referido al ejercicio libre de la profesión, es decir, tomando a quienes ejercen como prestadores/as de servicios profesionales “a honorarios”, mediante iniciación de actividades en el SII, constatamos que en el SSPE, el 67% de los/as psicólogos/as ejercen un trabajo decente, en cambio, en el ámbito PRIV, quienes ejercen un trabajo decente, alcanzan solo al 35,4%, con lo cual queda demostrado que en el ámbito del SSPE los/as psicólogos/as ejercen trabajos con un mayor respeto a sus derechos laborales que en el ámbito PRIV, lo cual es *ocultado* mediante la *la ideología neoliberal* del propio Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC), a través del portal web *Mi Futuro*, que muestra cifras del ámbito PRIV independiente como sinónimo de todo el campo laboral que existe en el país para la psicología como para las demás profesiones (**Gráfico 4**).

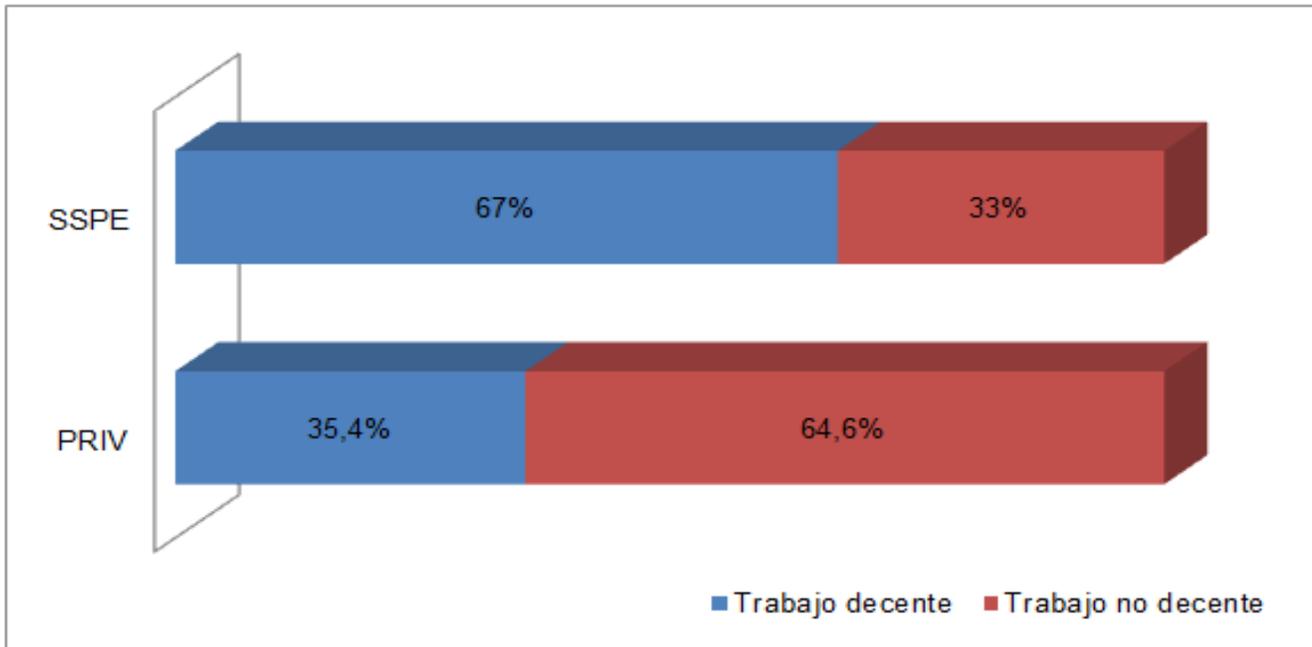


Gráfico 4. Porcentaje de trabajadores/as con trabajo decente y no decente en el Servicio Público Estatal de Salud y en el ámbito Privado (ejercicio libre de la profesión), años 2007, 2014, últimos años disponibles.
Fuente: Elaboración propia a partir de Linn (2007) y Servicios de Salud (2014)

En ejercicio profesional, un aspecto muy importante es la estricta observancia del código de ética profesional, para ello el rol del Colegio de Psicólogos de Chile (COLEPSI), es velar por tal cumplimiento, si bien, en el período (1996-2014) ha aumentado un 355% el número de afiliados/as al COLEPSI (**Gráfico 5**), el número total de afiliados/as en el período (1996-2014), al relacionarlo con el número de titulados/as en igual período, encontramos que los/as afiliados/as representan solo el 11%, por tanto, la jurisdicción ética queda severamente limitada, lo cual implica, que la gran mayoría de los/as psicólogos/as quedan al margen de la jurisdicción ética del COLEPSI haciendo que no exista certeza jurídica del imperio de la ley sobre el ejercicio profesional (**Gráfico 6**).

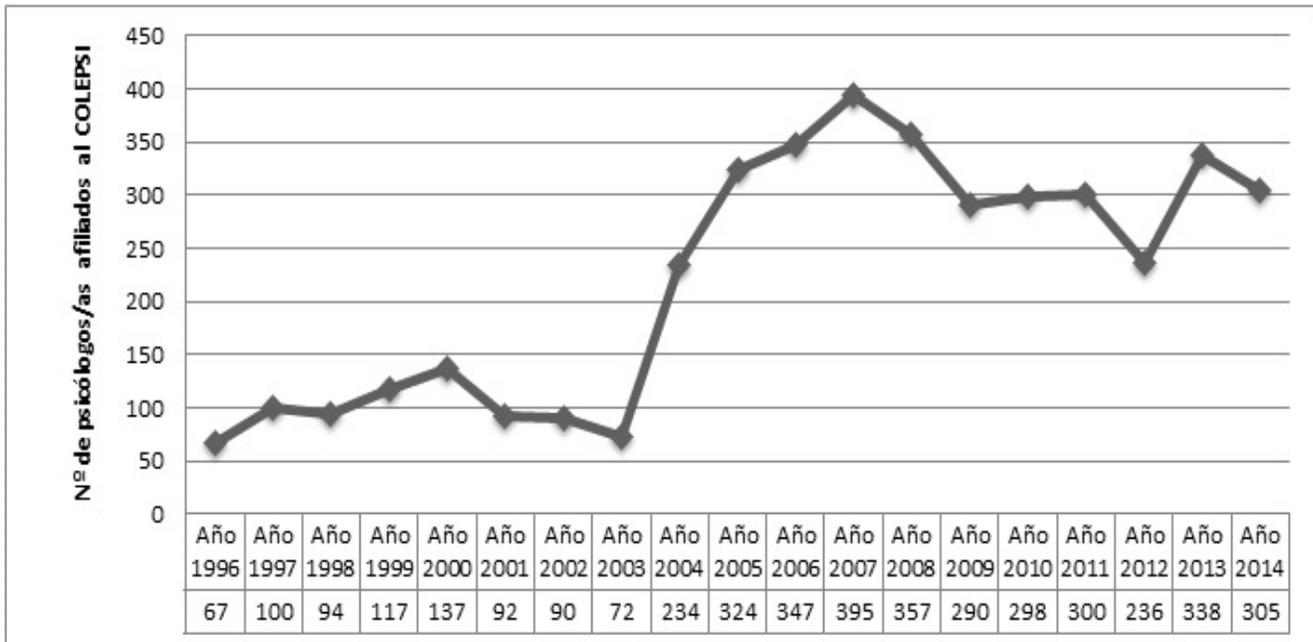


Gráfico 5. Número de Psicólogos/as afiliados/as al COLEPSI (1996-2014), último año disponible.
 Fuente: Elaboración personal a partir de base de datos COLEPSI (2015)

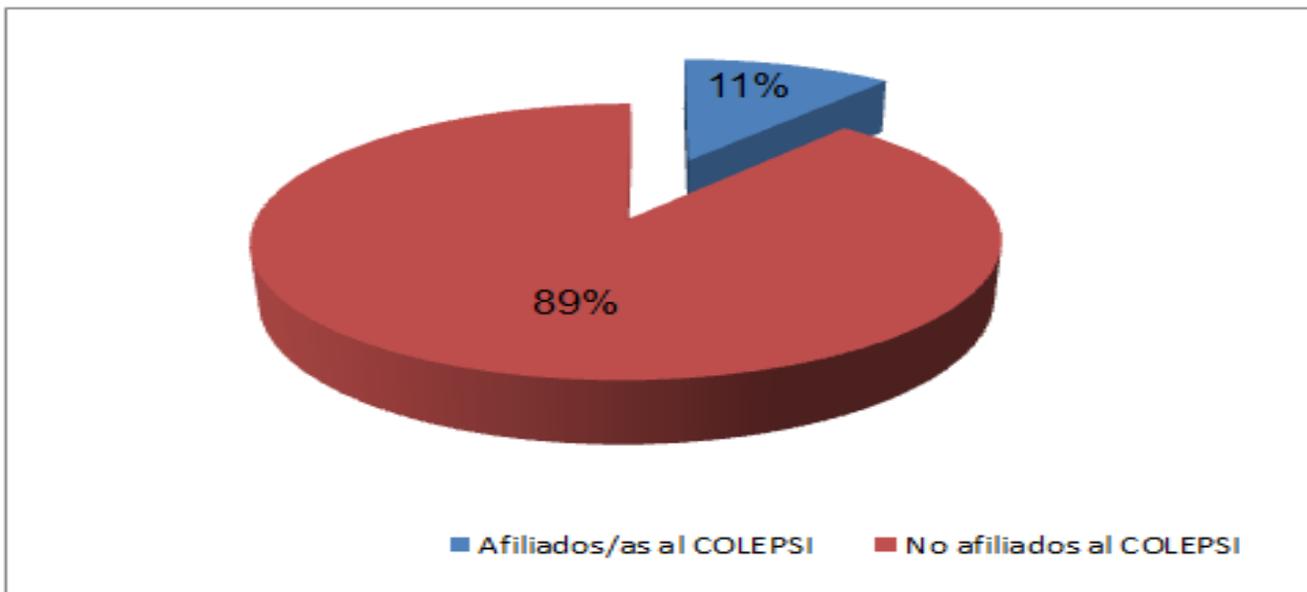


Gráfico 6. Porcentaje de Psicólogos/as afiliados/as al Colegio de Psicólogos/as de Chile respecto del total de titulados/as (1996-2014)

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos COLEPSI (2015)

Conclusiones

El sistema económico neoliberal en Chile opera desde una institucionalidad heredada de la Dictadura Militar de Augusto Pinochet (1973-1990), cuya Constitución Política y Código del Trabajo, defienden la libertad individual contra cualquier injerencia del Estado en los ámbitos de Educación y trabajo, este modelo socio-político y económico, ha resultado perjudicial cuando entendemos la profesión no solamente como una forma de realización personal y biográfica, sino además, como un *servicio puesto al bienestar de la sociedad* en su conjunto.

Desde la institucionalidad neoliberal, la educación es entendida como *bien de consumo*, desaparece el concepto de profesión como *compromiso social* respecto a las realidades históricas específicas, lo cual supone, un plan a nivel de país donde las Ciencias Sociales y en particular la Psicología, hagan su aporte, no siendo este el diseño institucional vigente.

En el debate político neoliberalismo / Estado, nos encontramos que son los *derechos sociales* los que quedan severamente restringidos o vulnerados, especialmente en el ámbito de los derechos laborales en el ejercicio de la psicología, que hacen de la *flexibilidad laboral* una forma de institucionalizar el *trabajo no decente*, bajo la pretendida libertad individual de quien puede elegir qué estudiar y a quienes prestar sus servicios profesionales de modo independiente.

La ideología neoliberal que se ha infiltrado en el ámbito estatal, se expresa en la *naturalización* del ámbito privado como el único canon y punto de referencia permanente para describir la realidad de la psicología y de las profesiones en su conjunto, tal como lo demuestra la página *Mi Futuro*. Con ello, la ideología neoliberal del Estado escamotea al propio Servicio de Salud Público Estatal, donde hemos demostrado, que los/las psicólogos/as de ese ámbito, perciben un sueldo bruto promedio significativamente más alto y con mayor respeto hacia sus derechos laborales en comparación al ámbito privado. Sin perjuicio de lo anterior, no podemos dejar de señalar *el carácter ambivalente del ámbito Estatal*, que tiene un porcentaje significativo de psicólogos/as con *trabajo no decente*. De este modo hemos efectuado una *praxis desideologizadora* no solo respecto a “Libertad y Desarrollo”, sino además al propio Estado, con ello, hemos promovido la *concientización* de la realidad de la psicología, *plantando semillas de pensamiento crítico*.

Bibliografía

Ahumada, D. (2012, mayo 11). La UST de Temuco deberá pagar a ex alumnos por ofrecer carrera sin campo laboral. *El Austral. El Diario de La Araucanía*. Acceso el 11 de marzo 2016, de <http://www.soychile.cl/Temuco/Policial/2012/05/11/90719/La-UST-de-Temuco-debera-pagar-a-ex-alumnos-de-perito-forense-por-dano-moral.aspx>

Atria, F., Larraín, G., Benavente, J., Couso, J. y Joignant, A. (2013). *El otro modelo. Del orden neoliberal al régimen de lo público*. Santiago: Debate.

Bachelet, M. (2008). *Proyecto de ley que regula la oferta de carreras impartidas por instituciones de Educación Superior Autónomas*. Acceso el 15 de marzo 2010, de http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=6061&prmBL=5688-04

- Brunner, J. (2007). *Chile: La UTEM y el asunto de la oferta de vacantes en el área de estudios de criminalística (Reflexiones, comentarios y registro de la prensa día a día)*. Acceso el 11 de marzo del 2016, de, <http://www.brunner.cl/?p=888>
- Brunner, J., Elacqua, G., Tillet, A., Bonnefoy, J., González, S., Pacheco, P., y Salazar, F. (2005). *Guiar el mercado. Informe sobre la Educación Superior en Chile*. Viña del Mar: Universidad Adolfo Ibáñez.
- Código del Trabajo* (2003). Libro I. De la capacidad para contratar y otras normas relativas al trabajo de los menores. Recuperado el 20 de enero 2015, de, www.bcn.cl
- Constitución Política de la República de Chile*. (2008). De los Derechos y Deberes constitucionales (pp. 15-32). Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Contraloría General de la República. (2014). *Financiamiento Fiscal a la Educación Superior*. Acceso el 28 de febrero, de <http://www.contraloria.cl/NewPortal2/portal2/ShowProperty/BEA+Repository/Portal/Bases/Contabilidad/Universidades del Estado/Estudios/2014/FFES.pdf>
- CNED (2015). *Base Histórica Índices (2005-2014)*. Acceso el 24 de enero del 2015, de, http://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicPostulantes/indices_pregrado.aspx
- De Armas, T., Venegas, C. y Lorenzo, A. (2016). La Psicología en el Chile postdictatorial: Hacia la (des)profesionalización. *Revista Alternativas Cubanas de Psicología*. [En prensa].
- De Armas, T. y Venegas, C. (2015). El diseño socio-político institucional y la Psicología como profesión en Cuba y Chile: Un análisis crítico. *Memorias IV Congreso ALFEPSI* (pp. 1247-1260). ALFEPSI: Santa Marta, Colombia.
- _____ (2014). El trabajo sexual como reivindicación femenina: ¿Un efecto de la ideología? *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17, (2), 715-749. Acceso el 23 de Febrero, de, <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/47176/42449>
- Eagleton, T. (1997). *Ideología. Una introducción*. Barcelona: Paidós.
- Fals, O. (2011). La praxis: Ciencia y compromiso. En Herrera, N. y López, L. (Compls.). *Ciencia, compromiso y cambio social. Textos de Orlando Fals Borda* (pp. 130-188). Buenos Aires: El Colectivo / Lanzas y Letras.
- _____ (2009). La crisis, el compromiso y la ciencia. En *Una Sociología sentipensante para América Latina* (pp. 219-252). Colombia: Siglo del Hombre Editores / CLACSO.
- Friedman, M. & Friedman R. (1983). *Libertad de elegir*. Madrid: Orbis.
- Gómez, J. (2010). *Política, democracia y ciudadanía en una sociedad neoliberal. Chile: (1990-2010)*. Santiago: ARCIS / CLACSO.
- Gramsci, A. (1986). *Cuadernos desde la cárcel*. México: Ediciones Era.
- Herreros, F. (2012). La resistencia estudiantil y el fracaso de la educación de mercado. En Estay, J., Lara, C., Silva, C. (Eds.). *El neoliberalismo y su crisis. Causas, escenarios y posibles desenvolvimientos* (pp. 209-225). Santiago: Red de Estudios de la Economía Mundial (REDEM).
- Kaiser, A. (2015). *La tiranía de la igualdad. Por qué la izquierda destruye nuestras libertades y arruina nuestro progreso*. Santiago: Ediciones El Mercurio.
- Libertad y Desarrollo. (2008). Regulación de carreras universitarias: Una idea equivocada. *Temas Públicos*, 885,1-6. Acceso el 10 de Enero del 2010, de, www.lyd.com
- Linn, H. (2007). La situación laboral del psicólogo en Chile. [Ponencia]. *VII Congreso Nacional de Psicología*, 9 y 10 de noviembre, Santiago de Chile.
- Martín-Baró, I. (1986). Hacia una Psicología de la Liberación. *Boletín de Psicología*, 22, 219-231.

Integración Académica en Psicología
Volumen 4. Número 11. 2016. ISSN: 2007-5588

- Meller, P. (2011). *Universitarios, ¡El problema no es lucro sino el mercado!* Santiago: UQBAR.
- _____ (2010). *Carreras Universitarias. Rentabilidad, selectividad y discriminación.* Santiago: UQBAR.
- Mi Futuro (2016a). *Buscador de carreras.* Acceso el 20 de Febrero del 2016, de, <http://www.mifuturo.cl/index.php/donde-y-que-estudiar/buscador-de-carreras>
- Mi Futuro (2016b). *Nota metodológica.* Acceso el 23 de Enero del 2016, de, <http://www.mifuturo.cl/index.php/futuro-laboral/empleabilidad-e-ingresos>
- Mi Futuro (2015). *Estadística por carrera. Ingresos brutos mensuales (en pesos a octubre 2014).* Acceso el 24 de Enero del 2016, de, <http://www.mifuturo.cl/index.php/futuro-laboral/empleabilidad-e-ingresos>
- Mönckeberg, M. (2013). *Con fines de lucro.* Santiago: Random House Mondadori.
- _____ (2007). *El negocio de las universidades en Chile.* Santiago: Random House Mondadori.
- _____ (2005). *La privatización de las universidades. Una historia de dinero, poder e influencias.* Santiago: La Copa Rota.
- _____ (2001). *El saqueo de los grupos económicos al Estado de Chile.* Santiago: Ediciones B.
- Pascual, M. (2007). Chile: ¿Más lejos o más cerca del “trabajo decente”? En *Le Monde Diplomatique. El trabajo. Valor y sentido del trabajo/ derecho a la pereza*, (pp. 7-18). Santiago: Editorial Aún Creemos en los Sueños.
- Quiroga, Y. y Ensignia, J. (eds.). (2010). *Chile en La Concertación (1990-2010). Una mirada crítica, balance y perspectivas.* (Vol. II). Santiago: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- _____ (eds.). (2009). *Chile en La Concertación (1990-2010). Una mirada crítica, balance y perspectivas.* (Vol. I). Santiago: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values.* New York: Free Press.
- _____ (1968). *Beliefs, attitudes and values: A theory of organization and change.* San Francisco: Jossey Bass.
- Servicios de Salud. (2014). *Gobierno Transparente. Dotación de Personal.* Acceso 23 de enero del 2016, de, http://web.minsal.cl/conozcanos_servicios_salud/
- Soto, Á., Espinoza, G. y Gómez, J. (2008). Aspectos subjetivos vinculados a la flexibilidad laboral. En Soto, Álvaro (ed.). (2008). *Flexibilidad laboral y subjetividades. Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo* (pp. 11-37). Santiago: Editorial LOM.
- Thompson, J. (2002). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas.* (3ª ed.). México: Editorial de la Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], Unidad Xochimilco.
- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Zúñiga, C., Salas, G. (2015). Psicología en Chile: Análisis de su historia, presente y futuro. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1141-1158.
- Venegas, C. (2016, enero 29). *La Psicología en Chile: ¿Por qué frente al neoliberalismo hay Estado que defender?* Conferencia dictada en la “Cátedra Honorífica Ernesto Che Guevara”, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Santa Clara, Cuba.
- _____ (2015a, Febrero 17). El modelo capitalista y la crisis del compromiso social para la profesión de la Psicología en Chile. Conferencia dictada en la Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- _____ (2015b, diciembre 9). La Psicología en el Chile postdictatorial: ¡¡Frente a la Desprofesionalización, organización!! Conferencia dictada en el marco del 47º Aniversario del Colegio de Psicólogos de Chile, Filial V Región, Valparaíso.

_____ (2014a). La Psicología en Chile: Aportes para profundizar la regulación ética de la profesión. En Venegas, C. (Comp.). *La formación por competencias en Psicología. Análisis crítico y propuesta de un taller para el desarrollo valórico-actitudinal* (pp. 17-30). Viña del Mar: Altazor.

_____ (2014b, diciembre, 13). Los desafíos para el ejercicio profesional de la Psicología: Aportes para una defensa Gremial. Conferencia dictada en el marco del 46º Aniversario del Colegio de Psicólogos de Chile, Filial V Región, Viña del Mar.

_____ (2013). Capitalismo y subjetividad laboral: El discurso del malestar docente. *Aposta Digital*, 59. Acceso el 12 de mayo del 2015, de, <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/cvenegas2.pdf>

_____ (2012). Los discursos hegemónicos Educación-Empresa y las condiciones jurídico-laborales en Chile y Argentina: ¿Trabajo decente para los/las jóvenes? *Razón y Palabra*, 80. Acceso el 22 de febrero del 2016, de, http://www.razonypalabra.org.mx/N/N80/V80/08_Venegas_V80.pdf

_____ (2010). La realidad laboral de la Psicología en Chile y la V Región: ¿Libre mercado o dignidad humana? *Razón y Palabra*, 72. Acceso el 12 de mayo del 2015, de, http://www.razonypalabra.org.mx/N/N72/Varia_72/19_Venegas_72.pdf

_____ (2006). La modernización de la justicia en Chile en el Discurso de Inauguración del Año Judicial 1994 y en un Discurso Oficial del Ministerio de Justicia, 1994. *Revista de Ciencias Sociales*, 51, 131-208.

Voloshinov, V. (1992). *El Marxismo y la Filosofía del Lenguaje*. Madrid: Alianza Editorial.

NOTA

1. Es necesario precisar que se ha optado por hacer la comparación al 2º año de titulado(a) en el ámbito privado, por cuanto los concursos públicos para ocupar una vacante para el ámbito del Servicio de Salud Público Estatal, piden una experiencia laboral previa mínima de dos años en una función equivalente

IMAGINARIOS RESPECTO A UNA POSIBLE PSICOLOGÍA LATINOAMERICANA Y LAS NECESIDADES A LAS QUE DEBERÍA RESPONDER

Eduardo Viera

*Taller de 1er ciclo, Facultad de Psicología, Universidad de la República del Uruguay, mayo-junio 2005.
Montevideo - Uruguay*

Resumen

En muchos artículos o comunicaciones científicas se acostumbra remitir alguna frase o experiencia de las “poblaciones” objetos de nuestra reflexión y práctica para, en el resto del trabajo, dedicarse al análisis e interpretación de ese insumo. En este caso, trabajamos con percepciones de personas diversas de habitantes de nuestra sociedad respecto a la Psicología, la posibilidad de una Psicología Latinoamericana y las necesidades a las que esta debería responder. Seguramente estas voces, junto con otras tantas –que siempre se pueden hacer oír si hay alguien para escuchar– marcan rumbos por donde transitar en nuestras reflexiones y prácticas.

Palabras clave: Percepciones, Psicología, América Latina, Voces

In many articles and scientific papers is customary to refer a sentence or experience and the "people" objects of our thinking and practice in the rest of the work, engage in analysis and interpretation of that input. In this case, we work with people of different perceptions people in our society regarding psychology, the possibility of a Latin American Psychology and the needs that it should respond. Surely these voices, along with many others which can always be heard if there is someone to listen- marked paths through which move in our reflections and practices.

Keywords: Perceptions, Psychology, Latin America, Voices

Fundamentación

Como parte de los objetivos, definidos en los ejes de trabajo del plan de estudio de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, vigente en el año de esta propuesta (el plan vigente actual data de 2013), nos propusimos cuestionar y reflexionar sobre elecciones y presupuestos estudiantiles respecto a la disciplina y sus prácticas posibles. En ese marco, consideramos importante agregar a la tarea un conjunto de percepciones diversas traídas “desde el afuera”, que nos permitieran contextualizar imaginarios en nuestro país respecto a la disciplina y la profesión de psicólogo.

Asimismo, y acorde a intereses curriculares específicos, propusimos la indagación de la disciplina en un contexto latinoamericano, con un doble objetivo: sensibilizar a los estudiantes respecto a las particularidades y especificidades de “nuestra psicología”, territorializándola en contextos socio-

históricos singulares y, poner en tema, desde el grupo de sujetos indagados, la posibilidad de ubicar la disciplina y las necesidades que debería cubrir, desde las situaciones de nuestro país y la región.

Por otra parte, pretendimos a través de la aplicación de esta encuesta, reflexionar con los estudiantes sobre algunos aspectos básicos de técnicas y metodologías de indagación.

Descripción

Se realizaron aproximadamente unas 600 encuestas, de las cuales en este trabajo daremos cuenta del procesamiento de 474 de ellas. Se propuso intentar la mayor representatividad en edades, zonas de residencia, ocupaciones, escolaridad, sexo. Fue consignado encuestar personas no conocidas e intentar devolver constantemente la autoría de la respuesta exclusivamente al encuestado, no influyendo con preconceptos propios del encuestador.

Las preguntas planteadas fueron:

1. ¿cómo definiría usted la psicología?
2. ¿cómo debería definirse una psicología latinoamericana?
3. ¿cuáles son para usted las necesidades a las que esta psicología debería responder?

Para la sistematización de las respuestas se intentó dar cuenta de la diversidad de planteos, registrando similitudes pero también singularidades; en este sentido, en algunos casos se optó por transcribir textualmente algunas de estas (textos entrecomillados)

Detallamos a continuación las características de la población encuestada:

Total de encuestados - 474

Masculinos - 212

Femeninos - 262

Edades:

10-19 - 65

20-29 - 130

30-39 - 77

40-49 - 78

50-59 - 75

60-69 - 36

70-79 - 13

Ocupaciones (Para la clasificación de categorías de ocupación se utilizaron criterios amplios y seguramente imprecisos pero, a los efectos de la indagación, considerados los más adecuados en cuanto a presentación de la muestra):

Estudiantes - 130

Empleados en situación de dependencia - 111

Jubilados - 37

Profesionales universitarios - 35

Amas de casa - 35

Docentes - 30
Técnicos varios - 27
Comerciantes - 21
Desempleados - 11
Trabajadores independientes - 8
Trabajadores informales - 8
Policías, militares - 8
Empresarios - 5
Religiosos - 3
Músicos – 2

Zonas de residencia (En la muestra no están incluidos todos los departamentos (19) e incluso específicamente uno aparece con una representación des-proporcional respecto a los otros (Canelones, con casi un 50% del total):

Ciudad capital, Montevideo: - 346

A efectos de simplificación y claridad de exposición, se engloban los diferentes barrios como una unidad. Igualmente, se comprueba que la muestra resultó razonablemente proporcional a las diferencias económicas entre las diversas zonas posibles.

Interior del País: - 128

Pregunta N° 1: ¿Cómo definiría usted la psicología?

Una Ciencia - 179	Fantasia de la verdad
Una disciplina - 13	Puente al saber humano
No sabe, no contesta - 12	Perspectiva de conocimiento
Lo mejor - 11	Relacionada con la sociología
Rama de la medicina - 10	Parte de la filosofía que se ocupa del alma
Buena - 10	Asignatura pesada
Muy importante 4	Una práctica
Ciencia subjetiva - 3	Instrumento para establecer vínculos correctos
Necesidad humana al alcance de pocos - 3	Nexo para encontrar soluciones
Necesidad para todos - 2	Manera de entender
Importantísima en primeras etapas de vida- 2	Manera de buscar el completo estado de salud mental
Los psicólogos son inteligentes - 2	Arte de saber escuchar
Bastón - 2	Posibilidad de que una persona se conozca a si misma
Profesión - 2	Examen profundo de una persona
Herramienta para entender al ser humano- 2	Recurso para ayudarse cuando se está desbordado
Pseudo-ciencia	Punto de partida de una elección
Ciencia no homogénea	Conjunto de normas o leyes que tratan de corregir las conductas de las personas
Ciencia incierta	Materia que no puede comprender realmente
Ciencia totalmente inexacta	Terapia alternativa
Ciencia en desarrollo	Como una medicina
Muy especulativa	Tranquilizante
Sin sustento epistemológico	Arma de doble filo
Inexacta igual que la economía	

Válvula de escape
Un desahogo
Un paye
Es lo que se refiere al sexo ¿no?
Algo parecido a la videncia
A veces pérdida de tiempo
¡Que sean profesionales por favor!
La clave
Realización
Progreso para el mundo
Está de moda
Hay que saber usarla
Mucho que ver con la vida
“Me ha hecho mucho bien”

No hacen mucho y son pocos
No creo en eso
Tiene mucho futuro
Me encanta
Profunda
Complicada
La manera de pensar de uno
Expresarse libremente con una persona desconocida
Es para la gente que tiene poca mentalidad
“Por ejemplo cuando quiero que mi hijo me haga caso sin darle una orden directa”
“Una cosa con la cual y sin la cual todo queda tal cual”
Algo no necesario porque la mente y los pensamientos son únicos e individuales

Estudio de...

Comportamiento - 110
Psiquis - 59
Mente - 58
Formas de pensar - 16
Conciencia - 9
Afectividad - 9
Sociedades - 7
Relaciones - 6
Problemas - 5
Inconsciente - 5
Estado interior - 5

Ideas - 4
Reacciones - 4
Carácter - 3
La gente - 3
Locos - 2
Razonamiento - 2
Alma - 2
Actitudes
Comunicación
Miedo
Personalidad

Ayuda a...

Resolver problemas - 30
Ayuda - 24
Comprender a las personas - 6
Superar momentos difíciles - 2
A encaminar la vida - 2
Abre la cabeza - 2
Cuidar la mente - 2
Captar las emociones - 2
Cura a los locos - 2
Comprender el pensamiento - 2
Apoyo
Autoayuda
A depresivos
A personas con baja autoestima
Al mejor razonamiento
Para las personas que no saben o pueden expresarse
A personas carenciadas

A aplicar valores reales
A ordenar ideas
A vomitar lo que se tiene adentro
A discernir conflictos internos
Mejorar relaciones interpersonales
Relaciones con uno mismo
Mejorar calidad de vida
Detectar enfermedades
Revela el alma
Resolver los entretelones de la mente
Identificar a las personas
Entendimiento entre las personas
“Junta los trapos sucios de las personas”
Extrae los problemas de la gente
Comprender conductas
Comprender lo afectivo
Explicar comportamientos

A través de...

Trabaja con el diálogo - 3
Da consejos - 3
Busca parámetros lógicos en comportamientos
Enseña a aceptarse a uno mismo
Enseña a mejorar actitudes

Análisis de situaciones de vida
Análisis de temores
Análisis de la mente
Clasifica acciones
Analiza

Pregunta 2: ¿Cómo debería entenderse una psicología latinoamericana?

No sabe, No contesta - 118
Debe ser igual a todas - 61
Debería existir - 9
Imposible, Latinoamérica toda diferente - 6
Diferente a la del norte - 6
Progreso - 4
Deberían haber reglamentos comunes - 4
Psicología del tercer mundo - 3
Positiva - 3
Debería ser difundida - 3
Abierta a todas las personas - 3
Más humana - 3
Bien latina - 3
Difícil - 3
Debe ser una psicología social - 2
Tomar principios básicos de la europea y adaptarlos - 2
"Nosotros atrasados en todo y en la psicología más" - 2
Depresiva - 2
Mal utilizada - 2
Hacerla un doctorado
Unir todos los conceptos
No tan hueca
Superficial
Pobre
Simple
Acá se vive más lento
Sumisos
Poco explotada
Joven
Global
Pura
Natural

Conductista
Funcionalista
Más conservadora
Gratuita
Comprometida
Un psicologismo
En decadencia
Egoísta
Para la represión
Subdesarrollada
Práctica y adaptada
Sumamente autónoma
Más comprensiva
Creíble
Muy fuerte
Del pueblo y para el pueblo
Integradora
Unión de psicologías
Que se aplique igual en todos lados
Sería excelente que vengan de otro lugar a nuestro país
Consecuente con sus orígenes
Tener una personalidad definida
Más profesionalizada
Equiparada al primer mundo
Basada en una sociedad materialista
Está bien encaminada
Va creciendo
Algo hecho en grupo
"Triste intento de justificar una forma de ser"
"Déspota y desinteresada"
"Sin interés en el futuro"
"Unión de los mediocres"

Debería dedicarse a....

Problemas y teorías acordes al contexto - 41
Problemas económicos (en general) - 20
Pobreza (específicamente) - 11
Considerar la diversidad - 9
Tomar en cuenta ideologías latinoamericanas - 5
Conseguir una fuerza unitaria - 4
Dependencia - 3

Profundizar en los niños - 3
Trabajo - 2
Desempleo - 2
Hambre - 2
Tender al bienestar - 2
Estudiar cómo influye vivir en Latinoamérica
(influencias de colonización, imperialismo, etc.) - 2

Crear una conciencia latinoamericana - 2
Provocar un lavado de cerebro (porque latinoamericanos estamos demasiado enfermos)
Estar en los ámbitos más necesarios
La desvalorización
Falta de estudio
Drogas
Derechos humanos
Depresión
Violencia
Salud
Acceso a recursos
Alineación
Imperialismo
Globalización
Igualdad

Impulsar la investigación
Tender a la evolución cultural de nuestros pueblos
Estudiar la psicología de la gente que no tiene apego al trabajo
Psicoanalizar las personas
Enfocada en las personas a través de las instituciones
Consolidar la realidad social
Más hincapié en lo psicológico que en lo material
Orientada a la mujer en particular
Apoyar a indígenas
Enseñar al mundo a ser más solidario y humano
Inspirar a la gente a que avance
Que hubiera paz
Sacar el pensamiento derrotista latinoamericano
Que no haya tanta diferencia de clases
Que de un poco de esperanza
Las dictaduras marcaron un antes y un después

Pregunta 3: ¿Cuáles son para usted las necesidades a las que esta psicología debería responder?

No sabe, no contesta - 39
Problemas socio-económicos - 44
Dedicarse a niños y adolescentes - 32
Pobreza - 27
Permitir el acceso económico a los psicólogos - 20
Marginación y exclusión - 18
Aumentar la autoestima - 15
Educación - 14
Trabajo - 14
Atender a los más necesitados - 11
Relaciones interpersonales - 10
Violencia - 9
Crisis de la familia - 8
Depresión - 8
Integración social y cultural - 8
Prevención de suicidio - 7
Adicciones - 6
Necesidades básicas - 5
Desempleo - 5
Igualdad - 5
Soledad - 4
Hambre - 4
Problemas culturales - 4
Responder a las diferencias - 4
Comprensión - 4
No ser tan pasiva - 3
Dependencia - 3
Angustia - 3
Locura - 3
Carencias - 3
Problemas cotidianos - 3

Dar herramientas para la felicidad - 3
Ayudar a vivir en el hoy - 3
Enfrentar las crisis - 2
Tristeza - 2
Calidad de vida - 2
Derechos humanos - 2
Estrés - 2
Valores - 2
Miedo - 2
Dar estímulo - 2
Contención - 2
Enseñar a los pobres a no tener tantos hijos - 2
Mostrar formas de salir adelante - 2
Buscar la solución más rápida - 2
En continuo contacto con la Sociología
Interdisciplina
Acceso a recursos
Temas afectivos
Falta de afecto
Abandono
Problemas amorosos
Ansiedad
Delincuencia
Paz
Seguridad
Represión
Problemas étnicos
Pensamiento y vida en cada país
Contrastes
Temores
Tranquilidad

Muerte social
Ignorancia
Sumisión
Indiferencia
Abuso
Divorcio
Post-accidentes
Diferencias socio-económicas
Enfermedades venéreas
Individualismo
Psicoanalizar a las personas
Tomar lo mejor de cada pueblo
Ayudar a la gente indecisa
Responder por el bien del pueblo
No dar consejos
Crear nuestras propias ideologías
Producir teorías propias
Considerar la complejidad
Revisar las categorías diagnósticas en nuestros contextos
Preparar para los cambios de la globalización
Sacar a la gente de la calle
Humanizar
Ayudar a discernir las necesidades
Ayudar a pensar de manera diferente
Trabajar en los barrios
Pensar lo colectivo
Estar en todos lados
Cambiar la cabeza de quien domina América Latina
Ayudar a la superación
Ayudar al progreso
Ayudar a aceptar y mejorar la realidad
Ayudar a tener mejor razonamiento
Ayudar a entender
Apuntar a la idea de un fin único
Generar solidaridad
Eleva el nivel social
Vivir en una sociedad mejor
Colaborar con la economía del país
Promover el sentimiento de pertenencia al mundo
Curar el alma
Replanteo general moral y social
Responderse honestamente si tiene razón de ser
Inoperante
“Estamos cerrados”
“Necesitamos un Hitler pero sin violencia”
“Necesidades son las que sobran en este país”

Nos pareció importante compartir apenas esta recogida de datos para que entre todos/as podamos pensar qué hacemos, qué nos demandan y cómo hacemos lo que hacemos. Si algo de eso coopera desde este breve escrito, tuvo sentido compartirlo. A modo de síntesis podríamos decir junto con Eduardo Galeano: *“Al fin y al cabo, somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”*.

Bibliografía

Assumpção Fernández, María Inés (2002). La locura, inquietudes y quietudes, en *1er Congreso internacional de Salud Mental y Derechos Humanos*, Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, Argentina.

Martín-Baró, Ignacio (1986). Hacia una psicología de la liberación, *Boletín de Psicología de El Salvador* 5, (22), pp.219-31, San Salvador.

Ferrara, Francisco (2003). *Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad*, Argentina: La rosa blindada.

Feyerabend, Paul (1981). *Tratado contra el método*, p. 9, Madrid: Tecnos.

LA RUPTURA MATRIMONIAL, UN PROCESO DE DUELO

Faviola Arriagada

Escuela de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile

Paula Ruiz

Nelson Zicavo

Escuela de Psicología de la Universidad del Bío Bío, Chile

Resumen

Esta investigación está centrada en las vivencias de personas que han experimentado la separación o desvinculación tras el matrimonio, y que han vivenciado la pérdida del otro como un proceso de duelo. Se trabajó desde el enfoque cualitativo de corte fenomenológico pues el objetivo era conocer las vivencias de cada persona a partir del relato de vida, por lo que contempló entrevistas en profundidad a cuatro personas casadas, separadas o en proceso de separación. Los datos fueron analizados a partir de categorías *a priori* e incorporando categorías emergentes que surgieron en el proceso investigativo, considerándolas también parte relevante, ya que dan cuenta de vivencias que no fueron previstas inicialmente.

Encontramos que las vivencias de ruptura son inherentes a la experiencia individual de cada sujeto, y tras la búsqueda de hitos específicos, tales como las etapas del duelo; es posible darse cuenta que efectivamente, se transita por algunas de ellas y son posibles de identificar claramente. Sin embargo, no se pueden ver como un suceso temporal escalonado, es decir, el duelo en si es una realidad que puede vivenciar un sujeto, no obstante los matices de esta vivencia no tienen una secuencia lógica temporal, así como tampoco son experimentadas en su totalidad por las personas, quienes pueden atravesar por una u otra etapa con mayor o menor intensidad, o simplemente no vivirla.

Palabras claves: vivencias, ruptura matrimonial, duelo.

Abstract

This research focuses on the experiences of people who have experienced separation or detachment after marriage, and who have experienced the loss of the other as a grieving process. It is a phenomenological qualitative approach because the objective was to know the experiences of each person's life story, so it conducted in-depth interviews of four married, separated or in the process of separation persons. Data was analyzed from categories that were selected beforehand and emerging categories were incorporated in the research process, they were also considered relevant parts, as they are experiences that were not initially foreseen.

We found that the experiences of rupture are inherent to the individual experience of each subject, and after seeking specific milestones, such as the stages of grief; you may realize that they indeed go through some of the grief stages and it is possible to clearly identify them. However, they cannot be seen as secuencial time event, ie. mourning itself is a reality that can be experienced by a subject, nevertheless the distinctions of this experiences do not have a temporal or logical sequence, nor are experienced by everyone going through one stage or another with more or less intensity, or might simply not live it.

Keywords: experiences, marital breakdown, mourning.

Introducción

Habitualmente el duelo es asociado a la muerte y suele ser acompañado por síntomas depresivos vivenciados con dolor (Gómez, 2007). Sin embargo el término duelo, puede aplicarse también a procesos psicológicos y psicosociales de gran impacto y angustia frente a todo tipo de pérdida, tales como; la pérdida de un ser querido, la pérdida del año escolar, abandonos, cambios de domicilios, divorcios, separaciones, confirmaciones o diagnósticos de enfermedades agresivas, invalidez, problemas económicos, etc. Bajo esta concepción, consideraremos la ruptura matrimonial una pérdida, que involucra un proceso de duelo para la persona, y que influye en los esfuerzos adaptativos de esta.

El duelo no resulta ser un trastorno mental no obstante en el DSM IV no se diagnosticaba trastorno depresivo mayor si existían síntomas depresivos que duraran menos de dos meses tras una pérdida significativa. En el DSM V se quitó esta exclusión por duelo con el fin de comprender que el duelo puede durar varios meses, incluso hasta 1 o 2 años. Actualmente se reconoce que el duelo es un grave estresor psicosocial precipitante (como posibilidad) de un episodio depresivo mayor en personas vulnerables (Gómez, 2007). Esto pudiera incrementar el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, y disfuncionalidad laboral e interpersonal. Sin embargo el duelo suele ser una respuesta saludable a la dolorosa cotidianidad en la que el mundo de la persona se ve alterado y su realidad ha cambiado significativamente en una dirección no deseada. Asimilar dicha pérdida y adaptarse a los cambios que desencadena, es un desafío importante para todas las personas que transitan este camino de ruptura y vivencia de fracaso.

Desde esta perspectiva comprendemos la ruptura matrimonial como una crisis para la familia como sistema y para cada uno de sus integrantes,¹ quienes vivencian de manera distinta el dolor de tal pérdida (Weinstein, 2006). El duelo por la desvinculación se vivencia de manera subjetiva y la separación amorosa puede llegar a implicar la muerte de la relación simbolizando comparativamente la muerte de alguien cercano y significativo. Esto trae consigo un periodo de duelo, que puede elaborarse o no, pero que resulta importante revisar y reflexionar acerca de cómo las personas afrontan el dolor de la pérdida de la relación matrimonial con el otro. Quienes han visto fracturados sus lazos matrimoniales, pierden no solo la presencia relacional de la pareja, sino también sueños en conjunto e individuales, proyectos, ambiciones, etc. Este estudio intenta develar cómo se supera el dolor o sobrevive ante la pérdida de la relación matrimonial.

Antecedentes

Tanto la ruptura matrimonial como el duelo que sobreviene, son procesos que llevan a una crisis personal para los individuos, involucrando aspectos psicológicos y psicosociales (Weinstein, 2006). Al revisar las estadísticas del registro civil es posible comprobar que en Chile cada año aumentan paulatinamente los divorcios y separaciones de parejas (de 47,222 en el 2011 a 48,278 en el 2015), trayendo consigo durante el proceso de ruptura, una etapa dolorosa y conflictiva entendida como duelo por ruptura matrimonial. En Chile la configuración del sistema familiar ha experimentado cambios a través del tiempo, variando los vínculos que definen las relaciones familiares. Asimismo, se pueden apreciar cambios en el estado civil de la población en las últimas décadas, en un estudio realizado por la Dirección Nacional del Trabajo basado en los Censos de 1982,1992 y 2002 se pueden observar las siguientes tendencias:

Población de 15 años y más, según sexo y estado civil. Censos 1982, 1992, 2002

		Población de 15 años y más	Soltero(a)	Casado(a)	Conviviente	Viudo(a)	Separado(a) o Anulado(a)
1982	Ambos sexos	100.0	37.7	50.7	3.4	5.5	2.7
	Hombres	100.0	40.2	52.3	3.3	2.4	1.8
	Mujeres	100.0	35.3	49.2	3.5	8.4	3.6
1992	Ambos sexos	100.0	33.5	51.8	5.7	5.2	3.8
	Hombres	100.0	36.2	53.3	5.5	2.2	2.8
	Mujeres	100.0	31.1	50.4	5.8	8.1	4.6
2002	Ambos sexos	100.0	34.6	46.2	8.9	5.2	5.2
	Hombres	100.0	37.1	47.5	9.0	2.2	4.2
	Mujeres	100.0	32.2	44.8	8.8	8.1	6.1

(En porcentajes) ² Fuente: INE, Instituto Nacional de Estadísticas. Censos 1982, 1992, 2002

De la información expresada en la tabla es posible observar que la proporción de personas de ambos sexos que se declararon casadas, ha disminuido de un 50,7 % en 1982 a un 46,2% en el 2002. Por el contrario, la proporción de personas de ambos sexos que se declaran conviviendo con una pareja, aumenta progresivamente entre los años 1982 y 2002, desde un 3,4 % el año 1982 a un 5,7% el año 1992 hasta un 8,9 el año 2002.

De acuerdo a lo anterior, podemos observar que cambian los vínculos que establecen las parejas al momento de vivir juntos y formar una nueva familia, más que la cantidad de personas que viven en pareja. De ese modo el número de personas que se declara viviendo en pareja no varía significativamente, pero si se puede observar una tendencia a la disminución del matrimonio y a privilegiar la *convivencia*. A su vez, el porcentaje de personas separadas o anuladas se ha duplicado (y más) en el período referido.

Matrimonio, ruptura matrimonial y duelo

El matrimonio según Véliz (2004), es una institución social que crea un vínculo legal de proyecciones sociales, es una institución que ha vivido múltiples procesos de cambios sociales y que no surge con la existencia misma del ser humano, sino como una forma de organización social. En Chile actualmente, el código civil en su artículo 102, define el matrimonio como un “contrato solemne por el cual el hombre y la mujer se unen actual e indisolublemente y por toda la vida, con el fin de vivir juntos, de procrear y de auxiliarse mutuamente”. No obstante recientemente se han establecido –con estatus jurídico legal– las uniones consensuales de parejas (homo o heterosexuales) lo que ha ampliado el marco normativo y generado mayor diversidad y reconocimiento a los diversos tipos de familia en el país.

Elsner, Montero, Reyes & Zegers (2000) plantean que la decisión de casarse para las personas implica un gran paso en su vida y está marcado universalmente en todas las culturas como un acto ceremonial de gran importancia tanto para la pareja como para la familia de esta. Tales actos rituales, son la expresión de una nueva vida que se inicia, marcando los límites en el desarrollo vital, indicando

una dirección que otorga estabilidad y ayuda a asumir este nuevo estado en la vida de la persona. La ceremonia del matrimonio sella el compromiso en la pareja y ayuda al establecimiento de una nueva forma de relación entre los cónyuges con sus familias de origen. La ceremonia modifica la relación que tenían ambas personas antes del matrimonio (Elsner, Montero, Reyes & Zegers, 2000).

Los seres humanos como personas sexuadas, tienen una intimidad propia de cada uno y con el matrimonio dicha intimidad debiera transformarse en compartida. El logro de esta intimidad adquiere importancia al considerar que el matrimonio es la entrega entre las personas que deciden unirse y a la vez es el fundamento del bien común de la pareja. Lo intrínseco de ser pareja, es el desarrollo de la intimidad. Siendo un proceso que toma una modalidad distinta cuando dos personas inician su convivencia (Elsner, Montero, Reyes & Zegers, 2000).

El paso de la etapa del compromiso a la de convivencia, conduce a que la pareja pueda mostrarse más abiertamente en la intimidad relacional, pudiendo expresar sus miedos, temores, debilidades, ansiedades y alegrías, consiguiendo ver al otro en sus aspectos positivos y negativos, desarrollando tolerancia a la frustración y dejando atrás la idealización y la exigencia de que el otro llene las propias expectativas. El matrimonio, significa dejar un hogar para formar otro, siendo el comienzo de una nueva vida, se deja atrás aquello que tuvo que ver con la infancia y la familia de origen. Por lo que la libertad emocional se va logrando de a poco, con el tiempo, ya que la pareja va pasando paulatinamente a ocupar un lugar predominante en la vida de los individuos unidos, tras la jerarquización de los afectos. Esta etapa no está ajena a conflictos personales y cada miembro de la pareja deberá superar en pro de la relación matrimonial.

Las formas legales que permiten suspender la cohabitación de los cónyuges en Chile son el divorcio, la nulidad, y la separación de hecho (sin sentencia legal). Las causas de la separación son multivariadas, dependiendo esto de cada pareja e individuo. Del mismo modo, variadas son las formas en que se llega a tomar una decisión de esta índole y el modo en que se concreta. No obstante casi siempre la separación es vivida como una especie de duelo que es necesario atravesar y, de un modo u otro, superar. Esto requiere esfuerzos y adaptaciones que no siempre resultan fáciles de poner en práctica (Goldberg, 2004).

La separación de pareja consiste en la disolución de la díada, lo cual generalmente es un proceso prolongado y difícil desde todo punto de vista. Proceso que es vivenciado no solo desde la visión de pareja sino también desde la individualidad, ya que esta pérdida no ocurre únicamente en la relación matrimonial, sino también afecta a la familia, amigos y al círculo social en general.

Larraburu (2010) indica que a lo largo del proceso de superación de la ruptura, es frecuente que las personas caigan en conductas autodestructivas como reacción a la pérdida amorosa. Estas conductas pueden presentarse simultáneamente o sucesivamente durante las diversas etapas del duelo. Así también Goldberg (2004), menciona que toda separación deja un sabor amargo, aun cuando uno ya tenga en claro que no quiere seguir viviendo con el otro. Lo cierto es que, con frecuencia, la experiencia del término de la vida en común es sentida como un fracaso personal.

Según Sarquis (p. 122, 1995), “la mayor parte de los que se separan, viven un verdadero proceso de duelo”. Este proceso es vivenciado como sufrimiento, y no depende de la felicidad o infelicidad que se haya dado con anterioridad, sino de la pérdida de las expectativas y proyectos; es decir de aquello que pudo haber sido y no fue. La separación implica una pérdida inevitable que todos los miembros

del sistema familiar deben enfrentar, un período de crisis que requiere cambios y adaptación para todos. En tanto para Fonnegra (2001), el duelo es un proceso de ajuste emocional después de una pérdida, durante el cual diversas emociones luchan entre sí. El proceso de duelo incluye diversas etapas que pueden explicarse separadamente, pero que no se presentan siempre de un modo ordenado. Indica que estas etapas, pueden ocultarse y mezclarse entre sí, sin embargo hay que tener en cuenta que para completar el proceso de curación hay que experimentarlas todas. Puede haber días fluctuantes, mejores o peores, y a veces, sentir nuevamente emociones ya superadas. Además indica que algunas emociones prevalecen sobre otras: por ejemplo, sentir rabia durante demasiado tiempo puede indicar una resistencia a experimentar la tristeza y a la inversa, estar estancado en la tristeza y la depresión puede indicar el no haber podido reconocer y superar la rabia.

Es esa misma dirección Vargas (2003), plantea que todas las personas que sufren pérdidas afectivas atraviesan un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza ante semejante acontecimiento. En el duelo la pérdida es real ya que desaparece un objeto del mundo externo y se sabe cuál es, lo cual conlleva a una menor productividad y el mundo ha quedado para sí, vacío y/o pobre emocionalmente. El duelo es una reacción ante la muerte/pérdida de un ser querido, a menudo está acompañada de cambios en el ritmo del sueño y pérdida del apetito junto al desánimo generalizado. No obstante el estado de ánimo depresivo es considerado una reacción normal dada por el impacto de la pérdida en sí misma, es una etapa por la que hay que atravesar muy a pesar de los deseos personales con el fin de sanarse y avanzar a la siguiente.

Por su parte Zicavo (2006), explica que la ruptura matrimonial, implica un proceso largo y complejo, al que a menudo los miembros de la pareja no conceden la debida atención, ya que no existiría una preparación adecuada para evitar el daño mutuo y al mismo tiempo expone que se pueden reconocer dos períodos distintos en el proceso de divorcio; el de preparación y el de evolución, que abarcan lo que sucede con la pareja antes y después de la ruptura respectivamente. En el período de preparación, explica, que a pesar de ser un proceso impredecible existen ciertos predictores, como la edad de la pareja, los ingresos económicos, el nivel de educación, etc. Menciona además que la preparación para el divorcio puede estar determinada en lo socio-cultural desde las primeras edades, donde se aprende lo que es una pareja y cómo se ha de vivir con ella.

Weinstein (2006), por su parte, reconoce que el hecho de separarse resulta traumático, muy duro, pero que cuando la relación de pareja resulta insoportable, no hay porque no separarse, ya que existen relaciones que resultan muy dañinas y desgastantes tanto para la pareja como para la familia. La autora indica que “las separaciones se parecen a esas tormentas en el mar donde una ola gigante se lleva todo lo que encuentra a su paso y nada queda puesto en su lugar” (Weinstein, 2006, p.145).

Para Rojas (2008) el duelo es la respuesta psicológica que se manifiesta en el individuo tras la pérdida de un ser querido, respuesta que es normal y subjetiva a la experiencia de cada persona y que depende de las estructuras mentales y emocionales de quien la vivencia; por lo que sentir dolor frente a la pérdida es inherente a los seres humanos, pero sin embargo los sistemas de creencias de quien lo sufre, modifican su expresión y desarrollo, determinando su complejidad o manejo para cada realidad particular.

Gómez (2007), por su parte define el duelo, como un fenómeno y mecanismo natural que nos permite encausar el sufrimiento y la aflicción que sentimos tras la pérdida de seres queridos, y agrega que

todas las pérdidas, incluyendo las materiales implicarían cierto proceso de duelo. “El duelo es por tanto un fenómeno natural e incluso necesario para que las personas nos adaptemos a la pérdida que hemos sufrido” (Gómez, 2007, p.9).

Toda pérdida involucra un proceso de duelo (Gómez, 2007), y por tanto de readaptación a una nueva realidad y es precisamente en la ruptura matrimonial, donde encontramos que la readaptación posee matices en torno a la nueva vivencia que experimentan los cónyuges, ya que se atribuye relevancia a este proceso por su significancia en la vida de las personas. En consecuencia resulta necesario que se comprendan las etapas (impacto, negación, pena y depresión, culpa, rabia, resignación y por último reconstrucción) por las que pasa una pareja a nivel individual (Larraburu, 2010), y cómo cada una de las personas investigadas han experimentado vivencias distintas y particulares (Murcia & Jaramillo, 2001).

Estudiar las vivencias de las personas, reviste relevancia ya que enriquecerán tanto a quien ha vivido experiencias similares como a quien no ha experimentado tal suceso, dotando de aprendizaje, reflexión y empatía a los otros respecto al tema.

Objetivos

Objetivos general

Conocer las vivencias del proceso de duelo en ex-cónyuges, tras la ruptura matrimonial.

Objetivos específicos

Conocer las vivencias del proceso de ruptura matrimonial en ex-cónyuges, que hayan o que estén pasando por el duelo.

Identificar las etapas de duelo en ex-cónyuges, tras la experiencia de la ruptura matrimonial.

Metodología

Se trabajó bajo la metodología cualitativa ya que esta responde coherentemente a la temática tratada, orientándose a la comprensión de un fenómeno social y subjetivo, más allá de la obtención o corroboración de datos cuantitativos. Se considera que para indagar las vivencias del duelo en ruptura matrimonial, es esencial comprender la realidad desde la perspectiva de los protagonistas, de la misma manera, Ruiz (2007) expone que la información se interpreta de acuerdo al contexto concreto en el que esta se recoge y analiza; reconociendo cada vivencia como una realidad única.

El paradigma cualitativo, según Strauss & Corbin (2002), surge desde la necesidad de salir al terreno a observar la realidad misma, desarrollar una disciplina para la acción social, tomar a las personas como actores activos en situaciones sociales, entre otros antecedentes que la iniciaron.

Por otra parte, Ruiz (1996), menciona que la metodología cualitativa presenta focos de estudios únicos, ideográficos y centrados en lo humano, dando importancia a la interioridad, a la subjetividad y sentimientos de los sujetos de estudio. Además, busca interpretar, comprender, observar y/o describir los fenómenos en estudio.

Desde la epistemología, el enfoque utilizado es la fenomenología, pues está demostrando interés en la vivencia personal, entregándole significados únicos y subjetivos a cada experiencia. Rodríguez, Gil, & García (2002), mencionan que la investigación fenomenológica es la descripción de los significados

vivididos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no precisamente las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos. Por lo tanto la investigación fenomenológica, frente a otras corrientes de investigación cualitativas, pone énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva.

De manera similar Murcia & Jaramillo (2001) señalan la posibilidad de comprender el desarrollo esencial de los procesos y fenómenos de la realidad a partir del reconocimiento de las acciones y experiencias de los sujetos, ya que sería preciso comprender todas las circunstancias a la vez; todo tiene un sentido, del mismo modo se asume dicha visión fenomenológica del duelo en la ruptura matrimonial, como fenómeno global y a su vez, visto desde las diferentes experiencias de los protagonistas.

En definitiva, la fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia (Rodríguez, Gil & García 2002).

Respecto a la población, se utilizó una selección teórica (Ruiz, 2007), en la que se consideró trabajar con cuatro personas (tres mujeres y un hombre entre 34 y 42 años de edad), realizando el interés en la profundidad del relato por sobre la extensión o generalización a la población. También una selección empírica (Ruiz, 2007), donde se consideró que las personas fueran casadas o estuvieran en esa situación, pero teniendo en cuenta que hayan vivido o se encontraran experimentado el duelo que involucra la ruptura matrimonial ya sea por separación, divorcio o nulidad; lo importante fue estudiar a la pareja en el proceso de ruptura matrimonial y duelo, en la pérdida afectiva del otro.

La forma de acceder al conocimiento de cada experiencia, fue a través de entrevistas en profundidad a cada sujeto considerando dicho instrumento el más coherente para llevar a cabo el estudio. Como menciona Chicharro (2003), la entrevista en profundidad es una forma poco estructurada a través de la que podemos recopilar amplia información y registrar variables no esperadas. Desde la interacción que proporciona la entrevista se pueden obtener gran cantidad de datos sobre aquellas materias que los entrevistados poseen conocimiento directo. Las entrevistas en profundidad se dirigen fundamentalmente al aprendizaje sobre acontecimientos, que no se pueden observar directamente (Taylor & Bogdan, 1987).

De acuerdo con esto, hubo un tópico principal en cada entrevista, donde estuvo presente la indagación en los conceptos claves, las preguntas fueron abiertas y los temas se dieron de acuerdo a cada vivencia. Obviamente el tema central estuvo enfocado en las vivencias de la ruptura matrimonial y el duelo que se da en ese proceso, siendo importante cada experiencia y cada relato que entregó la persona. Conforme con lo anterior los tópicos abordados fueron la ruptura matrimonial, en consecuencia se estudiaron los siguientes subconceptos: matrimonio, pre-ruptura y ruptura; por último se abordó el duelo y los subconceptos pérdida y etapas del duelo.

La técnica utilizada para conocer las vivencias, fue el relato de vida, puesto que proporcionó antecedentes consistentes respecto a las vivencias frente a la ruptura matrimonial y el duelo, otorgando claridad y carácter a los objetivos y tema de investigación. Acorde a esto, Cornejo, Mendoza & Rojas (2008), mencionan que para trabajar con relatos de vida, se debe tener clara la idea que dichos relatos no son ni la vida misma de la persona, ni su historia, sino más bien una

reconstrucción realizada en el momento preciso de la narración y en la relación específica con quien escucha la narración. “Los relatos de vida serán entonces siempre construcciones, versiones de la historia que un narrador relata a un narratario particular, en un momento particular de su vida. En este sentido, la narración que un sujeto haga estará irremediadamente afectada por influencias contextuales actuales, tanto de la vida del narrador como la del narratario, y por influencias relativas al particular encuentro entre ese narrador y ese narratario para contar esa historia” (Cornejo, Mendoza & Rojas, 2008, p.35). A su vez para garantizar la calidad y validez del estudio y hacerlo comprensible a otros investigadores, se llevó a cabo una investigación clara en su producción, para esto se consideró trabajar bajo ciertos criterios éticos y de calidad, tales como, auditabilidad (confirmabilidad), validez ecológica y coherencia interna.

Análisis de los resultados

Para el análisis de la información recogida en el contenido de los relatos expuestos por los sujetos de estudio, se consideraron deductivamente, como categorías generales de análisis, las referidas a los conceptos claves de la investigación y que corresponden a las categorías *a priori*; a saber: la ruptura matrimonial y el duelo, los sub-conceptos que permiten el análisis específico de la investigación, estuvieron orientados en torno a las vivencias subjetivas de cada sujeto de estudio, y respectivamente estudiadas de acuerdo a la temporalidad de los hechos y de los objetivos específicos de la investigación, en conclusión, se consideró para el estudio de la ruptura matrimonial; el matrimonio, la fase de la pre ruptura matrimonial y la fase de la ruptura en sí analizadas como un proceso dentro del relato de vida de los sujetos de estudio. Por su parte para el proceso de duelo, se consideró en su análisis, los sub-conceptos, de pérdida y las etapas del duelo. La operacionalización de los sub-conceptos, se presentan a continuación y corresponden a las temáticas abordadas en la entrevista en profundidad realizadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONCEPTOS CLAVES (categorías <i>a priori</i>)	SUB-CONCEPTOS	OPERACIONALIZACIÓN
I. Conocer las vivencias del proceso de ruptura matrimonial en ex-cónyuges, que hayan o que estén pasando por el duelo.	I. 1 Ruptura matrimonial	I.1.1 Matrimonio	I.1.1.1 Legal I.1.1.2 Afectivo
		I.1.2 Pre-ruptura	I.1.2.1 Conflictos I.1.2.2 Causas
		I.1.3 Ruptura	I.1.3.1 Obstáculos I.1.3.2 Frustración
II. Identificar las etapas de duelo en ex-cónyuges, tras la experiencia de la ruptura matrimonial.	II. 1 Duelo	II.1.1 Pérdida	II.1.1.1 Desvinculación II.1.1.2 Soledad
		II.1.2 Etapas del duelo	II.1.2.1 Impacto II.1.2.2 Negación II.1.2.3 Pena/depresión II.1.2.4 Culpa II.1.2.5 Rabia II.1.2.6 Resignación II.1.2.7 Reconstrucción

Respecto del Objetivo específico 1, *conocer las vivencias del proceso de ruptura matrimonial en ex-cónyuges, que hayan o que estén pasando por el duelo*; el concepto clave 1 fue la ruptura matrimonial. Las personas relatan que la formalización del vínculo legal con sus respectivas parejas marca un hito importante de la relación. Este hecho valida la unión conyugal y es reconocido como un rito o ceremonia que marcó un cambio trascendental en sus vidas, cambio con proyecciones sociales y personales. En todas las personas estuvo presente un sentimiento original que unió a la pareja y le dio continuidad, a su vez identificaron un papel preponderante en la intimidad y la sexualidad como una de las motivaciones adicionales para contraer matrimonio. Para los entrevistados el matrimonio ha sido un hecho de importancia en sus vidas y declaran haberlo iniciado con el rito inicial de la unión legal, nutrido en sus comienzos por un fuerte sentimiento de amor. Además la intimidad fue parte esencial de la relación, vivida plenamente, libre de posibles culpabilidades por la que podría haber pasado la relación pre-matrimonial.

La fase previa a la ruptura ha sido operacionalizada a través de lo que ha caracterizado la disolución matrimonial, es decir los conflictos y las causas que llevaron a las personas a la decisión del distanciamiento. Los sujetos testimonian que habrían tenido que enfrentar conflictos de origen diverso, reconociéndolos como un cúmulo de experiencias negativas que poco a poco fueron disolviendo la relación, los problemas fueron progresando de menos a más. Dentro de las causas identificadas, coinciden en destacar el proceso de deterioro progresivo de la relación, conducente a factores desencadenantes diversos, sobre todo de infidelidad.

Respecto del subconcepto ruptura, este ha sido operacionalizado a través de las implicaciones que conlleva la disolución del vínculo; comprendido como los *obstáculos y frustraciones* que han tenido que sortear desde que tomaron la decisión de disolver el matrimonio. Uno de los obstáculos más recurrentes fue la dependencia, constituyéndose en una dificultad significativa para poder dejar atrás el proceso de ruptura. La persona dependiente no desea terminar la pareja. Su reacción afectiva suele ser lenta y se aferra a la idea de que aún queda algo vivo en la relación que aún se puede rescatar. Al negarse el fin de la relación, no puede pasar a otra etapa, la recuperación. En consecuencia a menudo se puede observar en los casos de dependencia afectiva, cierta asociación a la obcecación, el empecinamiento por retener lo que antes se tuvo aunque aquello no fuera bien evaluado, esto pudo afectar otros aspectos de su vida.

No obstante para todas las personas del estudio el momento de la separación fue experimentado con sensaciones de vacío, de muerte, de pérdida irreparable para la cual no se estaba preparado y que de alguna manera podía servir para identificar el fracaso personal o cierta incapacidad para el éxito familiar, la incapacidad de ser feliz.

Por su parte la *frustración* es identificada como la pérdida de expectativas y/o proyectos que habían sido originados en la relación matrimonial, se aprecia que las pérdidas intangibles se traducen en frustraciones de sueños, anhelos, deseos y expectativas malogradas, que traen consigo una carga afectiva asociada a la antigua relación matrimonial.

Una vez que tiene lugar la desvinculación matrimonial es posible identificar diversas dificultades con las que se enfrentaron los sujetos de estudio, sin lugar a dudas la ruptura matrimonial acarrea una serie de obstáculos, sueños interrumpidos y expectativas rotas, que implican para la persona

sensaciones de profundo malestar y a la vez se ven sometidos a un proceso de readaptación no deseado.

Por otra parte en relación al segundo objetivo específico Identificar las etapas de duelo en ex-cónyuges, tras la experiencia de la ruptura matrimonial, el concepto clave duelo, a pesar de ser considerado –desde la ciencia psicológica– como un fenómeno natural frente a todo tipo de pérdidas, no es percibido de la misma manera por las personas estudiadas, ya que ellas lo vivencian como una fase de profundo dolor y malestar que desean evitar y les causa enojo, rabia y a la vez gran pena. La pérdida, como emoción primaria del duelo, se ha operacionalizado a través de la desvinculación y posteriormente a los sentimientos de soledad asociados a esta desvinculación por la pérdida del otro.

Los sujetos del estudio han referido, que una de las primeras consecuencias de la ruptura matrimonial fue la desvinculación con su ex-cónyuge y la relataron como una de las secuelas posteriores, a las que les fue difícil acostumbrarse y que marcó de hecho el fin de la relación, que cada uno vivenció en forma de cierto desamparo. Esto trajo consigo la percepción de soledad, como sensación relacionada a la desvinculación. La mayoría de las personas refirió haberse sentido solas, confundidas y con tiempos de abrumador aislamiento y encierro

La operacionalización de las etapas del duelo, a menudo no son vivenciadas como una secuencia ordenada, sin embargo fue posible reconocer su presencia en los procesos de desvinculación emocional de las parejas. Fue posible observar la etapa de Impacto en aquellas personas que refieren su primera reacción frente al quiebre conyugal con sensación de inmovilidad, perturbación y/o incredulidad. Le sobreviene la pena, una sensación de desamparo percibida como confusión depresiva a menudo seguida por la negación de estar situado en medio de un caos que no puede ser verdad. Se negaba lo que no se comprendía o fue difícil de aceptar.

En consecuencia la culpa al igual que la negación, fue sentida por todos los sujetos de estudio, estando presente tanto en quienes decidieron terminar la relación como en su pareja que no fue sujeto activo en tal determinación. Por su parte la rabia durante el proceso de duelo, se hizo presente en tres de los sujetos, quienes refirieron vivenciarla, en distintos momentos posterior a la ruptura matrimonial. La rabia se presenta inmediatamente producido el quiebre definitivo de la relación, asociada a la fase de impacto.

En tanto la resignación es posible de identificar en dos de los sujetos quienes tras el proceso de ruptura y la posterior fase de pérdida, reconocen que la relación ha llegado a su fin y que han sido capaces de librarse de ella por completo. Finalmente la última etapa del duelo, la reconstrucción, indica que la persona ha superado la pérdida y vuelve a ser “dueña” de una emocionalidad positiva, presente en todos los sujetos de estudio reconociéndose más alegres con posibilidades ciertas de recomenzar a creer en sí mismos.

Categorías emergentes

Dentro del proceso investigativo fueron apareciendo algunos elementos no identificados previamente y que resulta importante evidenciar. Estos elementos o categorías emergentes, fueron recurrentes en el relato de los sujetos, lo que indica su importancia y pertinencia en el proceso de categorización. Estos conceptos fueron infidelidad y familia.

Infidelidad: en los sujetos de estudio no existe consenso de cuándo y cómo comenzaron a vivir la infidelidad (con el pensamiento o con la acción), sin embargo en todos los relatos estuvo presente y lo describen como deslealtad, ruptura de la confianza, de promesas, sintiéndolo una traición a la relación. La infidelidad fue un elemento, una acción importante, que arrojó señales de alarma y evidenció problemas significativos en la pareja, realidad desestabilizadora y que a menudo fue en desmedro de uno de los integrantes de la pareja. En esta realidad no habría víctimas ni culpables, en tanto su desarrollo dependió más de la naturaleza de los problemas pre-existentes, especialmente de la calidad del vínculo y las razones por las cuales las personas se constituyeron en pareja.

Familia: fue considerada por los sujetos de estudio un elemento central en sus vidas y a la vez es un ideal a alcanzar, mostraron planificación y movilización para poder conseguir esa meta. Ha sido una forma permanente de poder dar plenitud y realización a su vida. La familia se plantea como un sueño o un ideal que habría que alcanzar, o bien en otros casos como una realidad a la que hay que adaptarse en virtud de las circunstancias. La identificaron como el área más importante de la vida de la personas, superando otras dimensiones como el trabajo o el estudio, la vida religiosa, las amistades, el deporte o las actividades de acción social.

En consecuencia ambas categorías, infidelidad y familia, son percibidas como contradictorias y parte de un todo continuo, son trascendentes en el proceso de vida afectiva de las personas. Son entendidas como parte del proceso de vinculación en el cual las personas se mueven y logran trascender o son antesala de la ruptura matrimonial, de la vivencia de fracaso y duelo.

Conclusiones

El estudio de la relación matrimonial en proceso de quiebre, abre muchas interrogantes respecto a la afectividad, compromiso y permanencia de las parejas. La presencia del vínculo matrimonial en sí mismo no impide el conflicto y mucho menos la experiencia de pérdida, la que a menudo es vivenciada con fuertes carencias emocionales o como duelo por la pérdida de su cónyuge. La separación es en sí misma un duelo y requiere de un proceso que debe atravesarse necesariamente, superando las ausencias, reclamando esfuerzos y adaptaciones, que no siempre son posibles de poner en práctica.

Para las parejas estudiadas, el matrimonio fue un hecho significativo en sus vidas, marcado por un fuerte sentimiento de amor asociado a la intimidad de la relación; Elsner, Montero, Reyes y Zegers (2000) indican que el inicio de la intimidad es parte esencial de la afectividad en el matrimonio. No obstante y parte inherente a la diada dicotómica son los sentimientos y emociones de desamor, desvinculación, soledad, que ocurren tras la pérdida del contacto emocional y físico del otro. Realidad que ocurre cuando estas personas comenzaron a des-idealizar el matrimonio y el desencuentro resultó ser la realidad cotidiana. El desencuentro pareciera darse, entre las fases que hemos denominado pre-ruptura (caracterizada por conflictos y causas desencadenantes de la ruptura), y la ruptura matrimonial ya concretada, en la que las personas se enfrentan a obstáculos para poder superarla y la frustración de sueños y expectativas que habían nacido en la primera fase del matrimonio.

En este sentido, es posible identificar en la fase previa a la ruptura matrimonial, la presencia de desencadenantes específicos –y a la vez diverso para cada caso– que originaron la ruptura. La fase previa aparece relacionada a la decisión final de la ruptura, que tras la concreción da paso a la fase

consumada de la desvinculación, es decir a la vivencia de la ruptura matrimonial, donde son reconocibles diversas dificultades por las que pasaron los sujetos, asociadas estrechamente a las etapas del duelo. Se aprecia entonces, que dicha fase trae consigo una serie de cambios que cada persona vive de manera personal e involucra obstáculos y frustraciones, ruptura de sueños y expectativas. A la vez implica para la persona, un proceso de readaptación asociado a nuevas vivencias luego de la pérdida. Goldberg (2004), al respecto menciona que la separación conlleva una sensación de frustración, aun cuando se tenga claro que no se quiere seguir viviendo con el otro. Lo cierto es que, con frecuencia, la experiencia del término de la vida compartida se siente como un fracaso personal.

Además del estudio de los componentes derivados de la ruptura matrimonial, se encontraron conceptos emergentes que fueron abordados. Uno de ellos fue el tema familia, asumido como el contexto donde ocurre la ruptura, y por otro la infidelidad, como una de las principales causas de la ruptura matrimonial de los sujetos de estudio. Los imaginarios y construcciones del concepto familia, no son solo aspiraciones, sino una realidad personal que dibujó expectativas malogradas pero que siguieron presentes en estos sujetos. Por su parte el tema de la infidelidad fue recurrente en las causales de la ruptura matrimonial, siendo motivo y consecuencia de problemas conyugales. La infidelidad fue vía de escape a los problemas matrimoniales y a la vez causa de la separación.

Resultó comprobable el proceso de duelo ante la pérdida de la pareja, es claro. Estas personas vivieron un verdadero proceso de duelo vivenciado con sufrimiento, confusión, aislamiento y sensación de desamparo por la pérdida de expectativas y proyectos; por la imposibilidad de concretar lo que pudo haber sido y se ha perdido irremediablemente.

Las vivencias de la ruptura son inherentes a la experiencia individual y precisamente por esto las etapas del duelo –si bien están presentes y son posibles de identificar– no se pueden ver como sucesos concatenados ascendentes. No poseen lógica temporal que permita el paso secuencial de una tras otra así como tampoco son experimentadas en su totalidad por los ex-cónyuges, quienes pueden pasar por una u otra con mayor o menor intensidad, o simplemente no vivir una etapa concreta y saltarse a otro escalón de tal desarrollo. No necesariamente una persona vivenciará en orden ni en su totalidad dichas etapas. No obstante observamos que resulta importante que la persona que ha sufrido una pérdida afectiva significativa, logre atravesar y superar el duelo, ya que solo superando esta fase puede enfrentarse de mejor modo a una nueva relación, o una nueva vida. Tal como expone Fonnegra (2001), hay que tener en cuenta que para completar el proceso de curación hay que experimentar las etapas del duelo y superarlo. Un duelo se ha completado cuando las personas son capaces de recordar y hablar sobre lo perdido sintiendo poco o ausencia de dolor.

Resulta evidente entonces que los sentimientos y emociones que acarrear las rupturas, al igual que las circunstancias que las rodean, resultan semejantes a las que se experimentan con la pérdida de un ser querido. Tal como ocurre con las etapas del duelo, tanto en pérdida por la muerte como en la pérdida de la ruptura matrimonial, tiene lugar un impactante duelo el cual constituye un proceso normal siempre y cuando sea acotado en el tiempo y de paso a elaboraciones más o menos creativas y adecuadas a la situación de vida de quien lo padezca. En ese período la persona tiene que adaptarse a vivir e intentar ser feliz de nuevo sin el ex-cónyuge y suele concluir con la reconstrucción, adaptándose a la vida sin su anterior pareja y pudiendo incorporar aprendizajes de tales experiencias, en ocasiones dando lugar y espacio a una nueva relación futura.

Ante la pérdida las personas sienten que su vida se ha transformado de manera inquietante, experimentando cambios que las marcan en diversos sentidos, tanto para quien abandona como para quien es abandonado. Uno y otro experimentan intensas emociones y sentimientos asociados a la pérdida y equivalentes al duelo: ansiedad, confusión, desamparo, inseguridad, soledad, frustración, rabia, culpa, intranquilidad, inquietud pero también pueden dar paso al alivio y la reconstrucción.

El duelo por ruptura matrimonial es un proceso ineludible que va elaborándose poco a poco y no resulta una vivencia sencilla ni inmediata, no es idéntico para todas las personas. Es un proceso que se debe asimilar, comprender y aprender a superar. Se puede demorar en superar el duelo o bien resolverse rápidamente, esto depende de la capacidad y umbral de asimilación de cada persona. De todas maneras, el final de una relación puede ser un nuevo comienzo y significar crecimiento, ya que la persona puede concentrarse en sí misma y dedicar energías en pro de su desarrollo personal y social. El proceso de duelo puede convertirse en aprendizaje vital, pues la experiencia dolorosa implica un nuevo conocimiento de sí mismo, dejando enseñanzas útiles para el desarrollo de la vida. Las personas, utilizan diversos mecanismos para afrontar el dolor tras la pérdida, ellos permiten recomponer la vida hacia etapas de mayor satisfacción y espacios más edificantes en el proceso de vida. Nada se acaba cuando una relación termina, volver a amar, en definitiva volver a vivir, es posible.

Bibliografía

AA.VV. (2002). DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Elsevier Masson.

Chicharro, M. (2003). La perspectiva cualitativa en la investigación social: la entrevista en profundidad. Obtenido el día 9 de marzo del año 2015 desde <http://www.cesfelipsegundo.com/revista/Articulos2003/Articulo7.pdf>.

Cornejo, M., Mendoza, F. & Rojas, R. (2008). La Investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *PSYKHE*, vol.17, no. 1, 29-39. Obtenido el día 14 de marzo del año 2015 desde <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art04.pdf>.

Elsner, P., Montero, M., Reyes, C. & Zegers, B. (2000). *La familia: una aventura*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

Fonnegra, I. (2001). *De cara a la muerte*. Santiago de Chile: Andrés Bello.

Goldberg, B. (2004). *Tuyos, míos, nuestros: cómo rearmar y disfrutar de la familia después del divorcio*. Buenos aires: Lumen.

Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto*. Madrid: Arán.

INE, Instituto Nacional de Estadísticas. Censos 1982, 1992, 2002.

Larraburu, I. (2009). *Atención plena*. Madrid: Planeta.

Murcia, N. & Jaramillo, L. (2001). La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa. *Cinta de Moebio*. 12: 31-43. Obtenido el día 10 de marzo del año 2015 desde <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/12/frames03.htm>

Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2002). *Metodología de la investigación cualitativa*. Santiago de Cuba: Prograf.

- Rojas, S. (2008). *El manejo del duelo: una propuesta para un nuevo comienzo*. Bogotá: Norma.
- Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao: Universidad de Deusto.
- _____. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sarquis, C. (1995). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Vargas, R. (2003). Duelo y pérdida. *Med. leg.* vol.20, no.2. p. 47-52. Obtenido el día 11 de marzo del año 2015 desde http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=es&nrm=iso.
- Véliz, P. (2004). *Divorcio, nulidad y separación: los caminos frente a la ruptura*. Santiago de Chile: Cerro Manquehue.
- Weinstein, E. (2006). *Parejas (im)perfectas*. Santiago de Chile: El Mercurio/Aguilar.
- Zicavo, N. (2006). *¿Para que sirve ser padre? un libro sobre el divorcio y la padrectomía*. Concepción: Universidad del Bío-Bío.

NOTAS

1. Alertamos al lector que en toda la extensión del presente artículo y solo a fin de facilitar la lectura decidimos hablar sin perspectiva de género, hablando de los integrantes de la pareja de manera indistinta, en el entendido de que esto no significará discriminación, ni pose filosófica estereotipada alguna.
2. Nota: Para efectos de comparación con las cifras del censo de 1982, en el presente cuadro, las cifras de las categorías "separado" y "anulado" de los Censos de 1992 y 2002 fueron fusionadas.

PSICOTERAPIA CON HOMBRES: ALGUNAS CONSIDERACIONES CONCEPTUALES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Sender Herrera Sibaja

Centro de Psicología y Desarrollo Humano, Costa Rica.

Resumen

Esta ponencia plantea algunas consideraciones conceptuales para el abordaje psicoterapéutico con hombres, la cual se realiza a partir de la doctrina de derechos humanos y la perspectiva de género. Propone aspectos éticos, metodológicos y políticos de esta actividad, y cuestiona algunos conceptos utilizados con frecuencia en esta materia. En este trabajo se reconoce los aportes de la psicología política y se anota la posibilidad de una psicoterapia política.

Palabras clave: Psicoterapia, hombres, género, masculinidad, violencia.

Abstract

This paper presents some conceptual considerations for the psychotherapeutic approach with men, which is done from the human rights doctrine and gender perspective. It proposes ethical, methodological and political aspects of this activity and it questions some concepts that are frequently used in this matter. This work recognizes the contributions of political psychology and annotates the possibility of a political psychotherapy.

Key Words: Psychotherapy, men, gender, masculinity, violence.

Introducción

Este trabajo plantea más preguntas que respuestas, así como más problematizaciones que afirmaciones. En él se realizan algunos cuestionamientos desde la praxis poniendo en escena el trabajo que nuestra organización hace, sin embargo, las ideas que acá se esbozan no necesariamente representan a nuestra organización, sino, son esbozos personales.

Una segunda consideración consiste en la redacción: se realiza a partir de algunos visos metodológicos de la sistematización de experiencias.

Lo tercero: se comentará el trabajo que realizamos en esta línea de abordaje, la cual es subcontratada por el Estado a través de los gobiernos de turno, principalmente los gobiernos locales. Habiendo dicho esto ya muchas alarmas se estarán encendiendo en algunas personas lectoras, debido al cuestionamiento inmediato que surge acerca de la autonomía. Es decir, a partir de este momento muchas personas dejarán la lectura de este escrito, afirmando *per se* que se tratará de una exposición de ideas de una agencia “más” operadora de iniciativas estatales y gubernamentales que piensan desde las políticas públicas más que de las problematizaciones críticas. Ante esto queda responder que es probable que tengan razón, dado que quien escribe estas líneas aún no está seguro de que sea lo contrario.

Entrando en el tema surgen varias preguntas: ¿por qué hablar de psicoterapia con hombres? ¿Qué es esto de la psicoterapia con hombres? ¿De dónde surge esto de la psicoterapia con hombres? ¿Para qué una psicoterapia con hombres? ¿Realmente se necesita una psicoterapia con hombres? ¿Y de cuál psicoterapia hablamos? ¿Son las categorías de análisis: patriarcado y género, suficientes y necesarias para esta psicoterapia con hombres?

Conviene decir que el punto de partida se encuentra en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, conocida internacionalmente como CEDAW (1979), instancia de la ONU que tuvo sus orígenes en la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1946). La CEDAW (1979) en su artículo #5 dice:

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres; b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.

El trabajo que se propone con hombres en sus distintas dimensiones (psicoterapéutico, educativo, asistencial, promoción y prevención, entre otras) procura cambios sociales, ideológicos y culturales en las formas y manifestaciones en que hombres y mujeres se organizan y se relacionan, proporcionando problematizaciones a favor de iniciativas equitativas e igualitarias, v.g. trabajo y crianza compartida (OIT y PNUD, 2009, 2013) como una ruta de acción transformadora a nivel social y relacional. Se trata de una constante interacción entre las transformaciones interpersonales e Institucionales frente al ejercicio del poder. Es decir, el tema convoca el requerimiento de cambios estructurales y mediáticos más que voluntades aisladas. Teniendo esto en mente, no solamente reconocemos la fuerza teórica, técnica y metodológica de la psicología política (Barrero, 2008), sino sus aportes para una psicoterapia política.

Generalidades

Pareciera que algunas cuestiones sociales despertaron el interés para estudiar a los hombres, su configuración y construcción social, v.g.: violencia por condición de género, contra la pareja, intrafamiliar, violencia y abuso sexual, embarazo desde edades tempranas, acoso sexual en el trabajo (Valdés y Olavarría, 1997), conflictos asociados con paternidad y parentalidad (Zicavo, 2006, 2010, 2011), salud sexual y reproductiva (Figuroa, 2011), liderazgos comunitarios, condiciones y situaciones laborales, políticas, económicas, culturales, acceso a la información, educación, el influjo de la comunicación colectiva y otros.

Esto ha sido visibilizado y estudiado por diversos movimientos feministas, integrados tanto por mujeres como por hombres, que desde su historia (primera, segunda y tercera ola) han formulado categorías de análisis para comprender las relaciones entre los hombres y mujeres.

A partir de la tercera ola de la historia y los movimientos feministas (1960, 70 y 80) la academia instauró categorías como el patriarcado y el género para problematizar las relaciones desiguales e inequitativas entre mujeres y hombres, así como sus mecanismos de legitimación, perpetuación y arraigo.

Inicialmente los estudios se centraron en el binomio hombre-mujer, masculino-femenino, y sus respectivos roles, mandatos, estereotipos y sus consecuencias. Más adelante los estudios acerca de la diversidad e interseccionalidad (Muñoz, 2011) plantean nuevos desafíos de comprensión, debido a la escasez de la fórmula binaria para explicar otras diferencias, desde la otredad, alteridad y complejidad (Butler, 2006). Esto es importante porque cuestiona aspectos que procuraban ser soluciones a las tensiones epistemológicas, tales como la integración, que en la práctica resulta ser otra forma, manifestación, de movimientos patriarcales de heteronormatividad y hegemonía, excluyentes. Desde un feminismo latinoamericano, descolonizador, una feminista centroamericana de larga trayectoria, Mendoza (2015: p. 61) plantea:

En América Latina, también se ha puesto en cuestión la existencia de género y patriarcado en las sociedades amerindias antes de la intrusión europea. El estudio del género en las sociedades andinas y mayas tiene larga data, pero no ha sido un debate central dentro de los feminismos latinoamericanos dominados por mujeres mestizas o blancas de clase media y alta. Esto apenas ha empezado a cambiar en la medida en que intelectuales indígenas construyen sus propias epistemologías y feministas indígenas y mestizas comienzan a escribir sus propias teorías feministas. El concepto de colonialidad del género de Lugones es quizá uno de los aportes más importantes del entremundo de la intelectualidad indígena y los estudios descoloniales liderados sobre todo por hombres intelectuales mestizos y blancos de América Latina, muchos de ellos trabajando dentro de la academia estadounidense. Dentro del incipiente feminismo descolonial latinoamericano, tal como en los estudios feministas africanos, se ha tratado de construir una narrativa sobre las culturas ancestrales indígenas como culturas con un desarrollo inédito y diametralmente distinto al de la occidental. La descolonización epistemológica se ha planteado precisamente en esos términos, como una forma de desafiar las categorías teóricas de Occidente que han colonizado y negado al mundo del saber indígena. Los conceptos de género y patriarcado no se han escapado, por supuesto, de esta revolución epistemológica, que se lleva a cabo en América Latina, en particular dentro de los movimientos feministas indígenas.

Lo anterior se relaciona con ¿cómo se organiza la cotidianidad de las personas?, ¿qué posición o situación tienen las personas en esa cotidianidad? ¿Cómo adquieren esas posiciones o situaciones? ¿Por qué no otras? Dadas las formas ideológicas que ejercen el poder Estatal y gubernamental en los países latinoamericanos, las respuestas a estas y otras muchas interrogantes deben incidir en la construcción de políticas públicas, planteando agendas de trabajo centradas en cambios ideológicos que produzcan acciones transformadoras (CEDAW, 1979). Esto implica que la psicología debe leer lo que ocurre en cada país con los índices de desarrollo de género, social, económico, político, cultural y otros.

Acerca de los estudios sobre hombres y masculinidad cabe destacar: ¿el problema son los hombres y la masculinidad o la Institucionalidad estructural que reproduce mandatos hegemónicos desiguales e inequitativos en las relaciones entre hombres o mujeres? A partir de este cuestionamiento, aún no

estamos convencidos del constructo “masculinidades”, haciendo referencia a “una” masculinidad hegemónica, patriarcal, y “otras” masculinidades denominadas en ocasiones como “nuevas masculinidades”, “otras masculinidades”, “masculinidades alternativas”, etc.

Nos parece que el constructo “masculinidades” es otro movimiento de re-edición patriarcal que centra la atención en la especificidad sin modificar la estructura, ante esto nos preguntamos: ¿qué otra masculinidad ante un mismo patriarcado? ¿Es transformador teorizar acerca de “otras masculinidades”, “no hegemónicas”, sin modificar los aspectos estructurales, Institucionales, ideológicos? Consideramos al igual que Connell (1995 en Valdés, T. y Olavarría, J., 1997) que el énfasis acerca del estudio de hombres y la masculinidad debe centrarse en el conocimiento de las relaciones de género, por ende, se trata de una ética política que procura transformaciones estructurales centradas en la justicia y economía social. Así, nos alejamos de las propuestas teóricas mitopoéticas como las propuestas por Moore y Gillette (1993) cuando se refieren a los arquetipos de “La nueva masculinidad. Rey, guerrero, mago y amante”, debido a su proximidad sexista. Desde esta psicología y psicoterapia política que proponemos no estamos interesados en que las mujeres conozcan cómo son los hombres o viceversa, nos interesa la igualdad de oportunidad y la equidad de condiciones en las relaciones de género, desde la interseccionalidad y desde un feminismo descolonizador.

Ante esto avanzamos y nos preguntamos: ¿se trata solo de un sistema patriarcal? O ¿detrás, adelante o al lado de esto se encuentra un sistema capitalista? ¿Por qué nos enfrascamos en amplias y profundas discusiones entre los que trabajamos en las bases comunitarias, allá cuándo las estructuras violentas se mantienen intactas? ¿A qué intereses respondemos en estos temas? ¿A quiénes les interesa y a quienes no están transformaciones? Mientras el micro y meso sistema se embullen en tensiones que distraen, las macroestructuras se mantienen indemnes.

Decimos entonces que existe una violencia estructural, política (Estatal), vehiculizada a través de una violencia mediática (comunicación colectiva hegemónica), manifiesta en violencia social, la misma que se traduce en violencia interpersonal, v.g.: violencia intrafamiliar.

Desde esta perspectiva el énfasis no está en diagnosticar a personas víctimas, victimarias y testigos, procurando planes de tratamientos específicos, sino, acompañarlas desde y para la comprensión, re-pensando y re-planteando las relaciones y su organización, el afecto.

El contexto

Las personas hombres que asisten a los procesos de psicoterapia individual y grupal que dirigimos, usualmente son derivados de las agencias judiciales o administrativas. Ante esto, desde el motivo de consulta estamos frente a una dificultad técnica, la cual comprendemos y administramos a favor de la dignidad de las personas. Esto lo logramos mediante acercamientos y acompañamientos, facilitando el fortalecimiento o adquisición de habilidades psicosociales. Esta etapa inicial como momento metodológico, es crucial para transformar la obligatoriedad en voluntad, desmitificando el deseo social y demanda Institucional, creando sensibilización y concientizaciones a favor de la protección y la autonomía.

La metodología

Utilizamos metodologías emancipatorias como la educación popular (dimensión educativa) y el psicodrama (dimensión psicoterapéutica). Estas metodologías se caracterizan por hacer énfasis en la

co-construcción de saberes desde la participación. Tratan de una ética y estética, política y referencial, con el fin de alcanzar acciones transformadoras desde las voces de las personas que participan de la experiencia. Es decir, se construye desde la praxis, praxis que se pone en escena desde la movilización democrática de comprensiones, procurando encuentros y consensos (Murueta, 2014).

Estas metodologías fortalecen el tejido social, la capacidad de mirarse y mirar desde los valores colectivos, propiciando pluralidad desde la solidaridad y cooperatividad. De esta forma se fortalecen las capacidades de participación y de organización, conciliando saberes desde una perspectiva crítica y respetuosa, transformando ideologías.

Acerca de una psicoterapia política con hombres

Algunos comentarios desde la praxis: En esta línea de ideas hemos notado en los grupos psicoterapéuticos con hombres, una constante demanda de ellos de solicitar que en algunas de las sesiones asista una psicoterapeuta mujer para que les ayude a “comprender” qué es lo que ellas esperan de ellos. Esto sucede cuando la temática se asocia a relaciones de pareja y sexualidad. Sin embargo, cuando las temáticas se asocian a responsabilidad personal, empatía, afecto y violencia se presentan constantes expresiones de la fragilidad de los hombres frente al aparato judicial y administrativo, principalmente relacionado con temas de paternidad y parentalidad, régimen de visitas, pensiones alimentarias, medidas cautelares y otras.

Cuando las personas psicoterapeutas hacen reflejo de estas situaciones, asociado con la “comprensión” otorgada desde las voces y mirada de las mujeres, según solicitud de ellos, encontramos en los hombres manifestaciones acerca de los conceptos de igualdad y equidad, tales como “...ahora todos somos iguales, no hay diferencia...”, “...ya eso del machismo pasó, eso era antes...”, etc. Ante esto notamos movimientos patriarcales de perpetuación de privilegios otorgado a los hombres y minimización de situaciones y condiciones que desfavorecen la posición de las mujeres.

Por cuestiones como estas nos apartamos en los procesos psicoterapéuticos con hombres de las perspectivas mitopoéticas, y nos centramos más en las tensiones ideológicas y políticas desde las teorías críticas.

Nos ha parecido que la violencia mediática ha desfavorecido las comprensiones y replanteamientos entre las relaciones de género. La constante cosificación del cuerpo de la mujer en los medios de comunicación masiva, o la ternura asociada a ellas en las pautas publicitarias de las empresas de línea blanca de electrodomésticos, principalmente en el día de la madre, o bien, las pautas de bebidas alcohólicas que homologan machismo con feminismo, las caricaturas que expresan “roles” del hombre y de la mujer en los ámbitos público y privados, canciones recientes de co-dependencia que refuerzan las ideas de dominación masculina y sumisión femenina, las constantes denominaciones de comunicación colectiva ante los femicidios, denominándolos “crímenes pasionales” y otras manifestaciones de violencia mediática nos permite preguntar ¿cómo se construyen social y relacionamente los hombres y las mujeres? Para Josep-Vicent Marqués en Valdés y Olavarría (1997, p.18) ocurren dos situaciones:

Por una parte, se reducen las diferencias personales potenciales entre los individuos varones tratando de uniformarlos en torno a un modelo de sujeto masculino. Por otra, se trata de

aumentar las diferencias que todos los varones podrían tener con las mujeres, sometidas a un proceso semejante de reducción de diferencias individuales y homogeneización en torno a un modelo de sujeto femenino... Pero el sistema patriarcal se encargará de tratar a las personas como si fuesen idénticas a las de su mismo sexo y muy diferentes a las del opuesto.

Al respecto, quisiera compartir dos experiencias: 1) Durante el mes de julio de este año fui invitado a un centro educativo costarricense ubicado en una de las zonas más pudientes de nuestro país para dialogar acerca de la perspectiva de género. Acá las personas docentes y administrativas me comentaron la siguiente situación (paráfrasis): en los recreos, cuando los hombres juegan en el gimnasio las mujeres no pueden estar ahí, sino que ellas juegan en otro espacio, cuando consulté a qué se debía esto me indicaron que los hombres juegan brusco y pueden golpear a las mujeres, y que ellos (personal docente y administrativo) como mecanismo de prevención de “bullying” evitan que ellas estén en el mismo lugar que ellos.

Esta descripción nos dio oportunidad de problematizar las construcciones sociales de las relaciones de género, v.g., la validación de la violencia masculina, la culpa en la mujer, la territorialidad masculina, la sumisión femenina, la carencia de diálogo intergenérico desde edades tempranas, la postergación y carencia de acceso de la mujer, los privilegios de los hombres, etc.

2) Por otro lado, meses atrás fui invitado a una zona lejana de nuestro país, caracterizada por carencias económicas, vulnerabilidades sociales y otras condiciones comprometidas para desarrollar una actividad con personas menores de edad acerca de la temática de derechos humanos, ciudadanía y participación social. Se trataba de un campamento de varios días para co-construir aprendizajes y proponer agendas locales de articulación a favor de la protección integral de la niñez y la adolescencia desde la perspectiva de género.

En este escenario sucedió lo siguiente: dos personas adolescentes fueron encontrados durante una de las noches practicando lo que se denominó “escenas amorosas”, a la mañana siguiente la adolescente mujer estaba siendo entrevistada por autoridades Institucionales en unos de los pasillos del lugar, acerca de lo sucedido, con amenazas de ser expulsada del campamento mientras al mismo tiempo el adolescente hombre se encontraba disfrutando de la piscina.

Las dos situaciones descritas exhiben realidades sociales y económicas distintas en cuanto desarrollo humano, pero similares desde las ideologías propias de las estructuras patriarcales y capitalistas. Acá nos preguntamos ¿qué continúan aprendiendo las personas desde edades tempranas acerca de las relaciones de género? ¿Qué aparatos ideológicos conocidos y cuáles nuevos continúan perpetuando la hegemonía del hombre y la subordinación de la mujer? ¿Qué debemos abordar en la psicoterapia con hombres? ¿Qué psicoterapia necesitamos para producir acciones transformadoras en materia de género y masculinidad? ¿Es necesario esto?

Un aspecto de especial cuidado en la psicoterapia con hombres desde la perspectiva de género, es prevenir la configuración de refugios de “homosocialización” que refuercen desde la cooperatividad y la ternura los privilegios y complicidades de la masculinidad (Kimmel, 1992, p.137).

Es relevante en los procesos psicoterapéuticos con hombres, problematizar acerca de la importancia de la participación de ellos en la búsqueda y puesta en práctica de soluciones a favor de la igualdad y

equidad de género. Las acciones transformadoras deben darse tanto a nivel interpersonal como Institucional, a nivel social, político, económico y cultural.

En la psicoterapia con hombres procuramos tensiones ideológicas, paradigmáticas (terapia cognitiva), se hace énfasis en las relaciones (tema altamente importante en las situaciones de paternidad, parentalidad), y en los contextos vinculares (los afectos, la recuperación de la ternura emancipatoria). Con esto último utilizamos las propuestas de “familia de origen” de Bowen.

Reflexiones finales

Trabajar con hombres, desde la dimensión educativa o atencional (psicoterapéutica) requiere de parte de las personas psicoterapeutas claridad crítica al menos en materia de derechos humanos, perspectiva de género y desarrollo humano.

Cuando el trabajo psicoterapéutico o educativo se realiza con hombres nombrados “ofensores”, “maltratadores” y “otros”, el abordaje debe realizarse con trato digno y ausente de ideologías sexistas.

Trabajar con hombres en estas dimensiones implica reconocer que el mismo sistema patriarcal y capitalista que se problematiza, envuelve desde la socialización tanto a hombres como a mujeres, desigual e inequitativa, con mandatos específicos para la perpetuación de relaciones sexistas, por ende, a pesar que desde lo micro, desde lo interpersonal, se abordan las situaciones a partir de la oportunidad de cambio y transformación, no es dable pasar por alto el requerimiento de los cambios culturales e ideológicos macro, estructurales.

Por ende, las personas psicoterapéuticas que ingresan al recorrido del trabajo psicoterapéutico y educativo con hombres, deben observar dentro de cada sesión las distintas manifestaciones de reproducción ideológica, que no en pocas ocasiones, desde la ternura, solidaridad y cooperatividad se convierten en “refugios de homosocialización” dominantes, promotores de los privilegios de los hombres, en detrimento de la subordinación de las mujeres.

Es necesario problematizar aquellas posturas teóricas que aproximan la probabilidad de reproducir relaciones hegemónicas y sexistas desde la mirada del cambio, no hacerlo será una re-dición y re-actualización patriarcal.

Reconocemos los aportes de la psicología política y proponemos la oportunidad de una psicoterapia política.

Bibliografía

Astelarra, J. et al (1992). *Fin de siglo, género y cambio civilizatorio*. Chile.

Barrero, E. (2008). *De Macondo a manuscrito. Conflicto, violencia política y guerra psicológica en Colombia. Una aproximación desde la psicología social crítica*. Bogotá.

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona.

Ferrari, J., Zicavo, N. (2011). *Padres separados. Cómo criar juntos a sus hijos*. México.

Figueroa, G. (2011). Estudios sobre varones y masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras. IV Coloquio Internacional de Estudios sobre varones y masculinidades. Montevideo.

- Mendoza, B. (2014). *Ensayos de crítica feminista en nuestra América*. México.
- Moore, R. y D. Gillette. (1993). *La nueva masculinidad. Rey, guerrero, mago y amante*. Barcelona.
- Murueta, M. (2014). *Psicología. Teoría de la praxis*. AMAPSI. México.
- Murueta, M., Osorio, M. (2009). *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. AMAPSI. México.
- Muñoz, C. (2011). *Violencias interseccionales. Debates feministas y marcos teóricos en el tema de pobreza y violencia contra las mujeres en Latinoamérica*. CAWN. Honduras.
- OIT-PNUD. (2009). *Trabajo y Familia. Hacia nuevas formas de conciliación con responsabilidad social*. Ginebra.
- OIT-PNUD. (2013). *Trabajo decente y cuidado compartido. Hacia una propuesta de parentalidad*. Ginebra.
- ONU. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. CEDAW. Ginebra.
- Valdés, T., Olavarría, J. (1997). *Masculinidad/es, poder y crisis*. FLACSO. Chile.
- Zicavo, N. (2006). *Para qué sirve ser padre: un libro sobre el divorcio y la padrectomía*. Chile.
- _____ (2010). *Crianza compartida*. México.

CENTRO HOSPITALARIO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. Una senda hacia la Suicidología Comunitaria

Carlos Martínez

Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial, Hospital Regional de Río Gallegos, Argentina

Resumen

Desde mediados de 2011 se comienza a desarrollar en Río Gallegos, Capital de la Provincia de Santa Cruz, un trabajo sistemático de abordaje integral de Prevención y Posvención del Suicidio. Se inaugura con un Plan Piloto de Capacitación Profesional e Intervención en terreno. Después de ocho meses se crea, en la mencionada ciudad, el Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial.

A partir de una evaluación cuantitativa y cualitativa del sujeto, demandante o derivado, se ubica el caso – usuario en crisis más grupo familiar– en un triage de campo, a partir del cual se inicia un seguimiento presencial y telefónico intensivo desde el modelo de Intervención en Crisis.

El Centro cuenta también con un Equipo de Comunidad que desarrolla evaluaciones colectivas en escuelas, en articulación con el Equipo de Equidad en Redes, del Consejo Provincial de Educación. El abordaje se realiza en terreno, constituyendo una instancia de cribado donde la detección precoz del riesgo se gestiona a través de programas breves de intervención grupal involucrando a toda la comunidad educativa.

Ante situaciones de suicidios consumados se interviene también en las ciudades del interior de la provincia, fundamentalmente a través del Equipo Hospitalario que opera como convocante del entramado social intersectorial.

Palabras clave: Prevención del Suicidio, Posvención, Intervención en Crisis, Psicología Comunitaria, Suicidología Comunitaria

Abstrac

This work on the systematic comprehensive approach towards the Prevention and Postvention of Suicide started to develop back in mid 2011 in Río Gallegos, capital of Santa Cruz Province.. The first step on this development was a Pilot Plan for the Training of Professionals and also field intervention.

The Center for Crisis Intervention and Psycho-social Rehabilitation was founded eight months later.

The case – client in crisis plus family group – undergoes quantitative and qualitative evaluation by means of a triage system, all of which allows to start intensive face-to-face and also phone follow up according to the Crisis Intervention Model. Such intervention is developed by means of the participation in the “Grupo Sostén”, the Adolescents Group if the client fits into that age, and also family relationship interviews as well as Multi-family meetings open to the Community.

There is also a Community Team in the Center which performs collective assessment in schools, in conjunction with the “Equidad en Redes” Educational Speciality Team, belonging to the Provincial Education Council. The approach takes place on the field, and works as a screening step for the early detection of risk. Such risk is dealt with by means of short term intervention group programs involving the whole of the educational community.

When facing situations of committed suicide there are interventions in communities to the interior of the province, fundamentally through the Hospital Team which works as the cluster convener for the social intersectorial frame- work.

Key words: *Suicide prevention, Postvention, Crisis intervention, Psycho-social approach, Community Suicidology, Community Psychology*

Introducción

Es muy probable que la representación más extendida sobre el suicidio esté asociada a la imagen de un acto individual, intencional y con un propósito claro. Sin embargo cada vez más, y sobre todo después de la primera mitad del siglo pasado, con la estructuración de la Suicidología, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad, multideterminación y evitabilidad. (Martínez, 2008)

El suicidio debe ser considerado en todo el espectro de su producción autodestructiva en la subjetividad humana, tanto individual como colectivamente. Esto significa poder dar cuenta e identificar los niveles de deterioro progresivo que dicho proceso va instalando en las personas y la subsecuente vulnerabilización de sujetos y relaciones que se reproduce en todo su ámbito de influencia.

Si bien para muchos aún hoy sigue vigente la concepción bisecular del suicidio como enfermedad, también es cierto que, cada vez más –y sobre todo en Latinoamérica– se ha podido verificar empíricamente la incidencia de factores socioculturales y filosóficos en la génesis de la ideación suicida.

A partir de conceptualizar el suicidio como el *proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales* (Martínez, 2007a) se habilita el entramado de acciones posibles para despatologizar la intervención y crear una serie de interrelaciones psicosociales y comunitarias tendientes al establecimiento y/o restablecimiento del bienestar individual, vincular e institucional.

Esta concepción científica, crítica y expansiva –a la vez que específica– del desarrollo de la ideación suicida hasta su consumación, permite plantearse cómo operan los procesos de vulnerabilización en la producción del evento; pero al mismo tiempo también habilita el planteo complementario acerca de los valores, creencias y paradigmas intervinientes en la construcción, tanto del concepto de normalidad como del de sufrimiento y malestar humano instaurando condiciones de inclusión y modificando o desmitificando las de exclusión.

¿Por qué desde la psicología comunitaria?

Una vez que se ubica al suicidio por fuera de la patología, otorgándole determinantes biológicos y psicológicos, pero también y fundamentalmente sociales, culturales y filosóficos, eso quiere decir que no es solo un tema de Salud Mental Comunitaria; y mucho menos solo un problema que se resuelve con la prescripción de psicofármacos.

Si se toma la definición de Maritza Montero (1984) donde denomina la Psicología comunitaria como aquella que permite desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su entorno para solucionar los problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social, el abordaje de la problemática suicida se ubica dentro de los procesos vitales y modificables en convergencia y sinergia con los prój(x)imos.

En una lectura de lo antedicho aplicada al dispositivo que nos ocupa hoy se puede afirmar que en esta ciudad capital y por extensión a otras localidades de la provincia, aquel que atraviesa una crisis suicida

cuenta con sostenes y recursos diversos en instituciones y organizaciones de la comunidad, además del dispositivo hospitalario.

Hay un factor mucho más determinante aún y surge de la conceptualización de Bennet (1966) acerca del rol del psicólogo comprometido en esta tarea. Él lo llama "participante-conceptualizador", dando cuenta de su trabajo como promotor, tanto como el de profesional e investigador (Montero, 1984).

Entre otras vertientes, de allí se desprende uno de los postulados metodológicos más distintivos y productivos de esta manera de implicarse en la tarea: la investigación-acción. Si bien no se puede afirmar que el Centro de Intervención en Crisis está sostenido en esta metodología, sí lo han estado experiencias precursoras, denominadas intervenciones poblacionales (Martínez, 2007), de las cuales el Centro toma su concepción y espíritu fundacional.

Aquí se podría abrir un largo debate sobre si el acuerdo sobre la dinámica comunitaria conlleva de por sí, automática y necesariamente, el proceso de desarrollo comunal. También se puede considerar que este es un resultado de procesos institucionales, sociales y políticos que se van gestando en la relación dialéctica entre la investigación y la acción que se retroalimentan mutua y permanentemente. Esta movilidad incesante provoca y obliga cambios, no solo en el contexto de desarrollo, sino también en el profesional interviniente.

Quizás en este punto resida una de las mayores dificultades de implementación de esta modalidad de relación con el objeto de estudio e intervención. Nadie pasa neutro por este tipo de experiencias. El investigador interviniente es a la vez interpelado e intervenido por los sujetos y por la problemática que decidió abordar. Para sostener y profundizar el compromiso profesional en esta línea y en la premisa ética de "cuidar a los que cuidan", forma parte de reuniones y diálogos cotidianos –sin horario ni espacio físico fijo–, el Análisis de Implicación, en el sentido foucaultiano del concepto Implicación y en la crítica frankfurteana del Análisis de las Prácticas.

Como ya se vislumbra la interdisciplinariedad está en la misma esencia de este tipo de abordaje, llevando a su máxima connotación esta manera de vivir y profesar la práctica: la interdisciplinariedad no se instrumenta, se habita.

De la psicología comunitaria se desprende esta impronta ya que en su trama epistemológica vamos a encontrar enclaves de conceptos tales como la teoría del rol del interaccionismo simbólico, tensión y *stress* social, conceptos de la psicología ecológica transaccional, foco de control, acuñado por el neoconductismo, desesperanza aprendida de la psicología positiva, bienestar, teoría de la personalidad autoritaria de la Escuela de Frankfurt, teoría de la alienación del marxismo y teoría latinoamericana de la dependencia, entre otras.

Para concluir por ahora con esta escueta enumeración de razones de ¿por qué desde la psicología comunitaria?, las cuales se fueron reproduciendo y enriqueciendo en el desarrollo mismo de la acción, es importante tener en cuenta que para romper con los saberes hegemónicos, investigador interviniente y comunidad deben estar del mismo lado en la relación de estudio ya que ambos cohabitan el mismo entorno (Montero, 1984)

El plan piloto para Río Gallegos

Por tratarse de un Plan piloto a desarrollar en un tiempo acotado (siete meses), de junio a diciembre de 2011, se eligió un objetivo de desarrollo, evaluable cuali-cuantitativamente por la gestión a cargo.

Se implementó un proceso mixto de capacitación e intervención intersectorial, tendiente a la instalación de dispositivos de política sanitaria para la prevención y posvención del suicidio:

- Clínicos: de prevención, posvención y asistencia.
- Comunitarios: de detección temprana, contención e intercambio de saberes.

A continuación de las tareas de sensibilización, capacitación y puesta en marcha de los dispositivos, se destinaron los meses siguientes para la supervisión, ajuste de procesos, evaluación y seguimiento. Paralelamente, en la última etapa, se trabajó en la articulación y consolidación de la red de actores comunitarios que debían hacer circular la demanda de atención de la urgencia hacia los dispositivos sanitarios, conformado por personal profesional capacitado a tal efecto.

Tal eslabonamiento de acciones progresivas e inclusivas generó la identificación de capacidad profesional instalada que, al operar sincrónicamente con los diversos sectores gubernamentales y de la sociedad civil intervinientes, mejoraron la eficacia en la búsqueda de la ampliación y crecimiento de los parámetros de bienestar psicosocial en la población.



Figura 1

Además de los lineamientos vigentes de la OMS, también se adaptó la experiencia capitalizada en una intervención pobacional realizada por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, en Rosario de la Frontera-Provincia de Salta, Argentina, ante una demanda por reproducción suicida adolescente.

El siguiente diseño fue realizado e implementado por la directora del hospital local para abordar la creciente demanda de atención y los diversos focos de manifestación de la crisis.

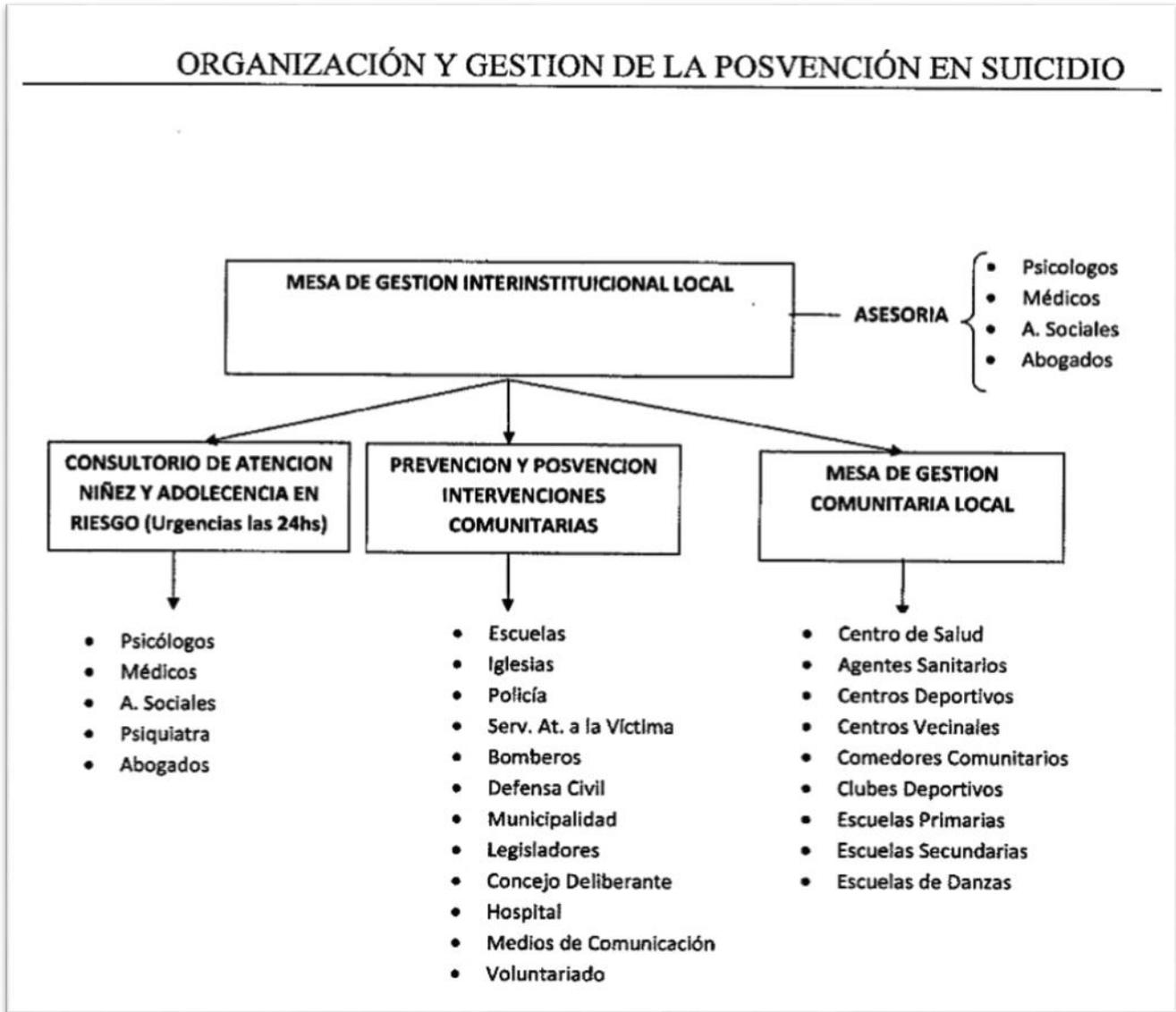


Figura 2

Esta oportunidad, además de sistematizar las experiencias de intervenciones poblacionales y comunitarias realizadas a lo largo de más de una década (Martínez, 2007b), constituyó el desafío de asumir el compromiso y la responsabilidad de gestar los cimientos del primer dispositivo público, específico e integral que actuaría en forma permanente en Argentina, ya que dependía del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz (Subsecretaría de Salud Colectiva-Dirección Provincial de Salud Mental).

En ese momento, independientemente de las estadísticas epidemiológicas variables según la fuente de consulta, la provincia arrastraba una situación crítica en tasas de suicidios durante largos años.

Esta situación se acrecentaba en la percepción social a través de los titulares de los medios de comunicación masiva que ubicaban a Santa Cruz como la provincia con la tasa de suicidios más alta del País.

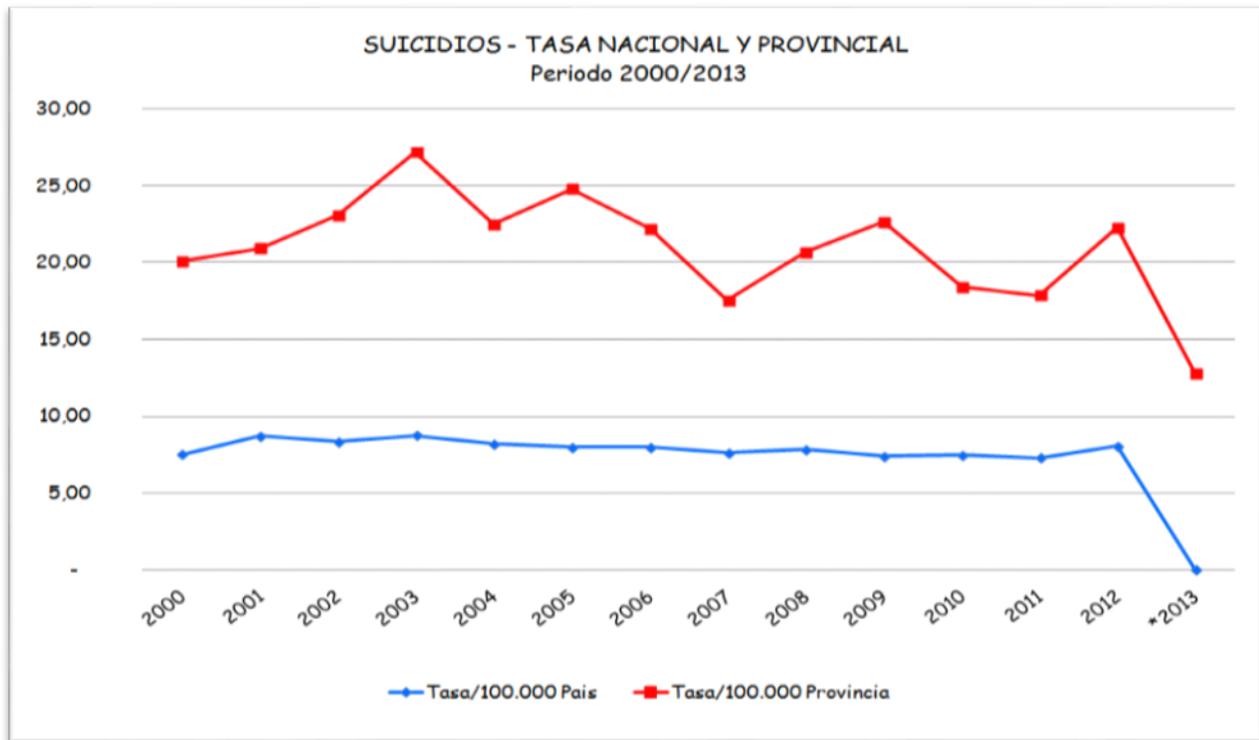


Figura 3

En virtud de esta situación se propone un objetivo general consistente en: “Dar una respuesta socio-comunitaria desde el área de salud, a la problemática del suicidio en la provincia de Santa Cruz, a través de un dispositivo de intervención y asistencia”, a la vez que se realiza una planificación de objetivos específicos, cuyo cumplimiento representan en sí una dimensión intervencionista: (Martínez, 2012).

Relevamiento de datos y actualización epidemiológica a nivel local con miras a una proyección provincial posterior.

Capacitación del personal sanitario.

Conformación de equipos de crisis.

Elaboración de un mapa local de riesgo y seguimiento desde la guardia e intervención del equipo de crisis.

Instalación de dispositivos inespecíficos e indicados.

Armado de la Red de contención psicosocial

En los encuentros correspondientes al plan piloto para Río Gallegos, se desarrolló un Programa de capacitación académico para profesionales universitarios, consistente en el desarrollo de siete unidades conceptuales temáticas correspondientes a las que conformaban el programa de la materia Introducción a la Suicidología, dictada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, de Buenos Aires.

Simultáneamente se instrumentó un programa paralelo y complementario donde se trabajaron aspectos de sensibilización, divulgación y operacionalización con los diversos sectores de la comunidad (agentes de fuerzas de seguridad, de justicia, de educación formal, bomberos, ONG's, personal de los programas extracurriculares de Consejo Provincial de Educación y enclaves sociales significativos del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia, juntas barriales, grupos de padres, cruz roja, *boyscouts*, agentes sanitarios, medios de comunicación, voluntariado, etc.).

3. El Centro Provincial de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial

Después de una evaluación mayoritariamente favorable del desarrollo del Plan Piloto, el 20 de marzo de 2012 comienza el funcionamiento público del Centro de referencia, a cargo de un equipo conformado por cuatro profesionales psicólogos: el referente y formador más tres psicólogas elegidas para la conformación del dispositivo, con una actualización de formación teórica y de procedimientos realizada en quince días.

Los ítems evaluados en relación a la conclusion de esa primera etapa fueron los siguientes:

- Aumento de profesionales formados en Suicidología.
- Monitoreo de acciones en gestión.
- Registro de demanda, consulta y seguimiento de pacientes con eventos autodestructivos (relación entre nivel de consulta y cantidad de suicidios) con las correspondientes tablas para tabulación de datos.
- Seguimiento mensual de demandas, a través de video o teleconferencias con los Servicios de Salud Mental de los hospitales del interior de la provincia.
- Comparación de suicidios consumados en 2011 en relación con años anteriores.
- Disminución de los eventos suicidas y comunicación más cuidada en los medios de comunicación masiva.
- Toma de conocimiento del estado parlamentario de las iniciativas legislativas vinculadas a la temática.
- Intervenciones, con profesionales en formación, en dos escuelas de la capital de la provincia donde se produjeron un suicidio de una alumna de primaria y otra en las que habían acontecido intentos y reiteradas amenazas de alumnos con ideación suicida.
- Intervención de una profesional formada en Suicidología, en la desarticulación de una amenaza de suicidio colectivo en una escuela de la Ciudad de Las Heras, con un compromiso hipotético de sectas existentes en la mencionada localidad.

A la hora de pensar, diseñar e implementar un dispositivo provincial permanente de este tipo se tomaron en cuenta ciertas variables y verificaciones generales, al no contar con referencias concretas a nivel provincial, ni nacional:

- En nuestro país en general y en adolescentes en particular, estudios e intervenciones institucionales y poblacionales venían demostrando recurrentemente la asociación entre “dificultades de afrontamiento en la resolución de problemas” con el desarrollo de conflictos y crisis que desembocan en actuaciones individuales y colectivas que van desde autolesiones deliberadas a suicidios frustrados y/o consumados.

En el año 2003 se publica un estudio de la Universidad de Alberta-Canadá (Disponible en [<http://www.ahfmr.ab.ca>]) cuyo objetivo consistía en identificar qué tipos de estrategias de prevención del suicidio han sido evaluadas en las investigaciones, y determinar cuáles de ellas eran efectivas. Desde el año 1990 se analizaron diez revisiones sistemáticas: Cerca de treinta tipos de estrategias de prevención del suicidio han sido evaluadas en la investigación. Las tres revisiones sistemáticas calificadas como buenas encontraron que los programas de prevención basados en las escuelas, dirigidos a los estudiantes en riesgo mejoran los factores protectores y reducen los factores de riesgo y las conductas suicidas.

- Una de las más eficaces formas de intervención en las crisis es previniéndolas, y a su vez una pauta eficiente de prevención lo constituye la Promoción de la Salud, en este caso, mental.

Se podría afirmar que una buena manera de no enfermar o no vulnerabilizarse es **producir salud**. El proceso de elaboración e implementación del Programa y del Centro se orientan a atenuar y revertir el proceso de vulnerabilización a través de la *prevención selectiva* y posvención en estadíos lo más tempranos posibles de la evolución del *continuum* autodestructivo.

- **Producir salud** a través de la *prevención universal*, concientizando a la población en los métodos y/o procedimientos para reducir o eliminar la exposición a factores vulnerabilizantes, productores de dolor psíquico.
- Si bien el proceso, en el programa en general y en el centro en particular, no está regido por el paradigma de sanar –porque no está erigido a partir del concepto de enfermedad–; la **Producción de salud** en la *prevención indicada* se logrará a través de la rehabilitación o posvención específica. Este proceso se irá complejizando a medida que el participante vaya implicándose en su pasaje por el Centro (CICr): desde la evaluación de riesgo inicial, el Grupo sostén, los talleres, el restablecimiento del lazo, la instalación en un tratamiento psicoterapéutico externo, ya que dentro del Modelo de Intervención en crisis aplicado no se contempla la posibilidad de tratamiento individual dentro del dispositivo, y la revisión y/o construcción de su proyecto de vida inmediato, hasta el descenso en su nivel de riesgo que posibilite la desactivación del *continuum* autodestructivo.

Las mencionadas premisas generales se tradujeron en objetivos específicos, adaptados a la realidad de la provincia y a un naciente Ministerio de Salud, que se estaba separando de su anterior pertenencia al Ministerio de Asuntos Sociales como Subsecretaría de Salud. Cabe hacer notar que a esta altura de los acontecimientos inaugurales no hay todavía claridad sobre la diferenciación acerca de la implicancia provincial del CICr. Ha sido motivo de largas reuniones e intercambios una premisa más que obvia; un centro en Río Gallegos no era ni sería capaz de revertir el crítico cuadro situacional

de la provincia respecto a esta problemática. Tal dualidad, producto de los balbuceos operativos iniciales se notan en la elaboración de la nómina de objetivos determinantes y los indicadores de eficacia esperables, tanto de desarrollo como de resultado. De todas maneras con ese marco se empezó a trabajar buscando:

- Atender el impacto subjetivo de las crisis en la salud mental de la población santacruceña.
- Implementar programas de rehabilitación psicosocial para aquellas personas, grupos, instituciones y/o comunidades que manifiesten emergentes críticos en su salud mental, como consecuencia del intento de elaboración de crisis individuales y/o colectivas.
- Capacitar teórica y prácticamente el capital humano directamente implicado en la atención de la población crítica.
- Orientar a las organizaciones de la comunidad en la detección temprana de los indicadores de la crisis subjetiva en curso, generando un entramado social que opere simbólicamente como malla de contención de la población a la vez que lo haga como alivio de la demanda a los efectores específicos del sistema público de salud.
- Relevar y mantener actualizados los registros de los recursos comunitarios con los que se cuenta en las diversas áreas geográficas, para satisfacer la demanda explícita o implícita de reinserción de aquellas personas que han sido afectadas por las consecuencias de una crisis individual y/o colectiva.
- Medir, en forma periódica, cualitativa y cuantitativamente, la incidencia de la tarea del Centro / Programa en los indicadores sensibles del esquema sanitario de la provincia.

A esto habría que sumar la incidencia de la densidad poblacional de menos de un habitante por kilómetro cuadrado –recientemente superado– en una superficie 243 943 km² de extensión, siendo la segunda provincia más extensa del país, solo superada por Buenos Aires. La intransitabilidad de la mayoría de sus rutas interiores durante el invierno. La comunicación digital crítica o inexistente con diversos hospitales distantes de la capital de la provincia, durante gran parte del día. Hasta hace poco un dato significativo en el desarrollo de las gestiones gubernamentales, de la cual la salud no estuvo exenta, lo constituyó el enfrentamiento explícito con la administración nacional, que dificultó la implementación y complementación en el desarrollo de proyectos y programas. En síntesis no estaban dadas las mejores condiciones para dar a luz un dispositivo psico-socio-sanitario tan sensible como el que nos ocupa.

De todas maneras se planificó y se está logrando adecuadamente que el Centro, además de asistir en esta localidad, sea Centro de referencia para las demás localidades de la provincia, trabajando a la vez en la generación de recursos varios para su desarrollo autónomo al respecto. En reiteradas oportunidades ante emergentes críticos se ha establecido contacto periódico –de supervisión por ejemplo- vía skype o telefónica.

Cuenta, además de un sistema de asistencia vincular y grupal, con una guardia pasiva que articula con el Hospital Regional de Río Gallegos (Nivel VIII) y especialmente con el Servicio de Salud Mental y el de Tratamiento de las adicciones.

Ante situaciones de crisis, en otras localidades de la provincia, parte del equipo se traslada a la localidad correspondiente, orienta a los equipos de salud e implementa el abordaje socio-comunitario en conjunto con el equipo de salud del hospital correspondiente, capacitando y supervisando sus

acciones, de acuerdo al siguiente flujograma, acordado intersectorialmente durante el desarrollo del Plan Piloto:

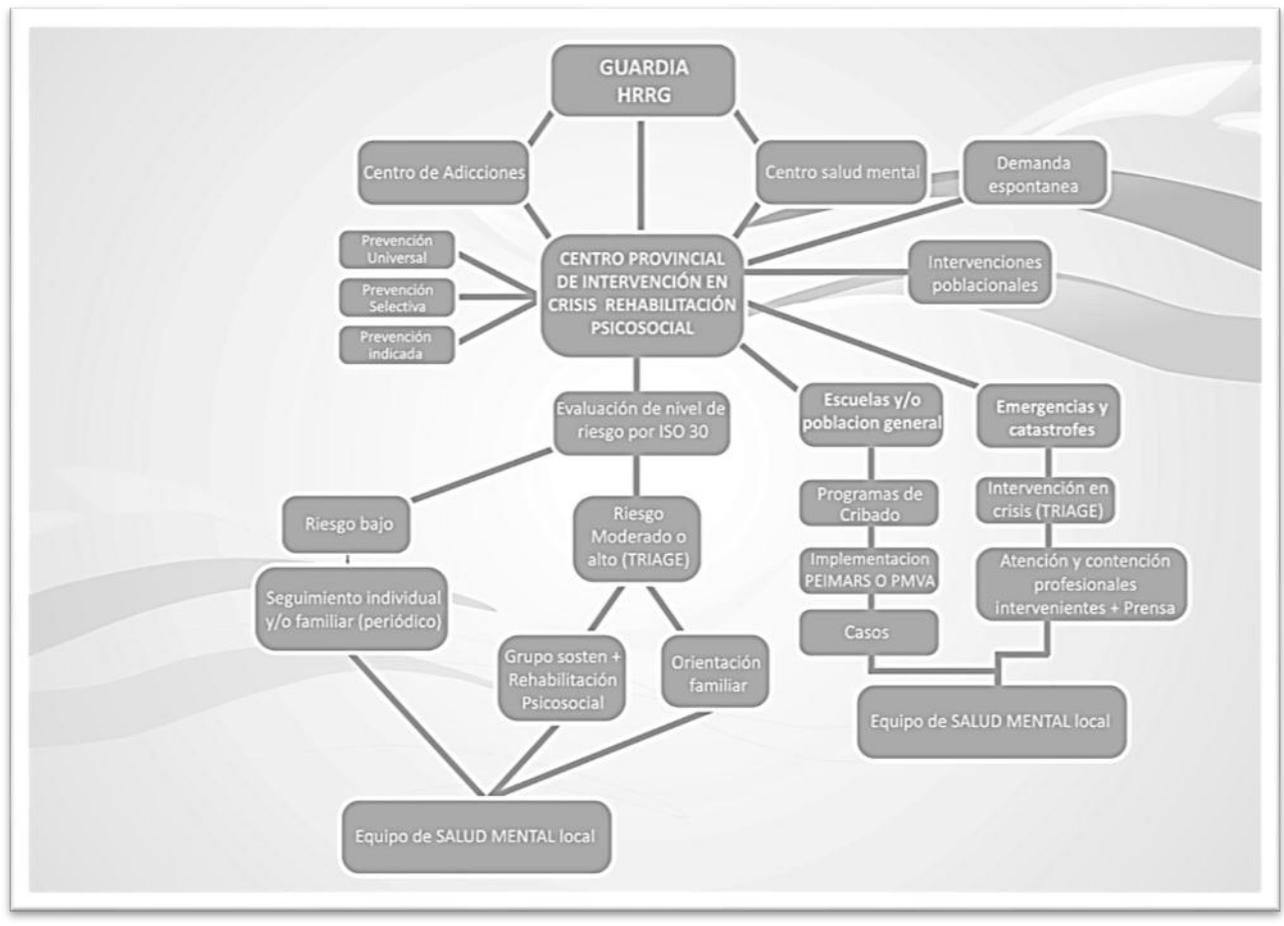


Figura 4

Las funciones de desarrollo para cumplir con el diseño proyectado se articulan en cuatro áreas, hoy sostenidas, en forma permanente, por nueve profesionales: cuatro psicólogos, dos trabajadoras sociales, una psicopedagoga, una técnica en psicopedagogía social y un acompañante terapéutico

Intervención en Crisis:

- Individuales y colectivas
- 1ra. etapa: 30 días
- 2da. etapa: 60 a 90 días
- Abordajes: individuales con su entorno, familiares, grupales, institucionales y sociales

Rehabilitación psicosocial:

- Grupos psicoeducativos para padres, adolescentes y usuarios en general
- Espacios de interlocución con operadores internos y externos

Capacitación y Formación:

- Equipo del centro/programa
- Equipos de la provincia
- Equipos externos a la provincia de Santa Cruz

Prevención Comunitaria e Institucional

- Programa transversal de prevención y orientación
- Evaluación de grupos críticos
- Talleres psicoeducativos y de autocuidado en escuelas
- Detección temprana (Programas escolares extracurriculares y otros espacios comunitarios)

Los perfiles requeridos y en los que son formados los integrantes del equipo, adaptados a sus profesiones de origen son:

Perfil técnico:

- Manejo de técnicas de evaluación
- Intervención en emergencia
- Conducción de procesos grupales (pacientes, familias, asambleas...)
- Aptitudes para la capacitación de otros profesionales y sectores comunitarios en general
- Orientación de la tarea hacia la investigación/acción

Perfil actitudinal

- Interés en la tarea
- Dispuesto/a a un alto nivel de compromiso profesional
- Capacidad y deseo de aprender y formarse en la disciplina
- Disponibilidad para trabajar en terreno tanto en Río Gallegos como en el Interior de la provincia
- Buena capacidad de trabajo en equipo

Los criterios de ingreso de los usuarios al dispositivo de crisis se basan en una evaluación cuantitativa por ISO 30 (Inventario de Orientación Suicida) (King, J. y Kowalchuk, B., 1994; Casullo, M. *et al*, 2006) y un mapeo sociodemográfico de la persona en crisis, su familia y entorno, en cortes sincrónico y diacrónico (Martínez, C., 2007c)

Los usuarios para ser aceptados en los grupos de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial del Programa Provincial deben estar eutímicos y estabilizados al momento de su ingreso.

Las actividades indicadas de manera intensiva durante el período amplio de Intervención en Crisis consisten en la participación de dos reuniones semanales de grupos sostén, grupo psicoeducativo

para adolescentes si pertenece a ese grupo etario, grupo para padres, entrevistas vinculares con la familia y/o referentes afectivos de su vida cotidiana y participación en la reunión multifamiliar que se realiza una vez por semana, única actividad abierta para toda la comunidad. En múltiples situaciones se trabaja con grupos de pertenencia, tanto en el ámbito escolar, laboral y en algunas oportunidades en el universitarios. Para entrar al dispositivo del CICr tiene que haber obtenido puntaje de Riesgo alto o moderado y/o manifestar Ideación Suicida persistente con alto potencial en la evaluación cualitativa.

La evaluación de riesgo se aplica a todo el grupo familiar y/o conviviente. En su defecto y, atendiendo a las características singulares subjetivas, se implementará con todas aquellas personas que el profesional estime significativas en el entorno del paciente para evaluar su incidencia e influencia interpersonal en la configuración del cuadro autodestructivo.

Una vez determinado su nivel y potencial de riesgo, tanto cuantitativo como cualitativo, se ubica el caso (usuario + entorno significativo) en un triage de campo adaptado, de cuatro alternativas:

Código rojo: riesgo y/o potencial alto o moderado.

Código amarillo: salida de la etapa aguda de la crisis y en proceso de Intervención en crisis amplio.

Código verde: riesgo y potencial descendido, con tratamiento psicoterapéutico externo. Si bien el proceso se realiza mayoritariamente de manera ambulatoria, en esta etapa se espera haber establecido los acuerdos mínimos para una reinserción vincular funcional y orientada a un desarrollo saludable de su proyecto de vida.

Código celeste: incluye a aquellos usuarios que requieren y están en proceso de una reinserción psicosocial que amerita de un acompañamiento en la búsqueda laboral y/o económica por parte del Estado, hasta que la consiguen y se instalan.

Los usuarios ubicados en código rojo son llamados por el profesional de guardia del Centro (CICr) las veces que se consideren necesarias, durante el día y/o la noche, cualquier día de la semana; ellos o sus familiares pueden llamar ante una emergencia imprevista, implementando, de considerarse pertinente, una consulta presencial del grupo en crisis en el Centro (CICr), en la guardia de salud mental o en la guardia general del Hospital Regional.

El objetivo principal del *triage*, y de los planes hospitalarios de emergencia, es proveer a este limitado y seleccionado grupo de pacientes severamente traumatizados un nivel de cuidado que se aproxime lo más cerca posible al nivel óptimo de atención que reciben pacientes similares en condiciones de servicio normales. (De Guía para manejo de urgencias. Cap II Triage de campo. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/prehospitalario/Triage_de_campo.pdf)

Si bien hay distintos algoritmos de aplicación del triage prehospitalario y hospitalario, en este caso se tomó el algoritmo *Care Flight* por ser el más rápido de realizar en el medio prehospitalario porque sus discriminantes son cualitativas y no cuantitativas. (Garner, Lee *et al*, 2001)

Es preciso establecer que el triage es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los usuarios y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificarse imprevistamente.

En este diseño se realizó una translación conceptual no directa de este algoritmo, aplicada a las implicancias traumáticas de las crisis suicidas. La psicodinamia del evento y las características del dispositivo permiten abordar la evaluación cuali-cuantitativamente, con presencia familiar lo más ampliada posible y con un equipo entrenado especialmente en esta metodología de abordaje, dispuesto a implementar una cobertura asistencial y de seguimiento intensivas.

Las implicancias de este Modelo de Intervención en Crisis (Slaikeu, 1999), entre otros, marca la impronta de la resolución de los emergentes *in situ*, situación de la que también está imbuído el Equipo de Comunidad del Centro (CICr).

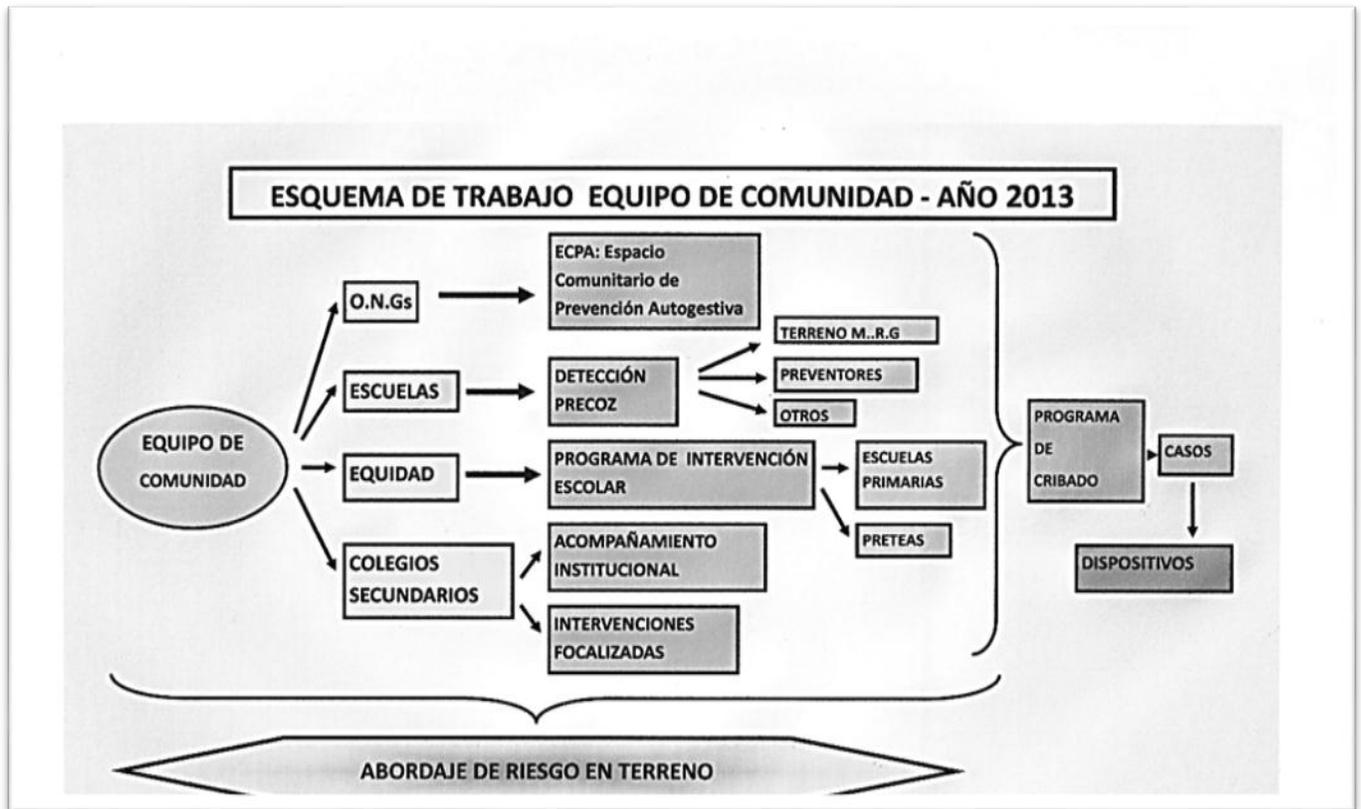


Figura 5

Este esquema de epistemología en acción y la premisa de la territorialidad del abordaje requieren inevitablemente de la concepción y articulación interdisciplinaria e interinstitucional (Martínez, 2009), dando una clara señal a la comunidad que el suicidio constituye un evento previsible, predecible y prevenible en cualquier escenario en que se presente el emergente. Si bien no resulta fácil transformar los prejuicios y preconceptos culturales de una población y, a veces, mucho menos los de los profesionales de su sistema de salud, un instituyente avalado y sostenido por el Estado puede ser contundente y facilitador de este proceso de humanización del dolor psíquico como producto relacional y colectivo, estableciendo claramente –y sin ambivalencias– que desde ese sesgo debe ser abordado.

4. Conclusiones

Si bien este dispositivo obtuvo en los dos primeros años de su existencia tres reconocimientos institucionales, de la OMS y de la International Association for Suicide Prevention, como único centro público, específico e integral del país, no estuvo ubicado en la grilla orgánica del Ministerio hasta estos últimos meses.

En estos momentos el Centro (CICr) forma parte del Departamento de Salud Mental del hospital regional de Río Gallegos, a la vez que se potencia y se proyecta el desarrollo del área de Intervención en Crisis en la Dirección Provincial de Salud Mental, a Nivel Central, generando la posibilidad de extender a los otros trece hospitales de la provincia los parámetros de capacitación e intervención que se aplicaron en el dispositivo de la ciudad capital.

Otra de las conclusiones que deja esta experiencia desarrollada hasta el momento es la ratificación que esta problemática debe ser abordada en equipo y no por profesionales individuales. Que debe ser conceptualizada en el marco de lo comunitario –sobre todo porque allí reside su génesis–. Este equipo debe tener una interlocución permanente, lo mismo que su esquema de capacitación y su acción incesante de instrumentos institucionales para cuidar a los que cuidan.

Lo categórico de estas afirmaciones surgen de un resultado proveniente de la comprobación que al haber pasado por este Centro (CICr) aproximadamente dos mil usuarios y familiares, sin contar los abordajes en terreno del Equipo de Comunidad, estando todos vinculados a un emergente de alto y/o moderado riesgo suicida, en todo este tiempo no se ha registrado ningún suicidio consumado entre los consultantes.

A pesar de los recaudos tomados con los profesionales del equipo, altamente entrenados, habrá que encontrar la manera en lo sucesivo de minimizar las variables productoras de condiciones de *burn out* que empiezan a manifestarse con el transcurso del año calendario. La mayor cantidad de profesionales, con una mayor insistencia en intercambios internos basados en la solidaridad, la escucha más atenta y diligente de los funcionarios ocupados de la gestión, serían entre otros, recursos válidos para atenuar el impacto de la inevitable exigencia de la tarea.

Queda por profundizar, en lo inmediato, el abordaje de instituciones provinciales con alto grado de emergentes en esta problemática, inclusión en la tarea preventiva de los sectores migrantes y marginalizados. Una mirada inteligente sobre el futuro tendrá que incluir planes de abordaje temprano para familias que llegan a la provincial en busca de trabajo en mineras, petroleras y esperanzadas en los nuevos proyectos energéticos.

En fin, si bien este balizado hacia la construcción de un camino orientado a la Suicidología Comunitaria no parece fácil, no resulta imposible, a juzgar por los resultados. Si se logran vencer las premisas de la “Ciencia tímida”, al decir de Almeida-Filho, si se respetan críticamente y se sistematiza el aprendizaje epistemológico, epidemiológico y metodológico que este avance genera, se podrá consolidar esta deconstrucción generativa, que a la luz de lo publicado hasta el momento parece ser patrimonio de la Suicidología Latinoamericana.

Bibliografía

Conference on the education of psychologysts for community mental Health. Boston. *Boston University Press*.

Casullo, M.; Bonaldi, P. y Fernández Liporace, M. (2006). *Comportamientos suicidas adolescentes. Morir antes de la muerte*, cap. 4, pp. 87-129. Buenos Aires: Lugar.

Garner, A., Lee, A., Harrison, K., Schultz, C., (2001). *Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms*. *Ann Emerg Med* 2001; 38:541-548.

King, J. Y Kowalchuk. (1994). *ISO 30 Inventory of Suicide Orientation*. Minesotta. National Computer Sitems.

Martínez, C. (2007 a). *Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones*, pp. 15/26, Buenos Aires: Lugar.

_____ (2007b). *Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones*, cap. 3, pp. 61/81. Buenos Aires: Lugar.

_____ (2007c). *Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones*, pp. 28/31. Buenos Aires: Lugar.

_____ (2008). El abordaje comunitario de la crisis suicida en sus diferentes ámbitos de intervención. *Revista de la asociación levantina de ayuda e investigación de los trastornos de personalidad* nro. 4 – mayo 2008. Castellón-ESPAÑA Disponible en <http://www.alai-tp.com/>

_____ (2009). Suicide Prevention in Argentina. En *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. Wasserman D. & Wasserman C. – Oxford. Oxford University Press, pp. 839/840.

_____ (2012). Documento interno del Ministerio de Salud de Santa Cruz para el análisis y justificación de la creación de un Centro y/o Programa de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial.

Martínez Duarte, R., FCCS. Médico de Planta, Servicio de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá.

Montero, M. (1984). La Psicología Comunitaria: Orígenes, Principios Y Fundamentos Teóricos. En *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 16, núm. 3, 1984, pp. 387-400. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.

Slaikou, K., (1999). *Intervención en Crisis. Manual para práctica e Investigación*, pp. 103/216, México: El Manual moderno.

Universidad de Alberta-Canadá. Estrategias de Prevención del Suicidio: evidencias desde revisiones sistemáticas.

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PERSONAS OBESAS

Mauricio Mercado Aravena

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. Chile

Resumen

En la presente revisión bibliográfica se realiza un análisis respecto de la calidad de vida percibida en personas obesas, considerando esta última como una enfermedad que afecta la concepción biopsicosocial de salud en la persona que la padece.

Palabras clave: calidad de vida, obesidad, enfermedad, biopsicosocial.

Abstract

In this literature review an analysis regarding the perceived quality of life in obese individuals is done, considering the latter as a disease that affects the biopsychosocial concept of health in the person who has it.

Key words: quality of life, obesity, disease, biopsychosocial

Introducción

Visualizar cómo se presenta la calidad de vida en personas con obesidad es una tarea que requiere de constante revisión, ya que la forma en cómo se realice una intervención con dicha población servirá como antecedente para posibles acciones, conocimientos y explicaciones relevantes que pudiesen potenciar, modificar o crear políticas públicas de salud, legislaciones y normativas orientadas a la prevención y promoción de la salud integral de las personas que presentan obesidad (Ureña, Araya, Sánchez, Salas & Blanco, 2010).

La obesidad, como enfermedad biológica y calidad de vida, como constructo más psicológico, se entrelazan en el diario vivir de la persona (obesa) evidenciando una serie de diversas manifestaciones sintomáticas relacionadas con malestares físicos, ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, reproches, frustración, entre otras. Las dimensiones físicas, psicológicas y sociales se alteran en las personas que presentan esta patología, sobre todo cuando comienza a comparar el ideal de imagen corporal con la imagen real de su propio cuerpo (Ureña & cols., 2010).

Calidad de vida

La calidad de vida presenta diversas definiciones. Una de las más relevantes para este concepto es la que establece Úbeda (2009) quién la señala como el estado de bienestar, felicidad y satisfacción que una persona le asigna a una acción valorada como positiva, abarcando espacios personales, interpersonales, físicos, materiales y psicológicos. Por lo tanto, la calidad de vida es una forma de vivir que incluye diferentes aspectos de la vida, que no son solamente aspectos psicológicos o interpersonales, sino que también engloba otros aspectos cotidianos (Bishop, 2005).

Obesidad

En las últimas décadas la obesidad se ha transformado en un problema de salud a nivel mundial, sobre todo en los países desarrollados (Raimann, 2011). La obesidad se establece como una

enfermedad multifactorial, es decir, presenta múltiples complicaciones abarcando problemas físicos, psicológicos y sociales. Esta se establece como enfermedad cuando grasa corporal supera el 20% en los hombres y el 30% en las mujeres. La grasa corporal se refiere los depósitos de grasa que se almacenan en distintas partes del cuerpo. Para determinar la obesidad se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), sin embargo esta medición no puede ser utilizada en toda la población. Se excluye a: mujeres embarazadas, personas extremadamente musculosas, niños y ancianos (López-Villalta & Soto, 2010).

El aumento significativo del peso corporal trae consigo diversas dificultades. Primero que todo, la obesidad presenta comorbilidad con una serie de patologías digestivas, neurológicas y psicológicas. Además, esta enfermedad se asocia con una mala calidad de vida, ya que afecta el diario vivir de las personas que la padecen (Mokdad, Bowman, Ford, Vinicor, Marks & cols., 2001). Debe entenderse que la obesidad se presenta como una patología con características crónicas, es decir, cada vez irá perjudicando e interfiriendo con diversos sistemas fisiológicos y sociales deteriorando la calidad de vida, como también reduciendo las expectativas de vida (Lee, Yu, Wang, Lin, Wei, & Huang, 2002).

Entonces ¿se podrá presentar una buena calidad de vida cuando la (s) persona (s) presenta (n) obesidad? Poves, Macías, Cabrera, Situ y Ballesta (2005) realizaron un estudio en Barcelona respecto de cómo se presentaba la calidad de vida en pacientes obesos mórbidos. Encontraron que las personas obesas presentan una calidad de vida disminuida, ya que no son capaces de integrarse a diversas actividades sociales mermando aspectos psicológicos y de identidad social. Por tal razón, muchas de estas personas se someten a intervención quirúrgica, para mejorar en primera instancia problemas de salud física, como también, para subsanar aspectos psicológicos que los aquejan. Referente a lo último, se evidenció que una vez realizadas las operaciones, la percepción de las relaciones interpersonales, del estado emocional y del cambio en la apariencia física, modificaron de manera positiva la concepción subjetiva que se tenía respecto de la calidad de vida. La persona se siente mucho más satisfecha con la nueva imagen física y psicológica que posee.

Acosta, Medina, Leyba & Navarrete (2010) encontraron que las personas obesas que se sometían a operación bariátrica (*bypass* gástrico) lograban disminuir su peso considerablemente en un período de seis meses. También lograban mejorar su calidad de vida, ya que los resultados arrojados por el cuestionario BAROS, concluyó que a los tres meses de la operación, las personas lograban tener una calidad de vida aceptable, mientras que a los nueve meses de aplicada la cirugía, el 100% de los casos refería una calidad de vida que oscilaba entre buena y muy buena.

Moreno, Moreno & Álvarez (1997) señalan que no se puede determinar con claridad si los cambios presentados por los pacientes obesos mórbidos son directamente proporcionales a la percepción de la calidad de vida, puesto que no se sabe el por qué de la decisión que ellos tomaron para intervenir quirúrgicamente.

Los trastornos depresivos, ansiosos y psiquiátricos presentan comorbilidad con la obesidad, por tal razón la intervención quirúrgica puede incidir en el tratamiento posterior de estas patologías (Moreno & cols., 1997; Poves & cols., 2007).

Se podría pensar que existiría una diferencia significativa entre la percepción de calidad de vida de hombres obesos en comparación con dicha percepción en mujeres obesas. Sin embargo, los resultados encontrados por Poves y cols, (2009) evidencian que no se presentarían diferencias

significativas respecto de la percepción de la calidad de vida en ambos sexos. Por lo tanto, en los dos grupos habría una mala calidad de vida cuando las personas son obesas. En el estudio realizado por Ureña y cols. (2010) se ha encontrado que los hombres obesos presentarían una percepción deficitaria de la salud, es decir, a mayor peso ganado las expectativas de una buena salud disminuirían. En cambio, las mujeres obesas presentarían una mala percepción de la calidad de vida cuando son adolescentes o jóvenes. El hecho que en la adolescencia o adultez joven las mujeres presenten estas características puede estar determinado por otros factores psicológicos como por ejemplo, ansiedad, labilidad emocional o depresión.

Las mujeres obesas presentan un deterioro general, respecto de cómo perciben su propia salud, puesto que frecuentemente refieren dolores físicos asociados a la movilidad, como también relatan cambios en sus reacciones emocionales (labilidad emocional), interviniendo en sus actividades cotidianas. Estas percepciones o síntomas pueden aparecer regularmente en mujeres que tengan: sobre cincuenta años de edad, un bajo nivel sociocultural y la presencia de alguna patología psiquiátrica. Esto incide en la forma en cómo ellas perciben su calidad de vida, ya que no se sienten conformes con lo que están viviendo, limitándose en diferentes ámbitos; por ejemplo, dejan las actividades recreativas, relaciones interpersonales, familiares, entre otras, por lo tanto, mientras más problemas relacionados con la obesidad presentan las mujeres sobre cincuenta años, percibirán una mala calidad de vida (Barajas & cols., 1998).

Es preocupante visualizar cómo se ha incrementado la obesidad en la población de adolescentes. Los patrones culturales, las influencias sociales y los hábitos aprendidos en el hogar influyen significativamente en la conducta alimentaria (Yepez, Carrasco & Baldeón, 2008). Además los adolescentes perciben mermada su calidad de vida mientras más aumentan de peso.

Autores como Muros, Som, López, y Zabala (2009) establecen que es menos probable ver a adolescentes varones obesos (en comparación con las mujeres adolescentes), puesto que cerca de un 76% de ellos realizan actividades físicas fuera del horario escolar, fomentando el cuidado corporal e incidiendo en un óptimo desarrollo de habilidades sociales e interpersonales. En cambio las mujeres, en su mayoría, no presentan comportamientos extraprogramáticos relacionados con la actividad física, siendo una variable a estudiar en el aumento de peso de las adolescentes.

En México se ha encontrado que los adolescentes entre diez y quince años, presentan una mala calidad de vida cuando son obesos, ya que mientras más obesos sean menos actividad física van a poder realizar, por lo que disminuye su funcionamiento social al no establecer buenas relaciones interpersonales con otros adolescentes. Además de las dificultades físicas, los adolescentes obesos pueden manifestar otros problemas, como por ejemplo temor a ser víctima de burlas por su apariencia física o miedo a recibir malos tratos. El distanciamiento que se evidencia en esta etapa, parte de la propia segregación que hacen los adolescentes obesos respecto de las actividades que ellos no pueden realizar, ya que se comparan continuamente con aquellos adolescentes que no son obesos intentando realizar aquellas actividades, que dadas sus condiciones físicas, no podrán efectuar (Cárdenas, Dávila, Gallegos, Salazar & Rizo, 2009).

Cuándo un adolescente percibe una mala calidad de vida o se siente disconforme con la enfermedad (obesidad) que padece, los padres también son capaces de percibir que algo no está funcionando bien en sus hijos (Cárdenas & cols., 2009). Además, en este estudio realizado se encontró que los padres

perciben que la esfera emocional es la más afectada en sus hijos obesos, ya que ellos presentan dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad y miedo al contacto social imposibilitando que el adolescente se desarrolle normalmente respecto a lo esperado para su etapa evolutiva.

El hecho de presentar problemas de sobrepeso u obesidad durante la infancia o adolescencia incide en la probabilidad de continuar con la enfermedad durante la vida adulta, por lo que es necesario prevenir o controlar la enfermedad para que no continúe su curso en la adultez (Galán, 2007). Además, la obesidad actúa como un factor de riesgo si en co-mórbida con enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, entre otras. Estas patologías acortan la expectativa de vida y deterioran la calidad de vida de las personas obesas que las padecen (Pimenta, Saruwatari, Corrêa, Genaro & Aguilar, 2010).

También se ha presentado un incremento de obesos en la población infantil. Esto se debe principalmente que los padres no están entregando adecuado hábitos alimenticios ni conductuales, incidiendo en que los niños y niñas consuman alimentos poco saludables. En Chile cerca del 30% de los niños de diez a diecinueve años presenta obesidad, mermando las actividades sociales e interpersonales al no poder realizar las actividades propias de la edad (Raimann, 2011).

Bibliografía

- Acosta, V., Medina, R., Leyba, J. & Navarrete, S. (2010). Calidad de vida en pacientes obesos sometidos a bypass gástrico laparoscópico en "y" de roux y gastrectomía vertical laparoscópica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 33 (1), 29-35.
- Barajas, M., Robledo, E., Tomás, N., Sanz, T., García, P. & Cerrada, I. (1998). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*. 72 (3), 221-230.
- Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 48 (4), 219- 231.
- Cárdenas, V., Dávila, S., Gallegos, E., Salazar, B. & Rizo, M. (2009). Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares. *Revista Desarrollo Científico Enfermero*. 17 (7), 297-301.
- Galán, R. (2007). Sobrepeso y obesidad en adolescencia. *Revista Boletín Pediátrico*. 47 (1), 8-12.
- Lee, W., Yu, P., Wang, W., Lin, C., Wei, P. & Huang M. (2002) Gastrointestinal quality of life following laparoscopic vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 12 (3), 819-824.
- López-Villalta, M. & Soto, A. (2010). Actualizaciones sobre obesidad. *Cuaderno de Atención Primaria*. 17 (2), 101-107.
- Mokdad, A., Bowman, B., Ford, E., Vinicor, F., Marks, J. & Koplan, J. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *Journal of the American Medical Association*. 2 (86), 1195-1200.
- Moreno, B., Moreno, S. & Álvarez, J. (1997). Obesidad: presente y futuro. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.
- Muros, J., Som, A., López, H. & Zabala, M. (2009). Asociaciones entre el IMC, la realización de actividad física y la calidad de vida en adolescentes. *Revista de Cultura, Ciencia y Deporte*. 4 (12), 159-165.
- Pimenta, G., Saruwatari, R., Corrêa, M., Genaro, P. & Aguilar, J. (2010). Mortality, weight loss and quality of life of patients with morbid obesity: Evaluation of the surgical and medical treatment after 2 years. *Archives Gastroenterology*. 47 (3), 263-267.
- Poves, I., Macías, G., Cabrera, M., Situ, L. & Ballesta, C. (2005). Calidad de vida en obesidad mórbida. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 97 (3), 201-210.

Integración Académica en Psicología
Volumen 4. Número 11. 2016. ISSN: 2007-5588

Raimann, T. (2011). Obesidad y sus complicaciones. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 22 (1). 20-26.

Úbeda, I. (2009). Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Ciencias Enfermeras, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Ureña, P., Araya, F., Sánchez, B., Salas, J. & Blanco, L. (2010). Perfil de calidad de vida, sobrepeso-obesidad y comportamiento sedentario en niños (as) escolares y jóvenes de secundaria guanacastecos. *Revista Electrónica Educare*. 14 (2), 207-224.

Yopez, R., Carrasco, F. & Baldeón, M. (2008). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 58 (2), 139-143.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE CARGA ZARIT PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACAxxx

Ruth Pablo Santiago

Benjamín Domínguez Trej

Viridiana Peláez Hernández

Santiago Rincón Salazar

Arturo Orea Tejeda

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM, Distrito Federal, México

Resumen

Objetivo: Evaluar las propiedades psicométricas de la escala de carga Zarit, en una muestra de cuidadores de pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Método: Participaron 125 cuidadores, sus pacientes son atendidos en la Clínica de Insuficiencia Cardíaca y Respiratoria del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". Resultados: La escala quedó compuesta por 16 reactivos, con un alfa de Cronbach $\alpha = 0.907$. Se obtuvieron dos factores: presión ($\alpha = 0.819$) y carga social ($\alpha = 0.851$), estos explican una varianza de 51.63% del constructo. Conclusiones: La escala demostró propiedades psicométricas adecuadas comparables con la validación previa hecha en población mexicana, incluso con un menor número de reactivos, lo cual facilita sus análisis y aplicación. Estos resultados apoyan el uso de la escala en cuidadores de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en México.

Palabras claves: Insuficiencia cardíaca, cuidado informal, evaluación psicológica, cardiología conductual.

Abstract

Objective: To evaluate psychometric properties of the Zarit Burden Scale, in a sample of heart failure and respiratory patient's caregivers. Method: Caregivers (n=125), of patients was assessed at the Heart Failure and Respiratory Clinic of Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". Results: The scale was composed of 16 items, with Cronbach $\alpha = 0.907$. Two factors were obtained: pressure ($\alpha = 0.819$) and social burden, these explain a variance of 51.63% of the construct. Conclusions: The scale showed adequate compared with the prior validation made in mexican population, even with fewer reagents psychometric properties, which facilitates their analysis and application. These results support the use of the scale in heart failure and respiratory patient's caregivers in Mexico.

Key words: heart failure, informal care, psychological assessment, behavioral cardiology

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2014), posicionó como primer causa de mortalidad a las enfermedades cardiovasculares, siendo el final común de estas la Insuficiencia Cardíaca (IC). De acuerdo con la *American Heart Association (AHA)*, en Estados Unidos 5,7 millones de personas fueron diagnosticadas con IC durante 2014 (Mozaffarian *et al*, 2015). En México 1-5 de cada 1000 personas desarrollan IC, con una sobrevida menor a 5 años en la mitad de los casos. (Asensio *et al*, 2005; Orea, Castillo, Férez, & Ortega, 2004).

La IC es un síndrome clínico, consecuencia de trastornos estructurales o funcionales que disminuyen la capacidad del ventrículo para llenarse o para bombear sangre. Este síndrome se manifiesta por síntomas como edema, fatiga y disnea (Dickstein *et al*, 2008), lo cual limita al paciente para realizar sus actividades cotidianas. Ante la necesidad inminente de asistencia, emerge la figura del cuidador, quien es la principal fuente de ayuda para el paciente (Joo, Fang, Losby, & Wang, 2010), y que dedica una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo para desempeñar ese papel (Vellone *et al*, 2014).

Brindar cuidado informal afecta al receptor del cuidado, al cuidador, la familia y a la sociedad en general (Rogerio, 2009). Respecto al cuidador, puede llegar a repercutir en su salud física y mental, aumentando su mortalidad (Schulz & Beach, 1999), en comparación con la población general, y disminuyendo su calidad de vida (López *et al*, 2009). En relación al paciente, el cuidado informal incrementa la adherencia terapéutica del paciente y disminuye la probabilidad de hospitalizaciones (Joo *et al*, 2010), por lo que la sobrecarga podría afectar estas áreas.

Una de las consecuencias negativas a causa del cuidado es la sobrecarga, definida como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido de forma negativa sobre diferentes aspectos de su salud, vida social, personal y económica (Zarit, Reever, Mgr, & Bach-peterson, 1980). El término sobrecarga surge en los años 60, al investigar los efectos del cuidado de pacientes psiquiátricos sobre la vida cotidiana de las familias (Grand & Sainsbury, 1959). En los 80, el auge de las investigaciones en cuidadores de pacientes con demencia reveló la existencia de repercusiones negativas por causa del cuidado. En esta línea, Zarit y colaboradores, consideraron la sobrecarga como un elemento clave para estudiar el desgaste del cuidador (Zarit *et al*, 1980).

Este constructo ha sido clasificado en sobrecarga subjetiva y objetiva. La primera puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; mientras la segunda es el grado de perturbación o cambios en diversos aspectos de la vida del cuidador y el ámbito doméstico. En la literatura se ha reconocido un nivel alto de sobrecarga percibida (subjetiva) asociado con un peor estado de salud tanto físico, como mental (Montorio, Izal, López, & Sánchez, 1998). Así, surge la necesidad de diseñar instrumentos de evaluación para dicho constructo, siendo el más utilizado la Escala de Carga Zarit.

La Escala de Carga Zarit, tenía 29 reactivos en su primera versión, con escala tipo Likert de cuatro puntos. En una revisión posterior se redujo a 22 reactivos, con escala Likert de cinco puntos (Zarit, Orr & Zarit, 1985). Esta versión es la utilizada en la actualidad. Montorio y colaboradores evaluaron a 62 cuidadores de personas dependientes para identificar las dimensiones subyacentes al concepto de sobrecarga. Los resultados mostraron la presencia de tres dimensiones (impacto de cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia) subyacentes a la sobrecarga del cuidador, que explican el 55% de la varianza, con un α de 0.88 (Montorio *et al*, 1998).

En México, solo existe registro de una validación de este instrumento realizada por Alpuche y colaboradores (2008). Esta se llevó a cabo en una muestra de 141 cuidadores de pacientes con alguna enfermedad respiratoria, cardiovascular o crónico-degenerativa. En ese estudio se encontraron tres factores (impacto de cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia) que explicaron el 50.39% de la varianza con un α =0.90, sin embargo las limitaciones propias de cada tipo de paciente implícitas en la heterogeneidad de su muestra podrían haber influido en los puntajes obtenidos (Alpuche *et al*, 2008).

Por lo anterior, es necesario considerar las características propias de los pacientes con IC. Quienes, a pesar de tener una dependencia parcial, las múltiples hospitalizaciones, las exacerbaciones de los síntomas y las diversas comorbilidades los vuelven sujeto de cuidado exhaustivo en lapsos de tiempo indeterminados (Burke, Jones, Ho, & Bekelman, 2014). Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Carga Zarit, en una muestra de cuidadores de pacientes con IC.

Método

Participantes

Se evaluaron 125 cuidadores, con un promedio de edad de 54 años (DT=13.8) de los cuales 75.2% fueron mujeres y 24.8% hombres, la media de tiempo de cuidado fue de 11 años.

Los participantes del estudio fueron seleccionados bajo los siguientes criterios de inclusión: Cuidar de un paciente con insuficiencia cardíaca crónica estable, ser el único cuidador del paciente o el cuidador principal, acompañar al paciente a sus revisiones médicas, tener relación consanguínea con el paciente o ser su cónyuge, tiempo de cuidado mayor o igual a un año, mayores de dieciocho años y firmar el consentimiento informado.

Los receptores de cuidado eran pacientes con diagnóstico de IC, que son atendidos en la Clínica de Insuficiencia Cardíaca y Respiratoria del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.

Instrumentos

Para evaluar la sobrecarga percibida se aplicó la Escala de Sobrecarga Zarit, esta escala consta de 22 reactivos, con escala Likert como opción de respuesta, de 0 (Nunca) a 4 (Casi siempre) puntos. La suma de los reactivos arroja un índice único que va de 0 a 88 puntos.

Procedimiento

Estudio transversal con muestreo intencional. Los cuidadores fueron identificados durante la consulta de su paciente. Si cumplía con los criterios solicitados, se le invitaba a participar en el estudio, en caso de aceptar se procedía con la evaluación psicológica, la cual tuvo una duración de 15 minutos en una única sesión. El cuidador era libre de rechazar su participación sin sanción alguna por parte de la Institución.

Se siguieron los lineamientos éticos estipulados en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2008), respetando los derechos de los participantes y utilizando su información de manera confidencial, solo con fines de investigación. Esta investigación se deriva del protocolo aprobado por el Comité de Ética del Instituto bajo el número de registro: C07-16.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 21, para Windows. Mediante una prueba *t de student* se determinó la sensibilidad del instrumento para discriminar los puntajes de los cuidadores en cada reactivo. Para conocer la distribución de los datos, se realizó una prueba de Kolmogorov-Smirnov, sin embargo los datos no se distribuyeron normalmente. Se calculó la fiabilidad

mediante Alfa Cronbach y se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para establecer las dimensiones del instrumento.

Resultados

En los resultados de la prueba *t de student* se encontró que los reactivos si tienen variabilidad y por tanto discrimina los puntajes de los reactivos ($p < 0.05$). Al realizar el análisis de confiabilidad con los 22 reactivos se obtuvo un alfa de .881. Al final, la escala quedó compuesta por 16 preguntas una confiabilidad de .907. Para realizar el análisis factorial, los reactivos 7,8, 14, 15, 20 y 21 no se tomaron en cuenta, ya que no alcanzaron valor interpretativo ni se comportaron de manera satisfactoria en el análisis de confiabilidad.

Para el análisis factorial solo se utilizaron los reactivos con mayor consistencia interna. La prueba Kaiser Meyer Olkin arrojó un puntaje de .854, mientras la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa con una $p < .000$. El instrumento quedó formado por dos factores, estos explican una varianza de 51.63% del constructo (**tabla 1**). El primer factor se denominó *presión*, que es la afectación emocional a causa del cuidado. Mientras el segundo factor, *carga social*, hace referencia al grado de afectación en la vida social del cuidador (Turró, Soler, & Garre, 2008).

Factor	Reactivos	Autovalor	% de varianza	% de varianza acumulada	Alfa de Cronbach
1. Presión	4,5,6,9,18	6.98	43.65	43.65	0.819
2. Carga social	10,11,12,13,17	1.27	7.97	51.63	0.851
	1,2,3,16,22	1.11	6.95	58.59	0.770
	19	1.05	6.59	65.15	

Tabla 1. Estructura factorial, varianza porcentual y confiabilidad de cada factor de la Escala de Carga Zarit.

Al realizar el análisis factorial se obtuvieron cuatro factores. Sin embargo, algunos reactivos compartían carga en más de un factor, por lo que solo se tomó en cuenta el factor presión y carga social (**tabla 2**).

Discusión

A pesar de la incidencia que se registra en México, respecto al diagnóstico de IC y la necesidad de cuidado informal que se deriva de esta, son pocos los instrumentos de evaluación con los que se

cuenta para valorar las posibles consecuencias negativas a causa del cuidado. La sobrecarga percibida ha sido el más estudiado, esto debido a las múltiples repercusiones negativas que propicia, siendo la Escala de Carga Zarit el más utilizado (Crespo & Rivas, 2015).

	Componente			
	1	2	3	4
6. Pienso que el cuidar de mi familiar afecta negativamente la relación que tengo con otros miembros de mi familia.	.795			
9. Me siento tenso(a) cuando estoy cerca de mi familiar.	.719			
5. Me siento enojado cuando estoy cerca de mi familiar.	.694			
4. Siento vergüenza por la conducta de mi familiar.	.651			
18. Desearía poder dejar el cuidado de mi familiar a otra persona.	.535			
12. Pienso que mi vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de mi familiar.		.864		
13. Me siento incomodo(a) por distanciarme de mis amistades debido a tener que cuidar a mi familiar.		.710		
17. Siento que he perdido el control de mi vida desde que comenzó la enfermedad de mi familiar.		.633		.601
10. Pienso que mi salud ha empeorado debido a tener que cuidar de mi familiar.		.580		
11. Pienso que no tengo tanta intimidad como me gustaría debido a tener que cuidar de mi familiar.	.519	.566		
16. Pienso que no seré capaz de cuidar a mi			.767	

familiar por mucho más tiempo.		
22. Globalmente, que grado de carga experimento por el hecho de cuidar a mi familiar.	.627	
1. Pienso que mi familiar me pide más ayuda de la que realmente necesita.	.457	.583
2. Pienso que debido al tiempo que dedico a mi familiar no tengo el suficiente tiempo para mí.	.459	.408 .522
3. Me siento agobiado por intentar llevar el cuidado de mi familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia).	.410	.485
19. Me siento indeciso sobre qué hacer con mi familiar.		.769

Tabla 2. Matriz de componentes rotados de la Escala de Carga Zarit.

En comparación con el estudio que realizó Alpuche y colaboradores, donde el inventario quedó compuesto por 21 reactivos, la varianza explicada fue de 50.39% y la confiabilidad de .90; nuestro estudio obtuvo resultados muy similares con solo 16 reactivos y dos factores. Aunado a esto, la muestra con la que se trabajó fue homogénea, contrario a lo reportado en el estudio de Alpuche donde la muestra fue heterogénea, lo que refleja la naturaleza de la sobrecarga que reporta el cuidador del paciente con IC.

Los factores obtenidos en este estudio coinciden con los aspectos relacionados con la definición teórica de sobrecarga, la cual contempla las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. Las reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar se relacionan con el factor presión, mientras el segundo factor (carga social) hace referencia a las afectaciones sociales a causa del cuidado.

Los reactivos 1, 2, 3, 11,17 y 19 a pesar de que forman parte del inventario no se incluyeron ya que no se comportaron de manera satisfactoria, pues su carga factorial no tuvo coherencia teórica. Lo anterior podría deberse a la redacción de los reactivos, por lo que se recomienda realizar una adaptación de la redacción de estos; por ejemplo, el reactivo 19: *“Me siento indeciso sobre qué hacer con mi familiar”*, podría quedar como: *“Me siento inseguro sobre cómo cuidar a mi familiar”*.

Tener un instrumento válido y confiable para evaluar la sobrecarga percibida en esta población, podría proporcionar indicadores específicos, para diseñar e implementar programas de intervención que se adapten a las necesidades específicas del cuidador.

Conclusión

Demostó ser un instrumento válido y confiable para cuidadores de pacientes con IC. Se obtuvieron dos factores, que están muy cercanos teóricamente a la definición del concepto. Este instrumento podría ser una guía en la evaluación y tratamiento, del cuidador.

Bibliografía

- Alpuche, V., Ramos, B., Rojas, M., & Figueroa, C. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología Y Salud*, 18(2), 237-245.
- Asensio, E., Orea, A., Castillo, L., Narváez, R., Dorantes, J., & Oseguera, J. (2005). Utilidad de la estimulación eléctrica en la insuficiencia cardíaca. *Medicina Interna de México*, 21(1), 52-59.
- Asociación Médica Mundial (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
- Burke, R. E., Jones, J., Ho, P. M., & Bekelman, D. B. (2014). Caregivers' Perceived Roles in Caring for Patients With Heart Failure: What Do Clinicians Need to Know? *Journal of Cardiac Failure*, 20(10), 731-738. <http://doi.org/10.1016/j.cardfail.2014.07.011>
- Crespo, M., & Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica Y Salud*, 2(1), 9-15.
- Dickstein, K., Cohen-solal, A., Gerasimos, F., McMurray, J. J., Ponikowski, P., Poole, P. A., ... Swedberg, K. (2008). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008). *Revista Española de Cardiología*, 61(12), 1-70.
- Grand, J., & Sainsbury, P. (1959). Mental illness and the family, 5.
- Instituto Nacional De Estadística y Geografía, I. (2014). *Mujeres y Hombres en México 2013*.
- Joo, H., Fang, J., Losby, J. L., & Wang, G. (2010). Cost of informal caregiving for patients with heart failure. *American Heart Journal*, 169(1), 142-148.e2. <http://doi.org/10.1016/j.ahj.2014.10.010>
- López, G. M. de J., Orueta, S. R., Gómez, C. S., Sánchez, O. A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica Medicina Familiar*, 2(7), 332-334.
- Montorio, C. I., Izal, F. de T. M., López, L. A., & Sánchez, C. M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Yeh, R. W. (2015). AHA Statistical Update Heart Disease and Stroke Statistics — 2015 Update A Report From the American Heart Association WRITING GROUP MEMBERS. In *Circulation* (pp. 1-295). <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000152>
- Orea, T. A., Castillo, M. L., Férrez, S. S., & Ortega, S. A. (2004). Programa Nacional de Registro de Insuficiencia Cardíaca. Resultados de un estudio multicéntrico mexicano. *Medicina Interna de México*, 20(4), 243-252.
- Rogero, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219. <http://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- Turró, G. O., Soler, C. O., & Garre, O. J. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 46(10), 582-588.

Vellone, E., Chung, M. L., Cocchieri, A., Rocco, G., Alvaro, R., & Riegel, B. (2014). Effects of Self-Care on Quality of Life in Adults With Heart Failure and Their Spousal Caregivers : Testing Dyadic Dynamics Using the Actor – Partner Interdependence Model. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 121-141. <http://doi.org/10.1177/1074840713510205>

Zarit, S. H., Reever, K. E., Mgr, M. P. A., & Bach-peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly : Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Zarit, Steven H., Orr, N. K. & Zarit, J. M. (1985). Families under stress: Caring for the patient with Alzheimer’s disease and related disorders. New York: University Press.

Agradecimientos

Proyecto PAPPIT-DGSCA-UNAM: IN304515 (2015-2018). “Biomarcadores (autonómicos e inmunológicos) como indicadores del componente emocional en el dolor crónico”.

Los autores

Marta Martín Carbonell

martha.martinc@campusucc.edu.co

Doctora en Ciencias de la Salud y Especialista en Psicología de la Salud por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Graduada de Psicología por la Universidad de La Habana, Cuba. Docente Investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Santa Marta.

Tania de Armas Pedraza

tania.dearmas@upla.cl

Socióloga y Magíster en Estudios de Población, por la Universidad de La Habana, Cuba, Dra. en Procesos Sociales y Políticos en América Latina con Mención en Sociología, Universidad de Arte y Ciencias Sociales (ARCIS), Santiago de Chile. Directora del Departamento de Sociología, Universidad de Playa Ancha (UPLA), Valparaíso, Chile.

Cristina Di Doménico

cristina_didomenico@yahoo.com.ar.

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Grupo de investigación “Historia, Enseñanza y profesionalización de la Psicología en los países en el Cono sur”.

Benjamín Domínguez Trejo

benjamindt1947@gmail.com

Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM. México.

Sender Herrera Sibaja

sherrera@cpdh.co.cr

Máster en Psicología Clínica. Director del Centro de Psicología y Desarrollo Humano. Psicoterapeuta, consultor e investigador social. Costa Rica.

Carlos Martínez

licenciado.carlosmartinez@gmail.com

Licenciado en Psicología. Profesional Planta Permanente del Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial –Servicio de Salud Mental-Hospital Regional de Río Gallegos-Provincia de Santa Cruz– Argentina.

Mauricio Mercado Aravena.

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. Chile.

Luigi Moya

luigimoya@hotmail.com

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Grupo de investigación “Historia, Enseñanza y profesionalización de la Psicología en los países en el Cono sur”.

Arturo Orea Tejeda

oreatart@gmail.com

Cardiólogo, Coordinador del Servicio de Cardiología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.

Viridiana Peláez Hernández

psic.viridiana.pelaez@gmail.com

Doctora en Psicología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.

Maribel Ramos Hernández

maribel.ramos@upla.cl

Socióloga por la Universidad de La Habana, Cuba, Máster Internacional en Trabajo Social, Göteborgs Universitet, Suecia, Doctoranda en Estudios Americanos, especialidad en Estudios Sociales y Políticos, Universidad de Santiago de Chile. Coordinadora Académica del Departamento de Sociología, Universidad de Playa Ancha.

Santiago Rincón Salazar

zantiagizi@ hotmail.com

Doctor en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. México.

Paula Ruiz

ps.paularuiz@gmail.com;

Escuela de Psicología de la Universidad del Bío Bío, Chillan, Chile.

Ruth Pablo Santiago

psic.ruth.1991@gmail.com

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. México.

Cristian Venegas Ahumada

cristian.venegas@upla.cl

Psicólogo por la Universidad Nacional “Andrés Bello”, Campus Viña del Mar, Chile, Dr. (c) en Procesos Sociales y Políticos en América Latina con Mención en Sociología, Universidad de Arte y Ciencias Sociales (ARCIS), Magíster en Psicología Social con Mención en Psicología Jurídica, Universidad de Valparaíso. Profesor del Departamento de Psicología, Universidad de Playa Ancha (UPLA), Valparaíso, Chile.

Eduardo Viera

Magister en Ciencias Humanas, opción Estudios Latinoamericanos (U de la R); Doctorando en Psicología (Univ. Nac. de San Luis, Argentina); Especialista en intervención psicosocial en violencia política y catástrofes (Universidad Complutense de Madrid); Profesor grado 4, efectivo de la Universidad de la República del Uruguay (UdelaR)

Jorge Eduardo Visca

jorgeeduardovisca@gmail.com

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Grupo de investigación “Historia, Enseñanza y profesionalización de la Psicología en los países en el Cono sur”.

Nelson Zicavo

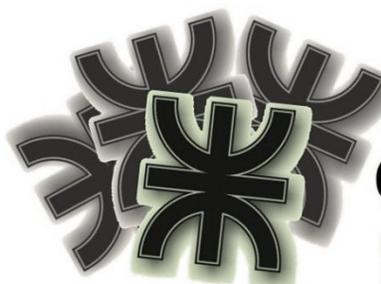
nzicavo@ubiobio.cl

Máster en Psicología Clínica, Director del Magister en Familia con menciones. Profesor de la escuela de Psicología de la Universidad del Bío Bío, Chile.

Faviola Arriagada Sarmiento

farriagadas@udec.cl

Docente Escuela de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chillán, Chile,



Integración Académica en Psicología.

Revista científica de la Asociación Latinoamericana
para la Formación y la Enseñanza de la Psicología.