COLEGIO DE PSICÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO XIII - LOMAS DE ZAMORA

Escritos en Salud Mental



Año 1/Número 1/Agosto 2023

COLEGIO DE PSICÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO XIII - LOMAS DE ZAMORA

Autoridades

Presidenta: Esp. Vicedo Calderoni, Ana Cecilia

Vicepresidente: Esp. Rezzoagli, Adrián Silvio

Sec. Gral.: Lic. Mársico, Natalia

Tesorera: Lic. Gimeno, Natalia Soledad

Sec. Actas: Lic. Stepaniuk, Mirta Claudia

Consejera Titular: Esp. Casanova, Ida Filomena

Consejera Titular: Lic. Ramos, Pamela

Consejera Suplente: Esp. Gastaldo, Zulma Gabriela

Consejera Suplente: Lic. Alesso, María Alejandra

Editores y Revisores Científicos

Dr. Diego Argentino

Dr. Pablo Domingo Depaula

Esp. Marianela Fernández

Esp. Zulma Gastaldo

Dra. Analía Verónica Losada

Título de la publicación: Escritos en salud Mental

Número de edición: 1

Fecha de la Publicación: Agosto de 2023

Publicación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires

Editores: Dr. Diego Argentino, Dr. Pablo Domingo Depaula, Esp. Marianela Fernández, Esp. Zulma Gastaldo y Dra. Analía Verónica Losada

Director responsable: Dra. Analía Verónica Losada

Domicilio legal: Alsina 1778, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires.

Registro DNDA en trámite.



Licencia Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
Esta obra se encuentra bajo la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
Diseño de tapa: Creado con app.leonardo.ai usuario anazul
Leonardo_Select_mental_health_research_3 generado 6/7/2023
Registro DNDA en trámite
Inscripción de Publicación Periódica

Editorial

El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito XIII en pos de la promoción de la ciencia psicológica, presenta el primer número de la revista *Escritos en Salud Mental.* El Colegio busca continuar con la divulgación científica iniciada con las publicaciones de los libros Construyendo lazos haciendo letra (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito XIII, 2019) y Abordajes de Salud Mental en contexto de pandemia (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito XIII, 2021), ambos con referato y de acceso abierto.

En el contexto de globalización, aceleración tecnológica y avance de la informática el diseño de tapa de *Escritos en Salud Mental* ha sido llevado adelante con el uso de una herramienta de Inteligencia Artificial. Sin dudas el quehacer del profesional psicólogo se ve atravesado por las nuevas tecnologías que incluyen el desarrollo de la telepsicología.

Los escritos compilados en este ejemplar, exponen desarrollos teóricos y de investigaciones empíricas desarrolladas por profesionales de la Salud Mental.

La autora Marianela N. Fernández en su texto Las maternidades enlazadas con las discapacidades motoras analiza con experticia las discapacidades motoras, ponderando la multiplicidad de causas, procesos y consecuencias, el entorno social y la familia en la cual está inserta la persona bajo la óptica del desarrollo de la maternidad y sus implicancias. Sin dudas se constituye un aporte desde la perspectiva de la persona con discapacidad y a la vez desde la configuración y construcción familiar.

En la obra Síndrome de Burnout, Afrontamiento y Estilo Personal del Terapeuta en psicólogos clínicos del AMBA, Diego Argentino, Marcelo Rodriguez Ceberio y Angel Elgier dan paso a una temática de gran relevancia analizando la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y el Síndrome de Burnout entre 235 psicólogos clínicos del AMBA. Los resultados dan luz sobre la prevención del Síndrome a través de la modificación en las pautas de interacción con sus pacientes.

Las autoras Ana Paula Morra y Silvana Baró en su escrito Experiencias de parto: percepción de las usuarias de distintas instituciones del AMBA, realizan un inédito aporte temático en el área de la Psicología Perinatal y de la Primera Infancia, dando voz a las mujeres puérperas para visibilizar y validar sus experiencias respecto del abordaje profesional y la atención recibida de parte del equipo de salud maternoinfantil en su internación, lo cual es beneficioso para registrar la importancia de acompañarlas a transitar de una manera más saludable las crisis -gestaciones, partos, puerperios- y crisis circunstanciales desde una atención profesional idónea pero también, y no es menor, humanizada, empática, respetuosa y cálida.

Por su parte, Daniela Teveles y Analía Verónica Losada han realizado una revisión narrativa sobre los efectos del Grooming durante la pandemia por Covid 19 en niños, niñas y

adolescentes. Allí se resalta el aumento de exposición de este segmento de la población a la web y proponen diferentes intervenciones preventivas.
Orígenes del Colegio de Psicólogos de la Provincia De Buenos Aires, República Argentina de Alejandra Gonzalez Langer y Analia Veronica Losada se constituye con un recorrido sociohistórico documental que describe los avatares y contexto de construcción del Colegio. Sin dudas un texto valioso en la historia de la psicología de la República Argentina.

En Relación entre Envejecimiento Exitoso y Apoyo Social en una muestra de adultos mayores de AMBA los colegas Adriana D´amico y Diego Argentino examinaron la relación entre el envejecimiento exitoso y el apoyo social en adultos mayores, en una muestra de 64 personas, 49 mujeres y 15 hombres de edades entre 60 y 87 años de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Los resultados mostraron que existe una asociación positiva entre las dos variables.

Los autores Carla Ferrari, María Laura Salas y Pablo Domingo Depaula plasman -en La intervención del psicólogo en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal- el trabajo del personal de la salud materno infantil del sector de maternidad y UCIN del ámbito del hospital público, a fin de tomar conocimiento de las herramientas con las que cuentan a la hora de asistir a las familias contemporáneas en un ámbito donde permanentemente se entrecruzan la vida y la muerte de los bebés, la vulnerabilidad emocional y la necesidad de ser contenidos y sostenidos por un equipo de salud capacitado en el área específica de la clínica perinatal.

En la Incidencia de la neuropsicología del adolescente en la elección vocacional, Marianela Fernández y Zulma Gastaldo, llevan adelante una análisis de la relación entre el desarrollo neuropsicológico del adolescente y la elección vocacional con el objetivo de evaluar la pertinencia de realizar la elección en ese momento de la vida y poder, a partir de ese conocimiento diseñar estrategias de intervención.

Se espera que esta nueva Revista gestada y promovida por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito XIII sea fuente de aportes y reflexiones en torno al campo de la Salud Mental, desafíos y avances, tanto en Argentina como en el resto del mundo.

Se agradece al Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, a cada autor y a cada lector e invitamos a enviar sus artículos bajo las Normas de Publicación para las próximas ediciones.

Dr. Diego Argentino

Dr. Pablo Domingo Depaula

Esp. Marianela Fernandez

Esp. Zulma Gastaldo

Dra. Analía Verónica Losada

Índice

Editorial 4

Las maternidades enlazadas con las discapacidades motoras

Marianela N. Fernández 8

Síndrome de Burnout, Afrontamiento y Estilo Personal del Terapeuta en psicólogos clínicos del AMBA

Diego Argentino, Marcelo Rodriguez Ceberio y Angel Elgier 24

Experiencias de parto: percepción de las usuarias de distintas instituciones del AMBA

Ana Paula Morra y Silvana Baró 51

Grooming en niños, niñas y adolescentes. Revisión narrativa de los efectos en la pandemia por COVID 19

Daniela Teveles y Analía Verónica Losada 72

Orígenes del Colegio de Psicólogos de la Provincia De Buenos Aires, República Argentina

Alejandra Gonzalez Langer y Analia Veronica Losada 84

Relación entre Envejecimiento Exitoso y Apoyo Social en una muestra de adultos mayores de AMBA

Adriana D´amico y Diego Argentino 110

La intervención del psicólogo en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal

Carla Ferrari, María Laura Salas y Pablo Domingo Depaula 144

Incidencia de la neuropsicología del adolescente en la elección vocacional

Marianela Fernández y Zulma Gastaldo 157

Las maternidades enlazadas con las discapacidades motoras

Maternities linked to motor disabilities

Marianela N. Fernández* **
*Colegio de Psicólogos de la Pcia. De Bs. As. Distrito XIII
**Universidad de Flores

Resumen

Abordar el tema de las discapacidades motoras, implica considerar la multiplicidad de causas, procesos y consecuencias, el entorno social y la familia en la cual está inserta la persona. Desde el modelo social de la discapacidad actual es importante tener en cuenta el abordaje individual y familiar de las discapacidades desde una óptica interdisciplinaria, lo cual permite asomarse de una manera diferente y mucho más integral a esta área. Es significativo destacar que hasta el momento se hallan escasas investigaciones científicas nacionales e internacionales que aborden el entrecruzamiento entre las maternidades y las discapacidades motoras y sus vicisitudes en el neurodesarrollo infantil, dado que históricamente se han estudiado díadas integradas por niños que presentaran algún tipo de discapacidad -motora, intelectual, visual, auditiva o cinestésica- y las madres fueran sanas, haciendo eje en los pequeños y su desarrollo ulterior. Desde el enfoque integrativo de la Psicología Perinatal y de la Primera Infancia, este artículo lanza una invitación a la sociedad para que se aborden conjuntamente las maternidades en su diversidad, las discapacidades motoras y el vínculo temprano, indagando acerca del desarrollo del maternaje en madres con discapacidades motoras lo cual implica conocer las vivencias de estas mujeres, sus recursos psíquicos y físicos, las acciones efectuadas por ellas frente a sus limitaciones físicas y las conductas plasmadas en el vínculo con sus hijos que pudieran incidir en el desarrollo de los mismos.

***Palabras clave*:** Discapacidad motora, maternaje, vínculo temprano, desarrollo, perinatal.

Abstract

Addressing the issue of motor disabilities involves considering the multiplicity of causes, processes and consequences, the social environment and the family in which the person is inserted.

From the current social model of disability, it is important to take into account the individual and family approach to disabilities from an interdisciplinary perspective, which allows a different and much more comprehensive approach to this area. It is significant to note that until now there has been very little national and international scientific research on the intertwining of maternity and motor disabilities and their vicissitudes, given that historically dyads have been studied that were made up of children with some type of disability (motor, intellectual, visual, auditory or kinaesthetic) and healthy mothers, focusing on the children and their subsequent development.

From the integrative approach of Perinatal and Early Childhood Psychology, this article launches an invitation to society to jointly address motherhood in its diversity, motor disabilities and early attachment, investigating the development of motherhood in mothers with motor disabilities, which implies knowing the experiences of these women, their psychological and physical resources, the actions carried out by them in the face of their physical limitations and the behaviors embodied in the bond with their children that could influence their children's development.

***Key words**: motor disabilities, mothering, early attachment, development, perinatal.*

Los maternajes y las discapacidades motoras

Las causas de una discapacidad motora pueden deberse a secuelas neurológicas, ortopédicas o reumatológicas. Las secuelas neurológicas se dividen en cerebrales (parálisis o hemiplejía) o medulares. Dicha alteración se produce por una lesión en el sistema nervioso central (SNC) a nivel de médula o del encéfalo. Si la lesión acontece en esta parte del sistema nervioso, su consecuencia es la parálisis cerebral. Las causas pueden ser perinatales (durante el embarazo), natales o postnatales (Fainblum, 2004).

Como consecuencia, en dichas madres se pueden producir limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento.
Estando en vigencia el modelo social de la discapacidad, diversos estudios, realizados en distintos contextos del Primer Mundo (Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá, etc), aluden a las barreras institucionales y las prácticas de profesionales del campo de la salud que suponen obstáculos a la maternidad de mujeres con discapacidades motrices: dificultades de acceso a servicios ginecológicos, reticencia para atender embarazos bajo el pretexto de considerarlos de alto riesgo, escasa e inadecuada respuesta a las necesidades de información, inapropiada ayuda, entre otros.

Pese a todos los prejuicios y obstáculos, muchas mujeres con discapacidades tienen el "valor" de ser madres. "Valor" en el sentido de enfrentarse a nuevos desafíos y limitaciones prácticas, dando cuenta de sus capacidades en las discapacidades (Schorn, 2003).

"¿Cómo afecta la discapacidad al embarazo, parto y puerperio? ¿Podrá una mujer con discapacidad motora cuidar a su hijo de manera integral?, ¿Se verá afectado su desarrollo?. Éstas son algunas de las preguntas que se formulan a sí mismas las mujeres discapacitadas que quieren ser madres o que lo han sido recientemente y que pueden ser analizadas a la luz de la Psicología Perinatal (Fernández, 2020).

Es fundamental el acompañamiento de las mujeres con discapacidades motoras que desean pasar por la experiencia de la maternidad, teniendo en cuenta los diferentes tipos de discapacidades y los cambios físicos que cada mujer pudiera vivenciar durante la gestación, el parto, el posparto y los primeros años posteriores, así como también los efectos que el proceso de vinculación mutua puede tener sobre la salud mental de la madre y del niño, y la construcción de la crianza (Rogers, 2007).

Desde la Psicología Perinatal, se estudia cómo a parte de la nutrición física, la figura materna proporciona alimento cognitivo para las actividades motoras, sensoriales y mentales del niño: cada vez que interacciona con él, cuando juega, lo toma en brazos, le enseña cosas, le canta, le habla, le mueve los brazos o las manos, le proporciona objetos para jugar, le ayuda a cambiar posición, etc. La madre, sin tener a veces conciencia de ello, estimula y crea las condiciones favorables para la manipulación y la exploración del ambiente (Fernández, 2020).

Considerando que la conexión piel con piel es especialmente efectiva en las primeras interacciones de cualquier díada madre-bebé para construir las bases de lo que posteriormente será el vínculo temprano. Es interesante pensar cómo podría darse ese contacto preponderantemente corporal en sus inicios, si el niño es sano y la madre presenta una discapacidad motora, las características del neurodesarrollo de el/la hijo/a.

Las maternidades y los maternajes: Antecedentes y fundamentación teórica

Al realizar un rastreo etimológico de la palabra "madre", aparecen conceptos cómo "mamá", "matriz". Sin duda, parece que ser madre se relaciona con generar vida, con entender que la vida pasa a través de la mujer. Y ésto no solamente abarca la esfera de lo biológico: la maternidad iría más allá, podría tener que ver más bien con tener la capacidad de retener, cuidar, anidar y tener la disponibilidad de criar.

En la historia de la humanidad, la maternidad siempre ha estado ligada al rol femenino que conlleva actividades relacionadas con la reproducción y la crianza de los hijos. Desde muy pequeña la niña es preparada y educada para esta función y se le enseña que por medio de ella llegará a realizarse como mujer.

Históricamente un autor internacional (Bowlby, 1982) que se ha dedicado a estudiar el inicio de la constitución psíquica infantil ha planteado que el ejercicio del maternaje es el pilar desde el cual se construye y sustenta la salud mental de los sujetos desde la temprana infancia.

Por otra parte, Winnicott (1962) ha escrito y estudiado extensamente acerca de la maternidad y especialmente sobre la relación madre-bebé. Él habla de la maternidad como un *sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo*, donde se mezclan el amor, la agresividad, el investimento libidinal por parte de la madre hacia su hijo/a, el reconocimiento del/la niño/a como otro, pero también la confusión con él. Expresa que en esos primeros encuentros, la madre vive una experiencia nueva: hace un esfuerzo por comprender a su hijo/a desde los primeros segundos de vida, por tratar de entender qué le ocurre, qué quiere comunicar. Ella le va a ir va proponiendo diferentes explicaciones al llanto de su hijo/a y este pensar y hablar por él/ella, es imprescindible para el/la bebé, ya que la madre va buscando soluciones alternativas hasta calmar su malestar.

Es lo que Winnicott, llamó *preocupación maternal primaria* y que es básica para el buen desarrollo psíquico y emocional del/la pequeño/a. Dicho estado consiste en el desarrollo gradual de un estado de sensibilidad, que se inicia ya desde el embarazo, y especialmente hacia el final del mismo. No es fácilmente recordado por la madre una vez que se ha recobrado del mismo, ya que el recuerdo que se conserva tiende a ser reprimido. Plantea que van a ir dándose procesos de identificación masiva necesarios para que la madre se adapte al cien por ciento a las necesidades del niño, ya que esa adaptación activa por parte de la madre es el elemento esencial para el desarrollo emocional del bebé.

La madre debe ser capaz de preocuparse por su propio hijo con exclusión de otros intereses, temporalmente, para poder ponerse en el lugar del niño de una manera empática y satisfacer sus necesidades. Lo esencial es la experiencia basada en el contacto mamá-bebé en ausencia de cualquier otra actividad, donde existe un espacio para el sentimiento de unidad entre dos personas, dándole al bebé la oportunidad de "ser", de tener experiencia del mundo que lo rodea, de ir aprendiendo gradualmente a dominar sus instintos y a enfrentarse a todas las dificultades inherentes a la vida. Se trataría de un período muy importante y crítico, dado que la madre debe estar sana para alcanzar este estado y para liberarse de él cuando el/la bebé la libere. Winnicott (1962) representa un pilar fundamental en el área de la Primera Infancia y va a describir las *tres funciones básicas de la madre*, aclarando que no siempre "madre" se corresponde con la persona que ha parido al niño, sino que puede tratarse de otra mujer e incluso un hombre, como puede ser el padre del niño, quien ejerza esa función:

1) Función de sostén: Durante el embarazo y los primeros días y meses del niño, el sostén es meramente físico, ya que tiene que ver con la manera en que se lo sostiene al niño en una actitud de contacto cuerpo a cuerpo. Pero también se refiere a un sostén psicológico, porque implica estar atento a cada cambio en el niño: si aparecen nuevas conductas, si necesita estar protegido del frío o del calor, etc.
2) Función de manipulación: La madre acaricia al/la niño/a, algo esencial para él/ella ya que necesita su cariño. Si no se produce este contacto físico ni emocional entre ambos, el/la niño/a muere porque no solo necesita de atención física y provisión alimentaria para poder vivir.

3) Función de mostración de objetos: la madre fomenta la relación del/la niño/a con los objetos del mundo cuando éste se ha desarrollado lo suficiente psicomotrizmente hablando, de manera que los conozca, los toque y experimente con ellos.

Se evidencia entonces que en el ser humano el fenómeno de la maternidad excede el hecho biológico, cobrando un significado a nivel cultural, social y psicológico (Oiberman, 2001). Este proceso en el que se incluye el embarazo, parto y puerperio, representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar, dado que "transformarse en una madre" y desplegar el maternaje, saber qué necesita un bebé, calmarlo, estimularlo, entre otras, dependerá de múltiples factores.

El contacto físico temprano que nutre

La Primera Infancia es una etapa fundamental y crítica en el desarrollo del ser humano. El crecimiento físico tiene su máxima velocidad y el sistema nervioso central su mayor grado de plasticidad, permitiendo que las condiciones negativas o positivas del ambiente biológico, social y físico afecten en uno u otro sentido el desarrollo.

La mayor parte de las corrientes psicológicas y médicas surgidas durante los siglos XIX, XX y principios del siglo XXI, con reconocimiento científico internacional tomaron en consideración la necesidad de contar con un adulto que pueda funcionar como un sostén fundamental en el desarrollo del niño pequeño, configurando de ese modo un medio saludable para que éste pueda desarrollarse (Schapira et al., 2010).

Winnicott (1993) consideraba que el medio ambiente y el niño se influencian uno al otro en un proceso de desarrollo y cambio continuo, en el cual habría continuamente una búsqueda de un estado de equilibrio, que conduce a la pareja madre-bebé a un intercambio de informaciones: en la medida en que ellos se "encuentran", las conductas se transforman en un acto comunicativo. Cada miembro de la pareja influye sobre el otro produciéndose modificaciones afectivas y corporales en ambos.

El contacto físico no solo satisface las necesidades de cercanía y afecto para el/la bebé, sino que le provee seguridad, estimulación y movimiento. Los padres que brindan este tipo de acercamiento, promueven el desarrollo de fuertes lazos afectivos con sus hijos/as.

En el desarrollo infantil, los primeros tres años de vida son de vital importancia puesto que es allí cuando ocurre principalmente la maduración del sistema nervioso central; el mismo depende, en gran medida, de los estímulos provenientes del contexto con el cual el niño comienza a interactuar. En la primera infancia se inscriben las principales marcas de vivencias en el desarrollo de procesos subjetivos y de simbolización, surge la necesidad de analizar los recursos de los niños y las características de sus vínculos tempranos, promoviendo acciones concretas, como también impulsar políticas públicas respetuosas de estos procesos (Fernández, 2017).

Diversos estudios nacionales e internacionales demuestran que los/las bebés que pasan más tiempo en brazos y son acunados con regularidad ganan peso antes, se muestran más resistentes a las enfermedades y lloran menos (Krupitzky, 2001).

Los/las recién nacidos/as tienen el sentido del equilibrio muy desarrollado y son muy sensibles al movimiento, de modo que el vaivén de los brazos le recuerda al recién nacido los movimientos que sentía dentro del vientre materno y eso le tranquiliza; además, el ser sostenido en brazos facilita la digestión, favorece la circulación sanguínea y beneficia al sistema respiratorio.

Por otro lado, el contacto físico con el/la bebé durante las primeras semanas de vida (su olor, su rostro, sus sonidos) estimula la secreción materna de una serie de hormonas (prolactina y oxitocina, entre otras) que son fundamentales para que la madre se sienta tranquila y segura, además de permitirle estar más atenta a las necesidades del bebé: esto favorece, una mejor conexión y comprensión del recién nacido.

Los/las niños/as cargados en brazos acostumbran a ser más independientes y tener mayor autoestima, ya que se han sentido amados y atendidos por sus padres desde el primer momento, lo cual les proporciona una gran sensación de seguridad y tranquilidad. Por ejemplo, situaciones

que podrían parecerle peligrosas si estuviera solo en su cuna, como ruidos fuertes o luces estridentes, dejan de serlo al notar que su porteador está tranquilo y cerca.

Cuando el/la niño/a está en brazos del cuidador también dispone de un campo de visión e interacción mucho mayor que cuando no lo está, de modo que el simple hecho de ir sobre un adulto ya le proporciona a el/la bebé una gran estimulación y experiencias que de otro modo no podrá tener.

Para los/las niños/as, el contacto corporal estimula la producción hormonal que participa en el crecimiento, enriquece el desarrollo intelectual y motor y ayuda a regular su temperatura corporal, su frecuencia cardíaca y los patrones de sueño y vigilia. Además, se ha demostrado que quienes desde el inicio de su vida reciben contacto corporal frecuente y percibido como seguro, ganan peso más rápidamente, se alimentan mejor, lloran menos, son más calmos y presentan un desarrollo motor e intelectual más rico (Krupitzky, 2001).

Décadas previas, Spitz (1965) estudió el vínculo inicial e introdujo el término “hospitalismo”, el mismo hace referencia a los efectos de la ausencia de una figura estable para el infante con la capacidad de ejercer la función materna. Ante esto, surgieron múltiples estudios que sostienen que los niños institucionalizados a temprana edad presentan diversas alteraciones en: la salud física, el desarrollo cognitivo, el apego y la salud mental (Carr et al.,, 2018; Li et al., 2017).

Teniendo en cuenta que los/las bebés nacen con una necesidad urgente e intensa de completa dependencia, algunos investigadores consideran que el factor más importante en la constitución del apego entonces es el *contacto físico positivo* -expresado por las actitudes mencionadas anteriormente- ya que éste causa respuestas neuroquímicas en el cerebro que permiten que los sistemas cerebrales responsables del apego se desarrollen normalmente (Capaldi y Cols, 1991).

Durante los tres primeros años de vida el cerebro alcanza el 90% del tamaño adulto y coloca en su lugar la mayor parte de los sistemas y estructuras que serán responsables del funcionamiento emocional, conductual, social y fisiológico para el resto de la vida.

Por eso, las experiencias de vinculación repetitivas durante la infancia proveen una base sólida para futuras relaciones saludables. Por el contrario, la inconsistencia del vínculo emocional o la falta de satisfacción de estas necesidades básicas de sostén, afecto y reconocimiento, generan

conductas de ansiedad y desconfianza de los bebés hacia sus cuidadores. Los bebés pueden reaccionar a esta situación de múltiples maneras, que influirán ciertamente en la consolidación de un modelo de vinculación que luego harán extensivo al resto de sus relaciones.

El/la niño/a como sujeto psíquico se irá estructurando a partir entonces de los juegos madre-hijo, cuando la madre da respuestas posturales y gestuales a las sensaciones y emociones del bebé reforzando la lábil envoltura corporal. Un vínculo amoroso y armonioso inicial, posiblemente haga que el entorno considere al niño como una persona, poseedor de un yo-individual (Schorn, 2005).

Por lo tanto, si bien existen diferentes modos para que una madre se contacte con el bebé, generalmente el contacto físico es el primero o el más frecuente que se pone en marcha en la díada sin patologías, acompañado o no de miradas y palabras.

Discapacidades y contextos

El Programa de Acción Mundial de las Naciones Unidas para los Impedidos (ONU, 2010)**,** define formalmente a la *discapacidad* en función de la relación entre las personas impedidas y su ambiente como el conjunto de barreras culturales, físicas o sociales que les llegan a impedir acceder a las diferentes y variadas esferas (educacionales, institucionales, sociales, económicas, laborales, emocionales, entre otras) de la sociedad que sí están disponibles para las demás personas. Por ello, desde este nuevo paradigma se considera a la discapacidad como una pérdida o limitación de las oportunidades de participar comunitariamente en el mismo nivel de igualdad que los demás (p.11).

Para este enfoque, la situación de discapacidad alude siempre a un sujeto en relación con un ambiente deficiente para brindarle acceso. Por ello, el hecho de considerar a la situación de discapacidad dentro del área salud –exclusivamente- sería sesgar la mirada hacia este sujeto, considerándolo "sólo" un paciente y no una persona con múltiples necesidades a satisfacer a lo largo de su vida, incluidas el contacto con otros a partir del cual se enriquecerá y formará.

Con la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, realizada en 2015, se establece como principio general la presunción de capacidad de todas las personas. Tiempo

después, Argentina aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26.378). En el año 2010, surge la Ley de Salud Mental (N.º 26.657), cuyo eje central es el aseguramiento del derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Dicha ley da un enfoque social al área de salud mental referida. El modelo médico importaba un diagnóstico y una consecuencia del diagnóstico (estigmatización), un sistema de control absoluto, en la mayoría de los casos, y de dependencia de la persona hacia profesionales y cuidadores.

El cambio al modelo social es la nueva mirada que importa la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en donde se reconoce el derecho humano a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, obligándose al Estado a diseñar modelos de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica de los involucrados.

Actualmente, se establece un sistema basado en la toma de decisiones con apoyos y salvaguardias, poniéndose énfasis en la "autonomía" de la persona con una discapacidad, y en donde el apoyo será solo una herramienta para lograrla.

Se calcula que las personas con discapacidad representan el 15% de la población mundial, es decir, aproximadamente 1.000 millones de personas. Una población diversa y heterogénea, las personas con discapacidad se enfrentan a la discriminación, la estigmatización y otras barreras que les impiden participar en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

Con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030), los Estados Miembros de la ONU se comprometieron a no dejar a nadie atrás, incluidas las personas con discapacidad (ONU, 2023). La Oficina de Coordinación del Desarrollo ha desarrollado esta Estrategia para hacer operativo su compromiso con la inclusión de las personas con discapacidad en toda la organización a través de acciones específicas que se llevarán a cabo entre 2022-2025.

Mitos de las maternidades y las discapacidades

La prevalencia de las negativas representaciones sociales que se tienen de las mujeres con discapacidades en su posible ejercicio de la maternidad, hace que se las siga condenando a

muchas de ellas a no ser madres o, de serlo, delegar las responsabilidades relativas al cuidado de sus hijos o hijas en personas de su confianza, en el mejor de los casos (Lopez Gonzalez, 2008).

Muchas madres con discapacidades se han visto despojadas de sus propios menores por la falta de concienciación adecuada de los profesionales que hayan podido intervenir en los procesos de valoración para el otorgamiento de guarda y custodia o patria potestad por considerarlas "no aptas" por razón de discapacidad para el cuidado de los hijos e hijas, vulnerando en lo más profundo su dignidad humana. Y es que todavía siguen existiendo importantes barreras mentales que impiden el desarrollo de la maternidad a muchas de estas mujeres que tampoco se considera que aquí "encajan" en la imagen social que se les concede.

Según Lopez González (2008) entre los mitos que motivan la visión negativa de las maternidades y las discapacidades figuran:

- La asexualidad. Si la mujer con discapacidad no es considerada candidata al amor y la vida en pareja, es impensable que ejerza como madre.
- La consideración por parte de profesionales de la salud del riesgo que entraña el embarazo y parto por la delicada salud de la mujer con discapacidad
- La idea de dependencia absoluta de la mujer con discapacidad. Se piensa que no tendrá autonomía y capacidad para cuidar a un niño
- La visión de la discapacidad como una enfermedad heredable o un castigo, que se transmite a la descendencia
- La creencia de que los hijos sufrirían las consecuencias psicoemocionales y psicosociales negativas de tener una madre con una discapacidad
- Criar hijos supone unas condiciones óptimas de energía, movilidad, agilidad que demandan que la mujer esté en excelentes condiciones de salud y nadie pueda ocupar su lugar ni desempeñar su rol, por lo tanto esto hace incompetentes a las mujeres con discapacidad.

Diseño y método

Este trabajo posee un diseño de investigación teórico (Montero y León, 2007). Se buscó estudiar la relación existente entre las discapacidades motoras maternas, la construcción del maternaje y el desarrollo del vínculo temprano.

Se tomaron de referencias fuentes primarias como libros, investigaciones; fuentes secundarias en base de datos de Academia.edu y Redalyc. Además se utilizó el buscador de Google Académico.

Para la búsqueda de información se utilizaron palabras claves tales como discapacidad motora, maternaje, vínculo temprano, desarrollo, perinatal.

Una vez finalizada la búsqueda de información, se utilizaron los artículos considerados relevantes para el propósito de la investigación.

Discusión

Se ha comprobado que la función vincular está presente desde los primeros momentos de la gestación, se va complejizando y tomando diversas formas a medida que pasa el tiempo y cada miembro de la díada vincular realiza su aporte (Fernández, 2017).

Para Shalini (2020) el desarrollo cognitivo en los niños depende de varios factores, siendo el estilo de crianza y la relación padre-hijo los factores más importantes. Dicha autora postula que un estilo de crianza es una construcción psicológica que representa estrategias estándar que los padres usan en la crianza de sus hijos, en donde los padres juegan un papel importante en el desarrollo del niño, especialmente en sus primeros años. Los niños a menudo aprenden observando e imitando modelos a seguir y esta experiencia de aprendizaje sería de sus padres. La crianza de los hijos es multidimensional.

Así mismo, los estilos parentales de crianza van a impactar de manera diferente en el desarrollo cognitivo.

La mayor parte de la investigación sobre el estilo de crianza deriva de la conocida investigación de Baumrind (1978) sobre niños y sus familias. El enfoque del autor se basa en la configuración del elemento parental -calidez, participación, exigencias de madurez y supervisión- que producen variaciones en la forma en que el niño responde a la influencia de los padres.

Capaldi y Patterson (1991) hallaron que el estilo de crianza deficiente caracterizado por el rechazo, la evitación, la abstinencia, la baja tolerancia, la coerción y el castigo predicen los problemas de conducta de los niños, como el trastorno antisocial, externo, la inmadurez, ansiedad, abstinencia y abuso de drogas. Además, diversas investigaciones, indican que las

malas prácticas parentales también están relacionadas con el bajo rendimiento escolar: la falta de control parental y los niveles excesivos de control parental pueden conducir a actitudes y comportamientos sociales inadecuados.

Las investigaciones nacionales e internacionales actuales postulan que un vínculo positivo, estable y emocional entre padres e hijos es un factor protector importante para su salud y desarrollo. La conexión se compone de comportamientos que se transmiten al niño que son amados y aceptados. Es una dimensión de la relación padre-hijo que de otro modo se llama calidez, afecto, cuidado, consuelo, preocupación, cuidado, apoyo o amor. Ha habido evidencia reciente, en el campo de la neurociencia, que demuestra que la conexión formada entre un cuidador y un bebé, incluso en el primer año de vida, afecta no solo el bienestar psicológico a largo plazo del niño, sino también cómo el cerebro del bebé se desarrolla físicamente (Shalini, 2020).

Se plantea más rigurosamente que si los primeros contactos sobre los que se funda el desarrollo físico y emocional del niño no son lo suficientemente sólidos, debido a carencias ambientales y en función de la gravedad y duración de las mismas, el niño podría verse expuesto a un desarrollo deficiente a corto o largo plazo (Weinberg y Cols, 1999).

En Argentina, en estudios experimentales de principios del siglo XXI (Oiberman, 2004) postulan que cada miembro de la pareja influye sobre el otro produciéndose modificaciones afectivas y corporales en ambos (circularidad en la comunicación). Se estudia al niño como un ser en permanente desarrollo. Al nacer, no ha completado su dotación de neuronas y cada una de las existentes aún no ha alcanzado el desarrollo dendrítico y sináptico que caracterizará su madurez. Apenas se han desarrollado algunos mecanismos reflejos indispensables para la regulación vegetativa que le permiten una interrelación con la madre y el medio exterior.

El contacto corporal con un cuidador adulto estimula la producción hormonal que participa en el crecimiento, enriquece el desarrollo intelectual y motor y ayuda a regular la temperatura corporal de los bebés, la frecuencia cardíaca y los patrones de sueño y vigilia. Además, se ha demostrado que quienes desde el inicio de su vida reciben contacto corporal, ganan peso más rápidamente, se alimentan mejor, lloran menos, son más calmos y presentan un desarrollo motor e intelectual más rico (Krupitzky, 2001).

Son fundamentales los primeros dos años de vida, porque las primeras experiencias quedarán registradas a nivel de impresiones arcaicas en la estructura psíquica del niño y lo acompañarán a lo largo de su vida de relación y le darán forma a sucesivas interrelaciones. De estas primeras impresiones y de sus resultados en cuanto al grado de satisfacción o frustración como a la manera en que se desarrollaron se instalarán y determinarán las siguientes, siendo las matrices del desarrollo integral (Schapira et al., 2010).

Hablar de abordaje y prevención en el área de la discapacidad materna motora y del desarrollo infantil es ocuparnos de al menos dos cuerpos en interrelación e influencia mutua, de dos sujetos psíquicos, de una familia y del interjuego entre todas estas variables en un sistema, sin dejar de reconocer el peso que muchas veces tiene un diagnóstico en el armado del vínculo temprano incipiente y del posterior neurodesarrollo infantil (Schorn, 2013).

Conclusiones

Se intenta constituir un aporte a la temática de Primera Infancia, que permita cuestionar y reflexionar sobre el impacto que tienen los desencuentros tempranos en el desarrollo cognitivo de los niños institucionalizados, así como contribuir a pensar políticas públicas que se ajusten a las nuevas realidades. Las intervenciones en el desarrollo son necesarias en etapas cada vez más tempranas de la vida de los niños, constitutivas de la subjetividad, lo cual deja marcas irreversibles.

Por ello, es preciso deconstruir la representación de la maternidad de la mujer con discapacidad, que ha enfatizado en la ineptitud y las consecuencias negativas en el desarrollo de sus hijos sanos.

Resulta sumamente enriquecedor intentar conocer tanto las vivencias de las dificultades físicas con las que se enfrentan estas madres singulares, como así también sus recursos para solventarlas, sus logros y su desempeño en la crianza, explorando las *capacidades de la díada* puestas en juego en cada encuentro madre-hijo, el posible impacto de las mismas en el neurodesarrollo del niño y cómo a su vez el niño influencia a la madre en una circularidad comunicacional permanente.

Se necesita continuar profundizando en todas las intervenciones interdisciplinarias que tratan de evitar la presencia del daño físico y/o funcional en los niños, de acuerdo a los factores de riesgo presentes por el vínculo con sus progenitores o ambiente de crianza.

Desde la Psicología Perinatal integrativa, sería interesante trabajar esta temática de manera interdisciplinaria dada la demanda social ante un panorama cada vez más complejo en el día a día de la atención sanitaria. Esto solo podría darse a través de las interrelaciones de diferenciación e integración de las disciplinas que aborden la maternidad y la discapacidad motora materna, como así también a través de discusiones, divergencias, críticas y consensos del trabajo en equipo en relación al desarrollo infantil de los hijos de las mujeres que presentan discapacidades motoras.

Este encuadre proporcionaría una mirada integradora del desarrollo infantil temprano y ampliará no solamente el horizonte de la temática, sino que además lo haría respecto de las diferentes formas de abordaje clínico, teniendo en cuenta que serían necesarios profesionales no solamente idóneos en el área, sino innovadores, flexibles y abiertos a encontrar nuevas y creativas estrategias para abordar nuevos escenarios que trae consigo el siglo XXI.

Referencias

Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-267. https://doi.org/10.1177/0044118X7800900302

Bowlby, J. (1982). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Ed. Humanitas.

Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1991). Relation of parental transitions to boys' adjustment problems: I. A linear hypothesis: II. Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psycholog*y, 27(3), 489–504. https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.3.489

Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1991). Relation of parental transitions to boys' adjustment problems: I. A linear hypothesis: II. Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psychology, 27*(3), 489–504. https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.3.489

Carr, A., Duf, H., & Craddock, F. (2018). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Severe Neglect in Underresourced Childcare Institutions.*Trauma, Violence, & Abuse*, 1-14. doi: 10.1177/1524838018777788

Fainblum, A. (2004). *Discapacidad. Una perspectiva clínica desde el Psicoanálisis*. Ed. Tekné.

Fernández, M. (2020). *Discapacidad motora materna y vínculos tempranos. Aportes a la Psicología Perinatal y de la Primera Infancia*. Editorial Académica Española.

Fernández, M. (2017). Intervenciones clínicas tempranas en niños de 0 a 3 años en condiciones de vulnerabilidad social. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires.

López González, M. (2008). *Mujeres con discapacidad. Mitos y realidades en las relaciones de pareja y en la maternidad*. Ed. Narcea.

Krupitzky, S. (2001). Puertas de entrada al conocimiento del desarrollo infantil. En Manual de educación continua para el personal de enfermería en APS- 1. SAP.

Winnicott, D. (1962). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Laia.

Oiberman, A. (2001). *Observando a los Bebés: Estudio de una técnica de observación madre-hij*o. Lugar Editorial.

Oiberman, A. (2004). El rostro oculto de la maternidad. El desarrollo del maternaje. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 3, 149-168.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2021). Estrategia de inclusión de la discapacidad 2022-2025. Oficina de Coordinación de Desarrollo de las Naciones Unidas.

Rogers, J. (2007). *Guía para la mujer con discapacidad: del embarazo al parto.* Ed. Badalona Fundación Institut Guttmann.

Schapira, I., Toledo, S., Roy, E. y Cols. (2010). Los años formativos. Desarrollo e intervención oportuna en los primeros cinco años de vida. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su familia. División Neonatología del Hospital Materno infantil Ramón Sardá.

Shalini, A. (2020). Effect Of Parenting Style On Children's Cognitive Development. *Studies in Indian Place Names*, 40 (1), 1558-1566.

Schorn, M. (2013). *Vínculos y discapacidad. Al encuentro de la persona con déficit, sus padres y los docentes*. Lugar Editorial.

Schorn, M. (2004). *Discapacidad. Una mirada distinta, una escucha diferente.* Lugar Editorial.

Schorn, M. (2003). *La capacidad en la discapacidad. Sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo*. Lugar Editorial.

Spitz, R. (1965). *El primer año de vida.* Editorial Fondo de Cultura.

Weinberg, K., Tronick, E.Z., E. Cohn, J., Olson, K. (1999). *Gender differences in emotional expressivity and self regulation during early infancy.* Developmental Psychology, Vol. 35.

Winnicott, D. (1962). *La integración del yo en el desarrollo del niño.* Descargado de: http://www.psicoanalisis.org/winnicott

Winnicott, D. (1993). *Realidad y juego*. Ed. Gedisa.

Síndrome de Burnout, Afrontamiento y Estilo Personal del Terapeuta en psicólogos clínicos del AMBA Burnout Syndrome, Coping and Personal Style of the Therapist in clinical psychologists of the AMBA

Diego Argentino* **, Marcelo R. Ceberio** y Angel Elgier**

*Colegio de Psicólogos de la Pcia. De Bs. As. Distrito XIII

**Universidad de Flores

Resumen

El objetivo de esta investigación ha sido analizar la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y el Síndrome de Burnout entre los psicólogos clínicos de la muestra. Para ello, se encuestó a 235 psicólogos clínicos del AMBA y se le administró el MBI HHSS (Maslach Burnout Inventory Human Services), el EPT-C (Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta) y la (COPE) Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento en la versión castellana de Crespo y Cruzado (1997). En primer lugar, se pudo observar que el 8.1% de los encuestados padecían Burnout de acuerdo a los puntos de corte establecidos por Neira (2004). En segundo término, se han encontrado cuarenta y siete correlaciones significativas entre estas dimensiones, por lo que se puede concluir que las cuatro variables principales estudiadas se encuentran

íntimamente relacionadas, influyendo mutuamente entre sí. Además, se encontraron veintidós correlaciones entre estas dimensiones y algunas variables sociolaborales. La información relevada por la presente investigación, resulta para la formación de grado y posgrado de esta población ya que contribuiría en la prevención de este Síndrome a través de la modificación en las pautas de interacción con sus pacientes.

Palabras clave: Estilo Personal del Terapeuta, Burnout, Afrontamiento, Psicólogos Clínicos, terapeutas

Abstract

The goal of this research was to analyze the relationship between Therapist Personal Style, Coping Styles and Strategies and Burnout Syndrome among the clinical psychologists. In order to achieve this goal, 235 clinical psychologists from the AMBA (Argentina) were surveyed and administered the MBI HHSS (Maslach Burnout Inventory Human Services), the EPT-C (Therapist Personal Style Questionnaire) and the (COPE) Multidimensional Scale for the Evaluation of General Coping Styles in the Spanish version of Crespo and Cruzado (1997). First, it could be observed that 8.1% of the respondents suffered from Burnout according to the cut-off points established by Neira (2004). Second, forty-seven significant correlations were found between these dimensions, so it can be concluded that the four main variables studied are closely related, mutually influencing each other. In addition, twenty-two correlations were found between these dimensions and some socio-labor variables. The information gathered by the present research is useful for the undergraduate and graduate training of this population since it would contribute to the prevention of this syndrome through the modification of the interaction patterns with their patients.

Keywords: Therapist Personal Style, Coping, Burnout, Clinical Psychologists, Counselors

Introducción

La tarea realizada por los psicólogos clínicos, conlleva algunas variables que influyen directamente en la salud de los profesionales e indirectamente en los pacientes que reciben este servicio. En la presente investigación se profundizará sobre tres fenómenos que influyen

directamente en el trabajo psicoterapéutico: El Estilo Personal del Terapeuta (EPT), el Síndrome de Burnout, y los Estilos y Estrategias de Afrontamiento que utiliza frecuentemente. Respecto del primero de estos conceptos, Corbella y Fernández Álvarez, (2006) describen al EPT como las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser. También afirman que, por tratarse de un Estilo, aunque pueda sufrir pequeñas modificaciones, el EPT tiende a permanecer estable en el tiempo y dirige gran parte de las conductas del profesional respecto de su práctica clínica (García y Fernandez-Alvarez, 2007).

En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los psicoterapeutas, diversos estudios entre los que se encuentran Deutsch (1984); Cushway y Tyler (1994); Murtagh y Wollersheim (1997); Sherman y Thelen (1998); Stevanovic y Rupert (2004); Colao-Vitolo, (2006); Gerber y Hoelson, (2011); Sciberras y Pilkington (2018) han observado la tendencia hacia el uso del apoyo social y la supervisión como forma de combatir el estrés del trabajo clínico por un lado, y por otro, correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y el Síndrome de Burnout entre otra variables. Rodríguez Marín, (1995) y Gil-Monte y Peiró (1997) por ejemplo, coincidirán en entender al *burnout* como una respuesta al estrés laboral cuando las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto fracasan o son insuficientes.

Respecto del segundo constructo a investigar, Rao y Mehrotra (1998) plantean que el síndrome del *burnout* (SBO) puede afectar a los psicólogos, ya que es una población de riesgo por las características de su tarea asistencial. Cuando un psicoterapeuta sufre SBO, padece síntomas muy variados que interfieren negativamente en su trabajo, salud y vida personal. Los pioneros en la literatura del Afrontamiento son Lazarus y Folkman (1984, 1986), quienes afirman que esta variable regula las reacciones emocionales de quienes se encuentran ante situaciones de estrés. Un tiempo después, Crespo y Cruzado (1997) sostienen que los Estilos de Afrontamiento adaptativos se correlacionan con un nivel de estrés menor que si los Estilos de Afrontamiento utilizados corresponden con los Estilos de Afrontamiento desadaptativos.

A la luz de los estudios presentados, es interesante inferir algún punto de intersección entre el EPT y los Estilos de Afrontamiento que puede usar un psicólogo clínico. Carver y Scheier (1994), conceptualizaron distintos Estilos de Afrontamiento como predisposiciones personales utilizadas para enfrentar diversas situaciones estresantes y van a disponer el uso

de ciertas Estrategias de Afrontamiento, así como la estabilidad temporal y situacional de las mismas. En el mismo trabajo, los autores, diferencian entre un Afrontamiento situacional, que puede variar según su entorno y el disposicional, a partir del cual las personas desarrollan estilos conductuales habituales para enfrentar situaciones estresantes.

Dado que esta disposición a utilizar algunos estilos y estrategias por parte del psicólogo, tiende a tener alguna estabilidad temporal y que el Estilo Personal del Terapeuta comparte estas características, resulta interesante averiguar si existe cierta correlación entre algunas de las dimensiones del EPT y las diferentes formas de afrontamiento. Asimismo, esta estabilidad del Afrontamiento disposicional, hace posible que un Estilo de Afrontamiento desadaptativo se asocia a altos niveles de estrés crónico laboral, también llamado Síndrome de Burnout. Carlin y de los Fayos (2010) diferencian al SBO en dos variantes: SBO estado y SBO proceso. De ese modo, podemos ver una dimensión estática de este concepto asociada a un estado final que es medido para conocer su estado, y una dimensión procesual del SBO, que se produce en diferentes etapas de desarrollo, acompañadas de determinados mecanismos de afrontamiento al estrés.

La presente investigación se ha propuesto determinar de qué manera se interrelacionan las diferentes dimensiones del SBO, Estilos y Estrategias de Afrontamiento y EPT.

Marco Teórico

Moreno-Jiménez et al., (2005), afirman que todos los autores señalan a Freudenberger como quien acuñó el término de Burnout de una manera formal, pudiéndose definir como "el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás" (Freudenberger, 1974). Según Schaufeli y Buunk (2003), Freudenberger utilizó esa denominación para referirse al estado en el que quedaban los profesionales que trabajaban con él en la New York Free Clinic. Observaba que en un principio, los trabajadores eran entusiastas e idealistas, se comprometían con el trabajo y los pacientes. Pero al cabo de uno a tres años esta energía y motivación disminuía, al mismo tiempo que aumentaba la distancia y frialdad para con los internos.

En un principio, tanto Freudenberger como Maslach investigaban el SBO exclusivamente en el personal asistencial. En sus primeras formulaciones, Maslach (1976) definía inicialmente

el burnout como “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo”. Estos lineamientos dieron lugar al MBI-HSS, primer cuestionario sistemático para evaluar el síndrome, que se centraba inicialmente en el estudio de profesiones asistenciales, especialmente las sanitarias, (Maslach y Jackson, 1981). Desde ese momento el constructo presentó 3 dimensiones: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización Personal. Los ítems de la primera dimensión, evalúan la fatiga del profesional y su falta de deseo de realizar las tareas asistenciales, mientras que la segunda se refiere a un trato despersonalizado que el trabajador puede tener con sus pacientes, tomando alguna distancia como forma de tomar distancia del stress y las emociones displacenteras. En el caso de la Realización Personal, se mide la sensación que tiene el trabajador acerca de lo útil y significativo que le resulta su labor. Posteriormente Maslach y Leiter (1997) investigaron las variables organizacionales que contribuyen a desarrollar Burnout. Enumeraron seis áreas principales, las cuales son: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad, y valores.

Respecto del Estilo Personal del Terapeuta, puede ser definido como “el conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto de psicoterapia, modelando los atributos fundamentales de dicho acto”, y que está constituido por las condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su desempeño profesional (Fernández-Álvarez y García, 1996; Fernández-Álvarez et al., 2003); influye en la marcha de cada proceso terapéutico, e incide sobre los resultados de las acciones terapéuticas, aunque en diferente grado según el tipo de paciente, la patología y el contexto de aplicación específico (García y Fernandez-Alvarez, 2007). El estilo terapéutico es la manera personal que un terapeuta conduce e inocula el modelo de psicoterapia que se ve influenciado por dos variables: las personales, tales como historia, ciclo evolutivo, ideología y las contextuales, como lugar de atención, persona del paciente, problema o trastorno que trata, tipo de terapia grupal, familiar, de pareja.

El EPT es un constructo multidimensional, conformado por un conjunto de dimensiones (Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucrativa, Fernández-Álvarez, 1998). Cada dimensión se encuentra en un continuo bipolar. Estas funciones, en la práctica, se llevan a cabo de manera integrada, y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en su ejercicio profesional. Por tratarse de un Estilo, el

EPT tiende a permanecer estable en el tiempo, aunque pueda sufrir pequeñas modificaciones como resultado del entrenamiento recibido, de cambios en las condiciones de trabajo, cambios evolutivos o circunstancias vitales del terapeuta (García y Fernández-Alvarez, 2007).

El Afrontamiento es una variable vastamente estudiada en la literatura científica. A pesar de eso, no existe acuerdo en cuanto a los conceptos, las formas de evaluación y los resultados de las investigaciones (Monat y Lazarus, 1985; Roberts et al., 1987; Aldwin y Levenson, 1994; Snyder, 1999). Pese a que aún no se lo denominaba Afrontamiento, la Psicología ha estudiado desde hace mucho tiempo la forma en la que una persona intenta manejar los sucesos estresantes.

El enfoque psicoanalítico aportó el concepto de mecanismos de defensa, el cual tiene algunas similitudes y diferencias respecto del concepto de Afrontamiento. Quizá el solapamiento entre ellos se deba a que las Estrategias de Afrontamiento se apoyan en el concepto de mecanismos de defensa como antecedente, ya que el enfoque teórico que desarrolló los mecanismos de defensa ha sido el psicoanálisis desde sus inicios; en cambio las Estrategias y Estilos de Afrontamiento fueron desarrollados por el enfoque cognitivo conductual medio siglo más tarde.

Respecto de las diferencias entre el afrontamiento y los mecanismos de defensa, varios autores insisten en el hecho de que estos últimos distorsionan la percepción de la realidad como medio para reducir la ansiedad (Haan, 1997; Cramer, 1998). También se subraya el aspecto inconsciente de los mecanismos de defensa (Maldavsky et al., 2005; Cramer, 1998, 2000, 2008; Freud 1959), en contraste con el aspecto consciente, esforzado e intencional de las Estrategias de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Cramer, 1998, 2000, 2008). Por esa razón, la observación del afrontamiento se realiza habitualmente a través de autoinformes, lo cual se centra exclusivamente en la conducta consciente, mientras que los mecanismos de defensa suelen ser observados por el analista debido a su carácter inconsciente.

Por otro lado, varios autores afirman que existen algunas similitudes entre ambos conceptos. Cramer (1998) explica que estos conceptos: a) Se activan en momentos de adversidad y estrés; b) Reducen el incremento de emociones negativas; c) Apuntan a lograr la adaptación. Snyder (1999) señala que el término Afrontamiento se introdujo por primera vez como categoría separada en Psychological Abstracts en 1967. Lazarus y Folkman (1986), afirman que entre 1940 y 1960, el afrontamiento fue concebido exclusivamente como un concepto organizativo

en la evaluación clínica. Recién en los años ochenta, se fue constituyendo en el centro de todo un grupo de psicoterapias y programas educativos que tenían como objetivo desarrollar recursos adaptativos de las personas.

Para Carver y Scheier (1994), existen dos aspectos del Afrontamiento. El situacional, en el que el Afrontamiento puede variar de un momento a otro según su entorno, y el disposicional, a partir del cual las personas, en base a situaciones estresantes que experimentan, desarrollan Estilos conductuales habituales para enfrentarlas y que pueden ser utilizados ante situaciones nuevas. Esta diferenciación entre los Estilos y las Estrategias de Afrontamiento podría aportar información importante que debería ser tomada en cuenta a la hora de realizar alguna intervención psicoterapéutica.

Crespo y Cruzado (1997) realizaron su versión castellana del COPE, la cual fue utilizada en la presente investigación. Si bien continúa utilizando 15 escalas, las mismas son reagrupadas en 6 Estrategias debido a cómo se comportaron estadísticamente en la validación realizada en España. El Estilo de Afrontamiento de Consumo de Alcohol y Drogas incluye la Estrategia de consumo de Alcohol o Drogas. Asimismo, el Estilo de Afrontamiento Cognitivo del Problema implica las Estrategias de Aceptación, Humor, Resignificación Positiva y Refrenar el Afrontamiento. Por otro lado, el Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema conlleva las Estrategias de Crecimiento Personal, Planificación y Afrontamiento Activo y Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento. En cuanto al Estilo de Afrontamiento de Escape Cognitivo, contiene las Estrategias de Negación, de Afrontamiento Religioso y de Evitación. A su vez el Estilo de Afrontamiento Emocional comprende las Estrategias de Búsqueda de Apoyo Emocional y la de Centrarse en Emociones y Desahogarse. Del mismo modo el Estilo de Afrontamiento de Escape Conductual incluye las Estrategias de Actividades Distractoras y la de Concentrarse en Solucionar la Situación.

Método

El presente estudio es cuantitativo correlacional, no experimental, con diseño transversal. Se compararon los valores de los cuestionarios MBI HHSS con los de EPT-C y COPE para analizar la relación entre las diferentes variables de cada constructo, aunque no se pueda precisar causalidad alguna (Sampieri et al., 1991). Las variables que se buscaron controlar

fueron las tres dimensiones del SBO, el nivel de SBO global, las cinco dimensiones del EPT y los diferentes Estilos y Estrategias de Afrontamiento. El método de control, fue estadístico inferencial.

Se utilizó una muestra de 235 psicólogos clínicos que atienden pacientes en AMBA. La recolección de datos se realizó a través del servidor de encuestas *surveymonkey*.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por un 82.6% (*n* = 194) personas de género femenino y el 17.4% (*n* = 41) personas de género masculino. Respecto del análisis de confiabilidad, la mayoría de las subescalas en su consistencia interna osciló entre valores moderados y buenos. No obstante, tres subescalas del inventario COPE presentaron coeficientes bajos o muy bajos, menores a 5 (subescalas RA, ADS, y E). Todos los puntajes brutos mostraron una distribución que se apartó significativamente de un modelo normal, *ps*< .02, con excepción de RP del MBI y Exp del EPT-C.

A)Variables sociolaborales y las variables relacionadas al síndrome de burnout

Para determinar la presencia del síndrome de *burnout* en esta muestra de trabajadores se utilizaron las puntuaciones propuestas por Neira (2004) como puntos de corte para este grupo de profesionales: puntajes mayores a 20 en CE, mayores a 5 DES, e inferiores a 34 en RP. De este modo, se consideró que un sujeto presentó *burnout* cuando cumpliese con estos tres criterios. En esta muestra, se observó que un 44.3% se situó por encima del punto de corte en CE (*n* = 104), un 27.7% lo hizo en DES (*n* = 65), mientras que un 23.8% se encontró por debajo del punto de corte en RP (*n* = 56). Al considerar la presencia o ausencia de burnout en función de las tres subescalas, se halló que un 8.1% (*n* = 19) de sujetos presentan signos del síndrome en las tres dimensiones (ver Tabla I).

Tabla I

Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de sujetos por encim debajo del punto de corte para las subescalas del MBI y el criterio de presencia burnout.

		N	*%*
CE	No	131	55.7

	Si	104	44.3
DES	No	170	72.3
	Si	65	27.7
RP	No	179	76.2
	Si	56	23.8
Burnout	No	216	91.9
	Si	19	8.1

Nota: MBI: Maslach Burnout Inventory, CE: Cansancio Emocional, DES: Despersonalización, RP: Realización Personal.

En primer lugar, se exploraron las correlaciones entre la edad de los participantes y sus puntuaciones en las variables concernientes al nivel de *burnout*. Se halló que los sujetos más jóvenes tendieron a presentar valores superiores de CE y DES, y valores menores en RP. Esto se observó en la estadística a partir de las correlaciones analizadas entre Edad y CE, $r_s = -.208$, $p < .01$, Edad y DES, $r_s = -.156$, $p < .02$, y Edad y RP, $r_s = .157$, $p < .02$. En cambio, no se hallaron correlaciones significativas entre género ni orientación teórica con burnout.

B)Variables sociolaborales y Estilo personal del terapeuta

Al analizarse las correlaciones entre la edad del terapeuta y sus Estilos terapéuticos evaluados con el EPT, se halló que los sujetos más jóvenes tendieron a presentar un Estilo más involucrado con sus pacientes, $r_s = -.142$, $p < .03$, y tendieron a presentar un Estilo menos expresivo, $r_s = .132$, $p < .05$. Cabe señalar que ambas correlaciones resultaron leves. El resto de las correlaciones no arribaron a la significación estadística, $ps > .09$. En relación a la variable sexo, se halló que, las mujeres en comparación con los hombres, presentaron un Estilo menos expresivo, $t(233) = -2.424$, $p < .02$, y menos operativo $t(233) = -2.664$, $p < .01$ (ver Gráfico II).

Gráfico II

C) Variables sociolaborales y Afrontamiento

Cuando se analizaron las asociaciones entre la variable edad y las Estrategias de Afrontamiento, se halló que covarió negativamente con Cad, r_s= -.152, p< .001 y positivamente con Reli, r_s = .225, p< .001; con AEA, r_s = .209, p< .001. (ver Tabla III).

Tabla III

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre Estrategias de Afrontamiento del COPE y edad. *: p< .05.*

	Coeficiente de	**Sig. (bilateral) correlación**
BAS	-,107	,101
RELI	,225	,001
HUM	,044	,501
CAD	-,152	,020
PAA	,092	,158
AEA	,209	,001
CED	-,014	,834
ACEP	-,003	,969
NEG	,100	,128
RA	,183	,005
CESS	,047	,473
CP	,051	,437
REinP	,083	,206

ADS	-,050	,449
EVA	-,018	,789

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia), CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo
Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP:
Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Por otro lado, al analizar las asociaciones entre la variable edad y los Estilos de Afrontamiento, se covarió negativamente con Cad,r_s = -.152, p< .001 y positivamente con AconP, r_s = .174, p< .008; con Ecog, r_s = .148, p< .02. (ver Tabla IV).

Tabla IV

Matriz de correlaciones Rho de Spearman ent los Estilos de Afrontamiento del COPE y edad p< .05.

	Coeficiente d correlación	Sig. (bilatera
Edad	1,000	.
AConP	,174	,008

ACogP	,103	,115
ECog	,148	,023
AEmo	-,092	,162
ECond	,015	,822
CADro	-,152	,020

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual.

Luego, al analizar las asociaciones entre la variable género y los Estilos de Afrontamiento, ser varón covarió positivamente con Cad. (ver Tabla V).

Tabla V

Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre los

	Sexo	N	Media
AConP	1 Femenino	194	29,7371
	2 Masculino	41	29,8049
ACogP	1 Femenino	194	38,7010
	2 Masculino	41	41,0732
ECog	1 Femenino	194	17,5825
	2 Masculino	41	17,5854
AEmo	1 Femenino	194	34,1598
	2 Masculino	41	32,5366

ECond	1 Femenino	194	19,0206	*Estilos de Afrontamiento del COPE y sexo. *: p< .0*
	2 Masculino	41	18,6585	
CADro	1 Femenino	194	4,5876	
	2 Masculino	41	5,1707	

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, ECog:
Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual.

Por último, ser varón solo obtuvo correlación significativa con la Estrategia de Afrontamiento Cad. (ver Tabla VI).

Tabla VI

	Sexo	N	Media
BAS	1 Femenino	194	24,5876
	2 Masculino	41	22,8537
RELI	1 Femenino	194	6,6856
	2 Masculino	41	6,8780
HUM	1 Femenino	194	9,0206
	2 Masculino	41	10,0244
CAD	1 Femenino	194	4,5876

	2 Masculino	41	5,1707
PAA	1 Femenino	194	18,2680
	2 Masculino	41	18,3415
AEA	1 Femenino	194	4,4278
	2 Masculino	41	4,6829
CED	1 Femenino	194	9,5722
	2 Masculino	41	9,6829

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman en las Estrategias de Afrontamiento del COPE sexo. *: p< .05.*

ACEP	1 Femenino	194	10,5309
	2 Masculino	41	11,1951
NEG	1 Femenino	194	4,9536
	2 Masculino	41	5,0976
RA	1 Femenino	194	9,9227
	2 Masculino	41	10,5122
CESS	1 Femenino	194	11,3454
	2 Masculino	41	11,2439
CP	1 Femenino	194	7,0412
	2 Masculino	41	6,7805
REinP	1 Femenino	194	9,2268
	2 Masculino	41	9,3415
ADS	1 Femenino	194	7,6753
	2 Masculino	41	7,4146
EVA	1 Femenino	194	5,9433
	2 Masculino	41	5,6098

Nota: ACEP: Aceptación,AcogP: AfrontamientoCognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductualdel Problema, ADS:Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia),CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento

Personal, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA:

Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

D)Asociaciones entre las variables relacionadas al síndrome de burnout y las Estrategias y Estilos de Afrontamiento

Con el fin de abordar el objetivo específico de esta tesis relativo a las asociaciones entre los valores de burnout y las Estrategias de Afrontamiento de los sujetos de la muestra, se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman entre las distintas subescalas de los instrumentos. La matriz de correlaciones se expone en la Tabla VII. Se halló que el CE presentó correlaciones leves pero significativas en sentido directo con CAD, rs = .230, p< .001, CES, rs = .180, p< .01, y N, rs = .203, p< .01. También el CE mostró correlaciones inversas significativas, específicamente con CP, rs= -.270,p< .001. En relación a la despersonalización que reportaron los sujetos, se halló que la subescala DES covarió positivamente con CAD, rs=.169, p < .01, y negativamente con CP, rs=-.192, p < .01. Finalmente, se observó que distintas variables relativas a las Estrategias de Afrontamiento correlacionaron de modo directo leve con la realización personal reportada por los encuestados. Específicamente, RP covarió de este modo con BAS,rs = .167, p< .02; RELI, rs= .144, p< .03; PAA, rs= .326, p< .001; A, rs= .241, p< .001; CESS, rs= .237, p< .001; CP, rs= 38.7, p< .001;y Rpos, rs= .289, p< .001. En cambio, RP presentó correlaciones inversas con AEA, rs = -.190, p< .01; y N, rs= -.143,p< .03.

Tabla VII

Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MBI y COPE. *: p< .

		BAS	RELIH	CAD	PAA	AEA	CED	ACEPNEG	RA	CESSCP	Rpos
CE	rs	.001	.011	-.009	.230	-.122	.113	.180	-.092	.203	.098	.045	-.270	-.116
	p	.987	.866	.888	<.001	.061	.085	.006*	.159	.002*	.133	.492	<.001	.076
DES	rs	-.053	.033	.048	.169	-.089	.124	.079	-.003	.107	.019	-.009	-.192	-.054
	p	.422	.617	.466	.009*	.172	.059	.225	.969	.102	.775	.892	.003*	.410

RP	rs	.167	.144	.107	-.050	.326	-.190	-.020	.241	-.143	.032	.237	.387	.289
	p	.010*	.027*	.101	.445		<.001	.004*	.758	<.001	.028*	.629	<.001	<.001	<.001

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia),CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CE: Cansancio Emocional, CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, DES: Despersonalización, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Al realizarse las correlaciones entre las dimensiones del MBI y los puntajes brutos del COPE relativos a los Estilos de Afrontamiento, se hallaron distintas correlaciones significativas, en su mayoría leves. Por un lado, se observó que CE covarió negativamente con AConP, rs= -.212, p< .001, y positivamente con ECog, rs= .189, p< .01, y CADro, rs= .230, p< .001. Además, DES correlacionó negativamente con AConP, rs= -.152, p< .02, y positivamente con ECog, rs= .158, p< .02, y CADro, rs= .169, p< .01. Finalmente, los puntajes de RP presentaron covariaciones directas con AConP, rs= .420, p< .001, ACogP, rs= .219, p< .001, AEmo, rs= .129, p< .05, y una covariación inversa con ECond, rs= -.180, p< .01. (ver Tabla VIII).

Tabla VIII

Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MBI y los Estilos Afrontamiento del COPE. *: p< .05.

		AConP	ACogP	ECog	AEmo	ECond	CADro
CE	rs	-.212	-.027	.189	.051	.050	.230
	P	.001*	.678	.004*	.438	.442	<.001*
DES	rs	-.152*	.031	.158	-.024	.043	.169
	P	.019	.640	.015*	.710	.511	.009*
RP	rs	.420	.219	.025	.129	-.180*	-.050
	P	<.001*	.001*	.702	.048*	.006*	.445

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CE: Cansancio Emocional, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, DES: Despersonalización, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, MBI: Maslach Burnout Inventory, **CEDESRP**

e) Asociaciones entre las variables relacionadas al síndrome de burnout y el Estilo personal del terapeuta

Por último, en la Tabla IX se puede observar la matriz de correlaciones entre las subescalas del MBI y las subescalas del EPT-C. El CE mostró covariaciones leves positivas pero significativas con el Estilo At, r_s= .169, p < .001, y el Estilo Op,r_s = .153, p< .02. Por su parte, los niveles de DES correlacionaron, también de modo directo y leve, con los de At, r_s= .256, p< .001, y Op, r_s= .254, p< .001. Finalmente, RP presentó una correlación inversa y leve con At, r_s = -.189, p < .01, y de forma directa con el Estilo terapéutico Exp, r_s= .237, p< .001.

Tabla II

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MB EPT-C. *: p< .05.*

	At	**Exp**	**Ins**	**Inv**	**Op**

CE	r_s	.169	-.009	.002	.114	.153
	P	.009*	.885	.970	.080	.019*
DES	r_s	.256	.043	.006	-.028	.254
	P	<.001*	.514	.923	.667	<.001*
RP	r_s	-.189	.237	-.005	.041	-.118
	P	.004*	<.001*	.935	.532	.070

Nota: At: Dimensión Atencional, CE: Cansancio Emocional, DES: Despersonalización, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, MBI: Maslach Burnout Inventory, Op: Dimensión Operativa, RP: Realización Personal.

F) Asociaciones entre las variables relacionadas a las Estrategias y Estilos de Afrontamiento y el Estilo personal del terapeuta

El Estilo terapéutico At presentó una covarió negativamente de forma leve con H, r_s= -.129, p< .05. Por su parte, el Estilo Exp presentó correlaciones positivas y leves con BAS, r_s= .207, p< .001; RELI, r_s= .214, p< .001; CAD, r_s= .135, p< .04; PAA, r_s= .293, p< .001; CED, r_s= .207, p< .001; ACEP, r_s = .199, p< .001; CESS, r_s = .137, p< .04; r_s= RA, .130, p < .05; y Rpos, r_s= .219,p< .001. No se observó ninguna covarición entre los Estilos Ins y Op con ninguna de las Estrategias de Afrontamiento, mientras el Estilo Inv mostró una covariación negativa, leve pero significativa con AEA, r_s= -.191, p< .01 (ver Tabla X).

Tabla III

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del COP EPT-C. *: p< .05.*

		At	**Exp**	**Ins**	**Inv**	**Op**
BAS	r_s	-.029	.207	-.055	-.005	-.061

p	.655	.001*	.401	.940	.353

		r_s							
	RELI	.006	.214	.002	-.044	.125	*p*	.922	.001*	.973
								.500	.055	
H		r_s	-.129	.105	-.098	-.104			-.018	
		p	.048*	.107	.135	.111			.779	
	CAD	r_s	.003	.135	-.127	.116	.062	*p*	.959	.038*
							.052	.075	.343	
	PAA	r_s	-.012	.293	-.041	.072	.078	*p*	.854	<.001*
							.530	.274	.233	
	AEA	r_s	.087	.002	-.098	-.191	.107	*p*	.183	.981
							.133	.003*	.100	
	CED	r_s	-.005	.207	-.004	.001	.014	*p*	.944	.001*
							.951	.984	.827	
ACEP		r_s	-.068	.199	-.067	-.054			-.035	
		p	.298	.002*	.308	.408			.594	
	N	r_s	.086	.003	-.011	-.041	.061	*p*	.190	.962
							.865	.533	.353	
RA		r_s	-.106	.134	-.014	-.170			-.042	
		p	.105	.041*	.827	.009			.526	
CESS		r_s	-.092	.137	-.049	-.004			-.029	
		p	.161	.036*	.457	.956			.662	
CP		r_s	-.062	.101	-.014	-.117			-.035	
		p	.342	.121	.830	.073			.593	

Rpos	r_s	-.106	.219	.033	-.065	-.010
	p	.106	.001*	.615	.322	.874

Nota: ACEP: Aceptación, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia),CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, DES: Despersonalización, E: Evitación, EPT-C:
Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Cuando se analizaron las asociaciones entre el Estilo personal del terapeuta y las Estrategias de Afrontamiento, se halló que el Estilo Atencional covarió negativamente con ACogP,r_s = -.149, p< .03. Por su parte, el Estilo Expresivo correlacionó positivamente con AConP, r_s = .250, p< .001; con ACogP, r_s = .208, p< .001; con ECog, r_s = .174, p< .01, con AEmo, r_s = .231, p< .001; y con CADro, r_s = .135, p< .04. El Estilo Instruccional correlacionó negativamente con ACogP, r_s = -.158, p< .02. No se detectaron asociaciones significativas entre los Estilos Instruccional y Operativo con ninguno de los Estilos de Afrontamiento (ver Tabla XI).

Tabla XI

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre los puntajes totales de Estilos de Afrontamie del COPE y EPT. *: p< .05.*

ACogP		-.149	.208	-.053	-.158	-.023
ECog	r_s	.018	.174	-.003	-.074	.102
AEmo	r_s	-.040	.231	-.043	-.012	-.063
Econd	r_s	.087	-.076	.017	.022	.031
CADro	r_s	.003	.135	-.127	.116	.062
BAS	*rs*	-.029	.207	-.055	-.005	-.061
RELI	*rs*	.006	.214	.002	-.044	.125
H	*rs*	-.129	.105	-.098	-.104	-.018
CAD	*rs*	.003	.135	-.127	.116	.062
PAA	*rs*	-.012	.293	-.041	.072	.078
AEA	*rs*	.087	.002	-.098	-.191	.107
CED	*rs*	-.005	.207	-.004	.001	.014
ACEP	*rs*	-.068	.199	-.067	-.054	-.035
N	*rs*	.086	.003	-.011	-.041	.061
RA	*rs*	-.106	.134	-.014	-.170	-.042
CESS	*rs*	-.092	.137	-.049	-.004	-.029
CP	*rs*	-.062	.101	-.014	-.117	-.035
Rpos	*rs*	-.106	.219	.033	-.065	-.010
			Atencional	**Expresiva**	**Instruccional**	**Involucración Operativa**
AConP	r_s	-.050	.250	.000	.092	.026

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, DES:

Despersonalización, ECond: Escape Conductual, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, Op: Dimensión Operativa, RP: Realización Personal.

Discusión y conclusiones

Sin lugar a dudas, se ha alcanzado satisfactoriamente el objetivo general de la presente investigación, el cual ha sido analizar la relación entre las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

En relación con los diferentes objetivos específicos, se puede afirmar que se los ha ido cumpliendo satisfactoriamente, ya que se ha medido el nivel del SBO de este grupo de psicólogos clínicos, observando que el 8.1% de los encuestados padecían esta problemática. Por otro lado, se ha observado que existen variadas correlaciones entre las dimensiones de estas variables estudiadas y se han comparado los resultados entre psicólogos y psicólogas de la muestra, observando que no existen diferencias significativas respecto de los casos de burnout, aunque las mujeres conformen una enorme mayoría, alcanzando el 82.6% de la muestra.

Se han podido confirmar las tres hipótesis de la investigación, ya que, tal como se sospechaba, se encontraron correlaciones entre diversas dimensiones del Síndrome de Burnout, del EPT y las diferentes Estrategias y Estilos de Afrontamiento del Estrés. De hecho, se han encontrado cuarenta y siete correlaciones significativas entre estas dimensiones, por lo que se puede concluir que las cuatro variables principales estudiadas se encuentran íntimamente relacionadas, influyendo mutuamente entre sí. Además, se encontraron veintidós correlaciones entre estas dimensiones y algunas variables sociolaborales.

En base a los resultados obtenidos, es factible considerar que algunas variables podrían considerarse factores protectores y algunos factores de riesgo del SBO. Entre los factores de riesgo, tres variables correlacionaron positivamente con CE y DES y Negativamente con RP, ellas son: Estilo Atencional (focalizado) y los Estilos de Afrontamiento denominados Escape Cognitivo y Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo). Otra estrategia íntimamente relacionada

con el Síndrome de Burnout es la negación, que presenta covariación positiva con Cansancio Emocional y negativa con Realización Personal. Algo similar sucede con el Estilo Operativo, que mantiene covariaciones positivas tanto con Cansancio Emocional como con Despersonalización. Si bien no tiene relación con las tres dimensiones del concepto, se la encuentra altamente relacionada con la presencia del síndrome.

Con respecto a los factores protectores, se encontraron tres variables que correlacionaron negativamente con CE y DES y positivamente con RP: Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema y la Estrategia Crecimiento Personal y edad. Se puede concluir que las acciones preventivas deberían dirigirse especialmente a los psicoterapeutas jóvenes y a quienes utilicen como Estrategia de Afrontamiento y el consumo de drogas y alcohol y el Estilo de Afrontamiento Escape Cognitivo; también los que usen como Estrategia de Afrontamiento el Crecimiento Personal y el Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema, y quienes utilicen un Estilo focalizado.

En cambio, se puede inferir que el hecho de atender pacientes con consumo problemático de sustancias no constituye para los psicólogos estudiados, un factor que predisponga por sí mismo, al aumento de ninguna de las dimensiones del Síndrome de Burnout. De esta forma se cuestiona el mito tantas veces escuchado en que afirma que este tipo de tarea “nos quema y deteriora”. Sin embargo, es posible que haya algunas otras variables organizacionales que puedan explicar mejor la razón de esta sensación de encontrarse agotado.

Otra conclusión posible consiste en que la confluencia simultánea de las variables Realización Personal, edad, Estilo Expresivo, Búsqueda de Apoyo Emocional, Afrontamiento Religioso, Planificación y Afrontamiento Activo, Realización Personal, Afrontamiento Emocional, Afrontamiento Cognitivo del Problema y Afrontamiento Conductual del Problema protege del SBO, ya que ninguna de ellas presenta covariación con CE y DES.

Respecto de las posibles aplicaciones de la investigación, la información aportada complementa estudios realizados con anterioridad y brinda orientaciones fundamentadas empíricamente para poder llevar adelante capacitaciones que tiendan a prevenir el síndrome de burnout entre los psicólogos clínicos. La difusión de la información recogida a los psicoterapeutas graduados y estudiantes de grado, puede resultar de utilidad en la toma de decisiones sobre su forma de trabajo y su calidad de vida.

Referencias

Aldwin, C. M., & Levenson, M. R. (1994). Aging and personality assessment. *Annual review of gerontology and geriatrics*, *14*(1), 182-209.

Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de Psicología, 26(1), 169-180.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, *66*(1), 184.

Colao-Vitolo, N. (2006). *Coping and bereaved psychologists: Impact on the psychotherapy process*. California Institute of Integral Studies.

Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference?. *Journal of Personality*, 66 (6), 919-946.

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, *55*(6), 637.

Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.

Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.

Cushway, D., & Tyler, P. A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10(1), 35-42.

Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. P*rofessional Psychology: Research and Practice*, 15(6), , 833-845.

Fernández-Álvarez, H. (1996). Características personales del psicoterapeuta. Colección de trabajos distinguidos. *Serie Psiquiatría*, 1(4), 141-142.

Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella-Santomá, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q.
Clinical Psychology and Psychotherapy, 10, 116-125. doi: 10.1002/ cpp.358

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of social Issues*, 30, 159-165.

García, F. & Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal

del Terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(II), 121-128.

García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* , *16* (2), 121-128.

Gerber, O., & Hoelson, C. N. (2011). Curiosity and coping with uncertainty among psychologists-in-training. *New Voices in Psychology*, *7*(1), 3-18.

Gil-Monte, P. R., y Silla, J. M. P. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Síntesis.

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. P. (1991). *Metodología de la investigación.* Mc Graw-Hill Interamericana Editores.

Lazarus, R.S. (1986). *The psychology of stress and coping*. Hemisphere.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés, valoración y afrontamiento* . Editorial Springer.

Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. M., Buceta, C., ... & Widder, F. (2005). *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*. UCES.

Maslach, C. y Jackson, SE (1981). La medida del agotamiento experimentado. *Diario de comportamiento organizacional* , *2* (2), 99-113.

Maslach, C. (1976). Bumed-out. *Hum behavior*, 5, 16-22.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about Burnout: How organization cause, personal stress and what to do about it San Francisco: Jossey-Bass.

Monat, A., Lazarus, R. S. & Reevy, G. (2007). T*he Praeger handbook on stress and coping.* Praeger/Greenwood.

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa, E. & Morante, M.E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En M. Martínez, (Comp.): *Quemarse en el trabajo (burnout). 11 perspectivas del burnout* (pp. 161-182). Egido Editorial, S.L.

Murtagh, M. P., & Wollersheim, J. P. (1997). Effects of clinical practice on psychologists: Treating depressed clients, perceived stress, and ways of coping. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*(4), 361.

Neira, M. D. C. (2004). *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en los*

profesionales de la salud. Gambacop.

Rao, K., & Mehrotra, S. (1998). Clinical psychologists in India: a time for reflection and action. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 124-35.

Roberts, J. G., Browne, G., Streiner, D., Byrne, C., Brown, B., & Love, B. (1987). Analyses of coping responses and adjustment: stability of conclusions. *Nursing Research*, *36* (2), 94-97.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud.* Síntesis.

Sciberras, A., & Pilkington, L. (2018). The lived experience of psychologists working in mental health services: An exhausting and exasperating journey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(2), 151.

Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional psychology: Research and practice*, *29*(1), 79.

Snyder, C. R. (1999). *Coping: The psychology of what works*. Oxford University Press.

Stevanovic, P. & Rupert, P. A. (2004) Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 41(3), 301-309.

Experiencias de parto: percepción de las usuarias de distintas instituciones del AMBA

Childbirth experience: perception of users from different institutions of the AMBA

Ana Paula Morra* y Silvana Baró**

* Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Bs. As. Distrito XIII

** Universidad de Flores

Resumen

La calidad de la atención durante el parto es un problema de salud pública en todo el mundo, mientras que en algunos lugares se realizan pocas intervenciones que llegan demasiado tarde, en otros, las mujeres reciben demasiadas intervenciones que se realizan demasiado pronto (OPS, 2019). El objetivo del estudio fue identificar la experiencia de las mujeres sobre el proceso de parto y su atención obstétrica en distintas instituciones del AMBA. Método: Se realizó un estudio cualitativo con estrategia narrativa y muestreo por conveniencia. Los instrumentos de recolección utilizados fueron: encuesta sociodemográfica y relato de parto. Resultados: Se analizaron 32 experiencias de parto ocurridas durante el periodo 2017-2022. De los 32 nacimientos, 18 fueron partos vaginales y 14 cesáreas. La mayoría de las mujeres residían en el conurbano bonaerense con su pareja, poseían trabajo remunerado y estudios universitarios. Las intervenciones médicas realizadas con mayor frecuencia fueron la amniotomía y la colocación de oxitocina sintética en suero. En algunos casos la experiencia para las mujeres resultó positiva, destacándose la conformidad, en otros, la experiencia resultó negativa en relación a la atención obstétrica, destacando los sentimientos de decepción, vulnerabilidad y algunas veces temor. Se describieron situaciones donde el equipo de salud realizó intervenciones sin consentimiento de las familias. Discusión: Se observaron diversos aspectos de la atención al parto en la actualidad, apreciando que el entorno adecuado y el acompañamiento individualizado de cada mujer son importantes para la reducción del dolor y del estrés durante el proceso de parto, favoreciendo los procesos fisiológicos.

Palabras claves: psicología perinatal; parto; atención obstétrica; experiencia de parto; violencia obstétrica

Abstract

The quality of care during childbirth is a public health problem worldwide, while in some places few interventions are carried out that arrive too late, in others, women receive too many interventions that are performed too soon (OPS, 2019). The objective of the study was to identify the experience of women about the birth process and their obstetric care in different institutions of the AMBA. Method: A qualitative study with narrative strategy and convenience sampling was carried out. The collection instruments used were: sociodemographic survey and narration of childbirth. Results: 32 childbirth experiences that occurred during the period 2017-2022 were analyzed. Of the 32 births, 18 were vaginal childbirths and 14 cesarean sections. Most of the women resided in the Buenos Aires suburbs with their partner, had paid work and university studies. The most frequently performed medical interventions were amniothymia and the placement of synthetic oxytocin in serum. In some cases, the experience for women was positive, standing out the conformity, in others, the experience was negative in relation to obstetric care, standing out feelings of disappointment, vulnerability and sometimes fear. Situations where the health team carried out interventions without the consent of the families were described.

Discussion: Various aspects of childbirth care were observed at present, appreciating that the appropriate environment and individualized accompaniment of each woman are important for the reduction of pain and stress during the birth process, favoring physiological processes.

Keywords: perinatal psychology; childbirth; obstetric care; childbirth experience; obstetric violence

Delimitación del Objeto de Estudio

La calidad de la atención durante el parto es un problema de salud pública en todo el mundo, actualmente hay más mujeres que tienen sus partos en centros de salud, pero mientras que en

algunos lugares se realizan pocas intervenciones que llegan demasiado tarde, en otros, las mujeres reciben demasiadas intervenciones que se realizan demasiado pronto, así lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2019). En las últimas dos décadas, con la finalidad de mejorar los resultados de salud tanto para las mujeres como para los bebés, se ha producido un aumento en la utilización de distintas prácticas que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico del trabajo de parto, así mismo, la creciente medicalización de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto (OPS, 2019).

El parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, ya que es un momento en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico dispuesto para la impronta y el inicio del vínculo con su hijo/a, por dicho motivo es que los eventos que transcurren durante el mismo y las primeras horas del puerperio puedan quedar grabados en la memoria consciente, tanto si fueron positivos como si fueron traumáticos (Olza Fernández, 2016).

Teniendo en consideración que el parto es un momento de gran vulnerabilidad para la diada es necesario adaptar el modelo de atención del parto y postparto a las necesidades de las madres, recién nacidos, y familias. Incorporar la perspectiva de las mujeres sobre la experiencia del proceso del parto o cesárea es imprescindible para brindar una atención humana y de calidad.

Orientan este estudio, los siguientes interrogantes: ¿Qué experiencias acerca del proceso de parir y su atención tuvieron las mujeres? ¿Cómo influyen el trato recibido, la información brindada y las intervenciones médicas en la experiencia de parto de las mujeres?

Este estudio tuvo por objetivo general identificar la experiencia de las mujeres sobre el proceso de parto y su atención obstétrica en distintas instituciones del AMBA.

Antecedentes

Conocer la percepción y el nivel de satisfacción sobre la experiencia del parto desde la perspectiva de las usuarias ha sido objeto de estudio en diferentes países. Algunos resultados

indican que dar a luz fisiológicamente es una experiencia psicológica intensa y transformadora que genera una sensación de empoderamiento y que los beneficios de este proceso se pueden maximizar a través del apoyo físico, emocional y social para las mujeres, mejorando su creencia en su capacidad para dar a luz y no perturbando la fisiología a menos que sea necesario (Olza Fernández et al, 2018).

Otros estudios remarcan la importancia de la oxitocina endógena para el aumento del bienestar, el alivio del dolor y los efectos antiestrés (Uvnäs Moberg et al., 2015). Como así también, el papel de la oxitocina endógena en la coordinación de los aspectos neuroendocrinos, psicológicos y fisiológicos del trabajo de parto y el parto, resaltando la necesidad del acompañamiento individualizado durante el trabajo de parto, para favorecer la disminución del dolor, el miedo y el estrés (Olza Fernández et al., 2020).

Una investigación llevada a cabo en hospitales públicos de Argentina señala los derechos que son habitualmente violados en la atención obstétrica: derecho a la integridad personal, derecho a la privacidad e intimidad, derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, derecho a estar libre de discriminación. La autora manifiesta que en cada situación de violencia obstétrica se puede detectar la vulneración de más de un derecho (Belli, 2013). En ese sentido, otro estudio concluyó que el miedo a las intervenciones y a la cesión de la jurisdicción sobre el propio cuerpo a desconocidos es uno de los miedos de las madres en la actualidad, sobre todo en aquellas más informadas, que vendría a justificar el miedo a parir en una era de máxima seguridad dentro del parto (Cardús i Font, 2015).

Fundamentación teórica

Los partos fueron institucionalizados con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna y neonatal y dicho objetivo se logró pero cometiendo el error de considerar el nacimiento como una enfermedad y a la embarazada y al recién nacido como pacientes (Rossato, 2018). Al institucionalizarse los partos, el Equipo de Salud pasó a dirigir la toma de decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los

casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinarias (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2010). Además, la institucionalización de los partos fue acompañada de un proceso de infantilización de las mujeres gestantes y de la desvalorización de saberes no médicos, en la cual el proceso de parto fue medicalizado y la toma de decisiones pasó a ser unilateral, lo que se traduce en relaciones profundamente desiguales en el campo de la salud (Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Bs. As., 2021).

El estrés producido durante el parto como consecuencia de un entorno desconocido, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres, lo que produce un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y más efectos adversos en la madre y el niño, dichas intervenciones médicas y sus efectos podrían minimizarse con el apoyo de familiares e incluso del equipo de salud (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2010).

Echeverría (2013) plantea que la psicología perinatal aporta conocimientos y herramientas para ayudar a las familias contemporáneas en los distintos procesos de crecimiento involucrados en todo aquello que rodea (peri) al suceso del nacimiento (natal), partiendo de la psicología de la primera infancia, abarca también el embarazo, el parto, el post parto y el puerperio (Echeverría, 2013). La especificidad y novedad de la perspectiva perinatal es que trabaja simultáneamente con la madre y el niño, haciendo foco en el vínculo entre ellos (Oiberman y Santos, 2015).

En la actualidad se habla de la necesidad de humanizar los partos asistidos en el sistema de salud. Humanizar las prácticas en salud hace referencia a garantizar los derechos de las personas, a establecer un diálogo entre ellos y los profesionales de la salud que posibilite el intercambio de conocimientos, a su vez, un trabajo en equipo del personal de salud en condiciones dignas que contribuya a transformarlos en coadministradores del proceso que comprende sus prácticas (Ministerio de Saúde, 2004 en Baró, 2020).

En las recomendaciones sobre los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (OPS, 2019) se define la experiencia de parto positiva como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Lo cual

incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continúo, estando acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Dicha definición se basa en el supuesto de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas (OPS, 2019).

La soberanía sobre el propio cuerpo es un derecho humano y en ocasiones, la atención en las instituciones de salud puede limitar y restringir la soberanía de las personas gestantes si las prácticas sanitarias no se realizan de manera crítica, reflexionando sobre las prácticas instituidas y cotidianas (Ministerio de Salud Provincia de Bs. As., 2021).

La violencia obstétrica se encuentra definida tanto en la Ley de parto humanizado (Ley 25.929, 2004) como en la Ley de Protección integral a las mujeres (Ley 26.485, 2009) como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

Según Olza Fernández (2013) el concepto de violencia obstétrica incluye el trato jerárquico deshumanizador, un abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, que conlleva la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y la sexualidad de las mujeres, impactando negativamente en la calidad de vida. Según la autora, las razones que llevan a los profesionales que atienden partos a ejercer la violencia obstétrica pueden ser variadas; por un lado, se puede deber a la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, también al propio trauma no resuelto en relación al parto.

Diseño y método

Se realizó un estudio cualitativo, entendiendo que dicho método de investigación produce datos descriptivos como las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la

conducta observable (Taylor, 1986). Como estrategia se utilizó un estudio narrativo, ya que "la investigación narrativa centra su atención en la interpretación y comprensión profunda de experiencias y significados que están presentes en las historias que se cuentan" (Ramsay, 1998, citado por Domínguez De la Ossa y Herrera González, 2013, p.

636). El foco de este tipo de estudios se encuentra puesto en lo que los sujetos piensan, sienten y hacen (Arias Cardona y Alvarado Salgado, 2015).

Se realizó un muestreo por conveniencia, entendiendo que dicho procedimiento consiste en la selección de las unidades de la muestra en forma arbitraria sin criterio alguno, pudiéndose auto seleccionar o eligiendolas de acuerdo a su fácil disponibilidad (Navarrete, 2000).

A varias madres se las contactó a través de distintos grupos de facebook de Argentina donde las mujeres comparten sus experiencias de parto. A otras madres se accedió por cercanía con la investigadora.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Mujeres mayores de 18 años. Cuyo embarazo haya sido de bajo riesgo obstétrico y neonatal. Que hayan experimentado un parto vaginal o cesárea entre las semanas 37 y 42 de gestación, con feto único. Nacimiento de un recién nacido sin patologías.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: Embarazo de alto riesgo obstétrico o riesgo neonatal. Gestación múltiple. Complicaciones obstétricas graves luego del parto.

Complicaciones neonatales que precisen internación en el servicio de Neonatología. No saber leer y escribir. No firmar el consentimiento informado.

Para el estudio se utilizaron dos instrumentos en formato virtual: Encuesta sociodemográfica (desarrollada con el objetivo de identificar algunas de las características sociales y demográficas de la población estudiada) y relato de parto escrito (en dichos escritos las personas gestantes relatan la experiencia subjetiva sobre el proceso del parto, tanto su extensión como su contenido son libres). Previo a la aplicación de los instrumentos se les solicitó la firma del consentimiento informado. Con los resultados de la encuesta sociodemográfica se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables del estudio

estimando frecuencias absolutas. Con los relatos de parto se realizó un análisis cualitativo por categorías.

Resultados

Se analizaron 32 encuestas sociodemográficas y relatos de parto o cesárea de mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión para la muestra. De las mujeres participantes, 20 fueron contactadas a través de los grupos de Facebook ya mencionados y 12 por ser conocidas de la investigadora. De los 32 nacimientos, 18 ocurrieron por parto vaginal y 14 por cesárea. Los mismos transcurrieron durante el periodo 2017-2022, ocurriendo 2 durante el año 2017, 5 en el 2019, 6 en el 2020, 14 en el 2021, y 5 en el 2022.

El rango de edad de las mujeres que participaron fue de 25 a 44 años con una media de 34,5 y una mediana de 35 años. La mayoría de las participantes residían en el conurbano bonaerense (n=26), se encontraban en pareja (n=30), poseían trabajo remunerado (n=26) y estudios universitarios completos (n=23). Del total de las participantes 31 tuvieron su parto o cesárea en instituciones privadas.

Se indagó sobre las intervenciones médicas realizadas durante los partos o cesáreas, cabe destacar que en algunos de los partos se realizaron más de una de las intervenciones y que 9 mujeres informaron que no les realizaron ninguna de las mismas. Las intervenciones obstétricas que informaron las participantes fueron las siguientes: 10 roturas artificiales de bolsa (Amniotimia), 7 colocaciones de oxitocina sintética en el suero, 6 tactos vaginales reiterados, 6 episiotomías, 6 presión sobre el útero (Maniobra de Kristeller), 4 maniobras para dilatar (Hamilton o separación de membranas), 1 rasurado de genitales.

Para describir las percepciones de las mujeres sobre el proceso de parto y la atención obstétrica se realizó el análisis cualitativo por categorías y se definieron las siguientes:

a- percepción sobre el trabajo de parto y las intervenciones realizadas por el equipo de salud, b- percepción de las intervenciones realizadas por el equipo de salud en el expulsivo, c- toma de decisión para transitar el parto por cesárea,

d- percepción sobre el trato recibido,

e- percepción sobre la recepción del recién nacido,

f- percepción sobre la atención en el postparto.

a- Percepciones sobre el Trabajo de Parto y las Intervenciones Realizadas por el Equipo de Salud.

En algunas descripciones sobre el trabajo de parto se puede apreciar la forma en que las mujeres sienten y perciben el proceso de dilatación, en algunas experiencias se destaca la introversión y la molestia ante algunos sonidos, por ejemplo: “En cada contracción, pujé sentada mirando el horizonte. De repente empecé a creer que estaba sola, sin mi pareja, sin nadie. Éramos mi bebé y yo (...) Yo me había ido, estaba en otro planeta. (...) Empecé a no tolerar ni la música de fondo que yo misma había elegido.” (Relato N 29, parto vaginal después de una cesárea).

Algunas mujeres mencionaron sentir molestias por la luz y buscar la oscuridad durante el trabajo de parto, como se puede apreciar en el siguiente fragmento: “Cuando empezó a amanecer recuerdo pedirle a mi pareja que por nada del mundo dejará entrar la luz. Quería seguir en la oscuridad. Mi cuerpo estaba tomado por una intensidad creciente que me invitaba a sumergirme cada vez más” (Relato N 14, parto vaginal).

El trabajo de parto puede ser dividido en la mayoría de los relatos en dos partes, el trabajo de parto realizado en el hogar y el trabajo de parto durante la estadía en la institución de salud, salvo en los casos donde la cesárea fue programada y no transitaron el trabajo de parto.

Trabajo de Parto Realizado en el Hogar.

En los relatos analizados se pudo observar que el trabajo de parto realizado en el hogar se caracteriza por sus tiempos más prolongados, pero sobre todo por la intimidad y la búsqueda de conexión en la diada. Una de las participantes lo describió de la siguiente forma: “preparé

mi altar, las velas encendidas, leía los mantras, sonaba la playlist que habíamos preparado para el parto, entraba y salía de la bañera, me sentaba en la pelota, caminaba, me acostaba, lloraba y repetía la secuencia". (Relato 8, parto vaginal)

Algunas familias decidieron estar acompañadas por doulas o Lic. en obstetricia con quienes fueron estableciendo un vínculo durante toda la gestación y que acudieron a los hogares con recursos para transitar el trabajo de parto y lograr la mayor dilatación posible antes de concurrir a la institución elegida.

Trabajo de parto en las instituciones.

Una vez que llegaron a la institución donde ocurrió el parto sucedieron distintas situaciones, algunas vividas de forma positiva, por ejemplo: "Lo de la bañadera en la clínica fue genial. Mi marido se sentó ahí al costado y charlamos entre contracciones, cantamos y me pusieron unas sales en el agua y un hornito con perfume. Fue uno de los momentos que tengo grabados en mi cabeza y espero conservarlo para siempre". (Relato 13, parto).

Otras experimentadas de forma negativa: "(...) me tactó, fue muy doloroso y sin mi consentimiento ni aviso me despegó las membranas, sólo tenía dos de dilatación, y cuando sacó la mano me dijo "te hice Hamilton" (Relato 11, cesárea).

b- Percepción de las Intervenciones realizadas por el Equipo de Salud en el Expulsivo.

Al analizar los fragmentos de los relatos que hacen referencia a las intervenciones realizadas por los profesionales de salud se encontraron distintas situaciones y experiencias. Por ello se establecieron las siguientes subcategorías:

Intervenciones Médicas que Promovieron un Parto Vaginal Fisiológico.

Se encontró en los relatos referencias sobre intervenciones del equipo de salud que promovieron el parto vaginal lo más fisiológico posible, para evitar la instrumentalización y medicalización del mismo. Por ejemplo: "Después de un par de contracciones, bajé al piso en cuatro patas. (...) Tiraron el colchón de la camilla al piso y ahí arriba en cuatro patas pasé las siguientes y últimas casi dos horas de trabajo de parto". (Relato 14, parto vaginal)

Intervenciones Médicas que Obstaculizaron un Parto Vaginal Fisiológico

Donde se observaron la realización de distintas intervenciones con la finalidad de dirigir el proceso de parto. Por ejemplo: “Me dice que la dilatación se volvió para atrás y que fue por la epidural. Acto seguido…oxitocina... la avalancha de intervenciones. Vuelven las contracciones, vuelve el dolor que ni la anestesia pudo frenar. Me rompe la bolsa (…) mi hijo bajó y las contracciones aumentaron. Comienza a decirme que en cada contracción tenía que pujar sin gritar ni abrir la boca porque se perdía la fuerza”. (Relato 17, parto vaginal)

Intervenciones Médicas sin Consentimiento de las Familias

En varios relatos se describieron situaciones donde el equipo de salud realizó intervenciones sin el consentimiento de las familias, entre ellas se pueden mencionar la maniobra para dilatar Hamilton o separación de membranas, la rotura artificial de la bolsa, presión sobre el útero o maniobra de Kristeller, y Episiotomía. Por ejemplo: “Ya con dilatación completa, la partera, quiso romperme la bolsa sin mi consentimiento (...) Estuve pujando 3 horas y se me subió sobre la panza sin avisar”. (Relato 5, cesárea)

Intervenciones Médicas Respetuosas durante el Parto por Cesárea.

También se encontraron referencias de intervenciones respetuosas durante el parto por cesárea, las mismas hacen mención a la importancia del buen trato, de la información recibida, del acompañamiento elegido, de la posibilidad de sacar fotos, de ver salir a sus hijos/as de su vientre y del contacto inmediato luego de la intervención quirúrgica, así como también de no perder el protagonismo. Por ejemplo: “Allí bajaron las luces, nos dejaron seguir con la música que veníamos poniendo desde la sala de partos. Incluso me pidieron que pujara para ayudarla a nacer y cuando dije: "no sé pujar" me dijo ¡sí sabés!”” (Relato 10, cesárea).

c - Toma de Decisión para Transitar el Parto por Cesárea.

Según los relatos analizados, la decisión para realizar una cesárea y transitarla se tomó de distintas formas, se pudieron observar decisiones unilaterales, ya sea por parte del médico

obstetra como de la persona gestante, o decisiones consensuadas por ambos teniendo en cuenta la situación de salud del bebé, por ello se elaboraron las siguientes subcategorías:

Decisión de la persona gestante

En algunos partos por cesárea fueron las mujeres quienes lo decidieron. Así lo pudo expresar una participante: "le dije que quería hacer la cesárea ese día sin que me revisaran. El médico respondió a mis preguntas y me dijo que si estaba segura me ponían una vía, dije que sí" (Relato 31, cesárea).

Decisión del médico obstetra

En la mayoría de los nacimientos por cesárea, fue el médico/a obstetra quien tomó la decisión explicando los motivos de la misma. Por ejemplo: "Dado que las contracciones eran cada vez más intensas y comencé a sentir, con cada una de ellas, un dolor en la cicatriz de la cesárea anterior, fue que el obstetra decidió realizar una cesárea" (Relato 25, cesárea). Aunque en algunos casos la fundamentación de la toma de decisión es cuestionable: "El último parto por el que pasé fue por cesárea. el obstetra determinó que fuera de esta manera, ya que, mi primer parto hace 8 años había sido por cesárea también" (Relato 20, cesárea).

Decisión consensuada

Sin embargo, en algunos de los relatos se pudo observar que la decisión de realizar una cesárea fue consensuada entre el equipo de salud y la familia. Por ejemplo: "Con dilatación completa, mi beba no bajaba, supuestamente estaba media de costado. 3 hs pujando.
Decidimos ir a cesárea" (Relato 6, cesárea).

d- Percepción sobre el Trato Recibido.

En cuanto al trato recibido durante todo el proceso de parto se encontraron menciones de tratos amables y empáticos, así como también de formas de comunicarse distantes, poco empáticas y hasta violentas. Nos referiremos a tipos de trato percibidos como humanizados y deshumanizados respectivamente. Cabe destacar que durante la estadía por un mismo

nacimiento se pueden dar ambos tipos de trato, ya que son varios los profesionales que forman parte de un mismo equipo de salud.

Trato humanizado. En algunos relatos se describieron situaciones donde el equipo de salud brindó su atención desde la empatía, el respeto y la calidez. Las palabras con las que suelen describir el trato humanizado, son la escucha, la contención, la calma, la tranquilidad, el respeto y la calidez. “En un momento abro los ojos y veo que había llegado toda silenciosa y estaba sentada en el piso al lado mío, así en silencio y con calma esperando (...) cuando hicimos contacto visual le sonreí y sentí mucha calma y ternura. Me decía que esto era así, que había que tener paciencia y esperar a mi cuerpo.” (Relato 3, parto vaginal)

Trato deshumanizado

En algunas ocasiones el trato brindado por el equipo de salud fue considerado poco empático, distante y hasta violento. Por ejemplo: **“**Pero venían las caras largas a tactar otra vez, a pinchar la burbuja, a decir cosas negativas, a amenazar con diferentes intervenciones o con una cesárea. Hablan entre ellas, les pregunto cómo está el líquido y no me contestan” (Relato 30, parto vaginal). ***e-*** **Percepción sobre la Recepción del Recién Nacido.**

En la mayoría de los relatos se describe que al producirse el nacimiento pusieron a los recién nacidos en los pechos de sus madres, algunas durante más tiempo que otras. En algunos de los relatos la recepción del recién nacido fue percibida de forma aceptable y en otros, no ocurrió de la forma en que la familia esperaba, por ello se dividieron las experiencias en dos subcategorías, recepción respetuosa y recepción no respetuosa del recién nacido.

Recepción respetuosa del recién nacido. Se pudo observar que en muchas de las experiencias se hace referencia al tiempo que transcurren las mujeres en contacto con sus hijos/as al producirse el nacimiento y al tiempo que esperan para cortar el cordón. A su vez, a casi todos los recién nacidos a los minutos del parto, los separaron de sus madres y los llevaron a control en brazos del acompañante. En dos de los relatos se menciona que al bebé luego de nacido le realizaron los controles de salud en la misma sala de partos.

Recepción no respetuosa del recién nacido. En los relatos estudiados también se encontraron referencias de situaciones no respetuosas durante la recepción de los recién nacidos. Por ejemplo: “podría haberme puesto firme para dejarme hacer piel con piel esas primeras dos horas, en lugar de dejar que lo lleven a nursery sin más, pero ellos deberían darte la opción, fue de todo lo que menos me gustó” (Relato 7, cesárea).

f- Percepción sobre la Atención en el Postparto Inmediato

La percepción de las usuarias sobre la atención en el postparto, en general resultó satisfactoria. En pocos casos, las mujeres percibieron que la atención no fue acorde, donde se puede apreciar, además de la disconformidad con la atención del postparto, la disconformidad con la atención de todo el proceso de parto. Por ejemplo: “Le critica a Mónica los puntos, los puntos que está haciendo en mi vulva. No me hace efecto la anestesia. “¡Ay, ay, ay! Me duele y me duele y ya no aguanto más. Déjenme en paz” “qué dura que tenés la piel” dice “¡Basta, no soporto más dolor!”” (Relato 30, cesárea).

En el análisis de los relatos se confeccionó una categoría sobre la experiencia con el parto en relación a la atención obstétrica. A su vez, dicha categoría puede dividirse en dos subcategorías que dan cuenta de que la experiencia resultó positiva o negativa para las mujeres.

Experiencias Positivas de Parto.

En las experiencias positivas se puede discernir la conformidad sobre el proceso y sobre la atención del equipo de salud. **“**La calidad humana de cada persona que formó parte de la llegada de nuestro hijo fue increíble. Tanto amor y apoyo para llenarme de confianza que en ningún momento pensé en dejar de intentar pujar.” (Relato 13, parto vaginal).

Experiencias negativas de parto.

Por otro lado, se pudieron leer experiencias de parto negativas en relación a la atención obstétrica, en las mismas se destacan la decepción, la vulnerabilidad y a veces el temor. A

continuación se transcriben dos fragmentos de experiencias: ”Quedé muy decepcionada con la institución por la poca calidez y acompañamiento humano que la situación amerita, quedando toda la atención del lado profesional reducida solo a los aspectos físico/biológicos” (Relato 4, parto vaginal). “No fue el parto que estaba deseando, y no me digan: ¡ahhh pero la gorda está sana! Es un momento super vulnerable. El parto es nuestro pero si estamos acompañadas por un equipo amoroso que nos tire para adelante y nos respete, sino el parto termina siendo de ellos (Relato 5, cesárea).

Discusión y conclusiones

A través del análisis de los relatos escritos de parto se pudieron conocer distintas experiencias acerca del proceso de parir y su atención, como así también de la forma en que el trato recibido, la información brindada y las intervenciones médicas forman parte de la experiencia de parto de las mujeres.

Se logró indagar sobre las características sociodemográficas de las participantes, comprobando que más de la mitad de las mujeres contaban con estudios universitarios completos y algunas de ellas con postgrado. Además, más de la mitad de las mujeres que participaron en el estudio fueron contactadas a través del grupo de la red social ya mencionada sobre experiencias de parto en Argentina, por lo tanto, se podría decir, que se trató de una muestra de mujeres con información sobre la temática.

En el análisis realizado se encontró que durante el trabajo de parto algunas mujeres manifestaron la necesidad de movimiento y algunas veces de sumergirse en una bañera o pileta, como así también la necesidad de estar solas, destacándose la introversión. De forma similar, Olza Fernández et al. (2018) describieron que la necesidad de querer moverse y de sumergirse en agua tibia durante el trabajo de parto tiene la finalidad de aliviar el dolor, y que cuando el trabajo de parto se intensifica, las mujeres suelen refugiarse en sí mismas, retrayéndose del mundo exterior, para centrarse en la tarea física de parir a su hijo/a.

Algunas mujeres describieron que podían estar al lado de alguien, sin sentir su presencia o no dándose cuenta que estaban allí; en concordancia a lo observado, Olza Fernández et al. (2018)

pudieron observar que las mujeres describen que el tiempo se vivencia como si quedara suspendido, que la percepción del tiempo y el espacio cambia, pudiendo experimentar emociones intensas, lo que plantean que es compatible con un estado alterado de conciencia.

En varios relatos se destacó la importancia para el proceso de parto de que los profesionales de salud transmitan tranquilidad a través de sus palabras y acciones, así como también la importancia para algunas mujeres de estar acompañadas por doulas o Lic. en obstetricia de su elección, en ese sentido, Olza Fernández et al.(2020) plantearon que el contacto, el apoyo y la tranquilidad del apoyo personalizado durante el parto favorecen la reducción del miedo, el estrés y el dolor a través de la liberación de oxitocina, así como la promoción de la alegría y el empoderamiento mediados por la oxitocina; en la misma línea, Uvnäs-Moberg et al. (2015) plantearon que la liberación de oxitocina puede potenciarse con el tacto y la tranquilidad del profesional, la pareja o quien acompañe en el parto. Además, Baró (2022) destaca la importancia del rol del psicólogo como parte del equipo interdisciplinario de salud durante el parto y nacimiento, considerando que podrían producirse problemas de salud mental.

Se pudieron reconocer las intervenciones obstétricas realizadas en los partos estudiados, aquellas realizadas con más frecuencia fueron la rotura artificial de bolsa (amniotomía) y la colocación de oxitocina sintética en suero, dichas intervenciones no son recomendadas por la OMS para la prevención del retraso del trabajo de parto (OPS, 2019). Además, a cinco mujeres se les realizó la Maniobra de Kristeller (presión sobre el útero) que tampoco es recomendada para facilitar el parto durante el periodo expulsivo (OPS, 2019).

Se encontró en los relatos referencias sobre intervenciones que favorecieron un parto fisiológico, como aquellas que permitieron a las mujeres el libre movimiento y la elección de la posición para el periodo expulsivo, así como también cuando los profesionales realizaron masajes o tiraron suero tibio en la zona perineal para aliviar el dolor. Además en algunos partos ofrecieron a las mujeres materiales como pelotas, bañeras, banquitos de parto, entre otros.

En los relatos, también se mencionaron intervenciones que obstaculizaron el parto fisiológico. En dichas situaciones, las mujeres perdieron el control de su trabajo de parto dejando de ser la figura principal para obedecer las directivas de los profesionales cuando les indicaron la

posición que debían adoptar, cuando les realizaron tactos vaginales reiterados, cuando les dijeron que no dilataban como deberían, cuando dirigieron los pujos, entre otras. En varias experiencias, luego de las intervenciones que obstaculizan el parto fisiológico se realizaron otras intervenciones como la aplicación de oxitocina sintética en suero, la maniobra para dilatar Hamilton o separación de membranas, la rotura artificial de la bolsa, presión sobre el útero o maniobra de Kristeller, Episiotomía y en algunos casos cesárea.

Si bien, algunas mujeres mencionaron que han sido informadas y consultadas para la realización de las intervenciones, se destaca que en algunas situaciones no se informó correctamente a las mujeres sobre dichos procedimientos, tanto porque no se brindó la información necesaria como así también porque no fueron consultadas para la realización de las mismas o porque no fueron respetadas sus elecciones. Casos en donde las mujeres manifestaron no querer que se les practicara la episiotomía y se las realizaron igual o casos en los cuales realizaron la maniobra de Kristeller sin previo aviso. También se realizaron cesáreas sin brindar a las mujeres una justificación adecuada.

Cardús I Font (2015) describió que los profesionales sanitarios suelen utilizar argumentos de dudoso apoyo científico para convencer a las mujeres que cuestionan las intervenciones o rutinas médicas de que se sometan a las mismas mediante la exposición de todos los riesgos de no hacerlo, por más remotos que sean, forzando a las mujeres a decidir en base al miedo. Asimismo, algunos autores plantean la necesidad de aumentar la conciencia sobre las implicancias que tienen sobre la salud mental de la mujer las intervenciones obstétricas y la atención de rutina en el parto (Dekel et al., 2019).

Se pudo reconocer la influencia del trato recibido y las intervenciones médicas en la experiencia de parto, en algunos casos la experiencia para las mujeres resultó positiva, destacándose la conformidad con la misma. Sin embargo, en otros casos las experiencias de parto resultaron negativas en relación a la atención obstétrica, destacando los sentimientos de decepción y vulnerabilidad.

En los relatos que describen situaciones donde el equipo de salud pudo brindar un trato humanizado, las mujeres resaltan la empatía de los profesionales, el respeto y la calidez. En

ese sentido, Baró (2020) destaca la importancia de establecer prácticas acogedoras e integrales como contribución a un mejor pronóstico en salud.

Se observó que las mujeres cuyo parto resultó una experiencia positiva sintieron alivio al producirse el parto, seguido de sentimientos de felicidad y fortaleza. En su trabajo, Olza Fernández et al. (2018) describieron que las mujeres que tuvieron un parto fisiológico expresan alivio y alegría por conocer a su bebé y hacen referencia a su experiencia de parto como su mayor e incomparable logró; algunas de ellas se perciben a sí mismas más fuertes, empoderadas y preparadas para satisfacer las demandas del recién nacido.

En contraste, los relatos que manifiestan que el trato brindado por el equipo de salud fue poco empático y distante, hacen referencia a la falta de información, de acompañamiento y a la falta de respuesta ante preguntas concretas. Tal como lo explica Belli (2013) en la violencia obstétrica se pueden violar varios derechos, a la integridad personal, a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, y a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes.

En su análisis sobre los relatos de parto Castrillo (2018) observó la existencia de ciertas estrías de clase que permean el discurso de las mujeres, planteando que suelen valorar positivamente la relación con el profesional y auto responsabilizarse de lo no logrado, aunque la experiencia general haya sido considerada como negativa. Sin embargo, en el presente trabajo encontramos que en algunos relatos se describe la influencia de las intervenciones y del mal trato de los profesionales sobre el desarrollo del parto adjudicando un valor negativo en tanto se les adjudica una influencia directa sobre el proceso de parto. Asimismo, Cardús I Font (2015) expresa que uno de los miedos actuales de las mujeres, sobre todo de aquellas más informadas, es a las intervenciones médicas y a la cesión de la jurisdicción sobre el propio cuerpo a desconocidos.

En algunas de las experiencias las mujeres mencionaron haber sentido temor a que los profesionales pudieran realizar intervenciones e incluso una cesárea a modo de represalia si no hacían lo que ellos sugerían, por lo tanto, muchas veces se sentían obligadas a aceptar intervenciones que no querían y a ponerse en un rol sumiso frente a la asimetría sentida en la relación médico-paciente. En la misma línea, Cardús I Font (2015) describió en su estudio,

que las mujeres conociendo o no sus derechos, se encuentran dentro de la institución sanitaria en una situación de inferioridad de condiciones en cuanto a la información sobre los procesos y opciones alternativas.

La información es una herramienta fundamental al momento de discriminar cuándo un derecho es vulnerado, como así también para reclamarlo, pero el hecho de que la mujer tenga que estar pendiente en cada situación para que se respeten sus necesidades y elecciones en la forma de parir, atenta contra la conexión en la diada, ya que la desconfianza en los profesionales e instituciones es un factor que interfiere en el sentimiento de protección necesario para que el parto pueda transcurrir de la forma más fisiológica posible. De allí, la importancia del acompañamiento de una o varias personas de confianza, que puedan estar atentas a las elecciones de la persona gestante con anterioridad al parto, como así también a los posibles cambios de opinión durante el mismo, y a su vez, teniendo en cuenta los imprevistos que pudieran surgir para poder tomar decisiones lo más consensuadas posibles.

Se podría decir, que el estudio representa a un grupo de mujeres informadas en la temática, que pudieron elegir un equipo de profesionales o una institución que es afín a una modalidad de atención que propicia un parto sin intervenciones innecesarias, y sin embargo, no en todos los casos el parto transcurrió según sus elecciones.

Se considera que el presente estudio es un aporte a la psicología perinatal porque permite reconsiderar aspectos de la atención al parto en la actualidad. Permite apreciar que el entorno adecuado y el acompañamiento individualizado de cada mujer son importantes tanto para darle confianza y seguridad como para la reducción del dolor y del estrés durante el proceso de parto. Y que la atención centrada en la mujer puede optimizar la calidad de la atención y favorecer los procesos fisiológicos.

Limitaciones

La muestra se obtuvo principalmente a través de un grupo de Facebook donde se comparten experiencias de parto e información sobre atención obstétrica debido al contexto de pandemia de COVID-19, lo cual constituyó una limitación ya que la muestra se caracterizó por contar con mucha información y con recursos para poder elegir, dentro de las posibilidades, un

equipo de salud que ofrezca un acompañamiento similar a sus deseos, eligiendo instituciones privadas para recibir a sus hijos e hijas.

Futuras Líneas de Investigación

Realizar un estudio cuya muestra sea de mujeres que hayan atravesado el proceso de parto en instituciones públicas, ya que solo una de las experiencias estudiadas fue realizada en una institución pública.

Se propone que en futuras investigaciones se tome en cuenta a personas con otros niveles educativos porque en el presente estudio se accedió a mujeres que en su mayoría contaban con nivel universitario.

Debido a que varias mujeres mencionaron no sentirse conformes con la recepción y atención de sus hijos/as recién nacidos sanos y que no se encontró bibliografía sobre la temática, es que se sugiere realizar un estudio sobre la satisfacción o experiencias positivas de las madres con respecto a la recepción y atención de sus hijos/as recién nacidos sanos.

Estudiar las experiencias de parto de mujeres de diferentes culturas y sistemas sanitarios podría proporcionar información adicional relevante para los procesos de transición hacia un modelo más humanista y respetuoso de la atención de la maternidad.

Referencias

Acosta, E. y Varela, C. (2013). El embarazo: cambios en las mujeres embarazadas, su repercusión psicológica en Oiberman A. (Ed.), *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología perinatal* (1a ed., Vol. pp. 373–394). Lugar Editorial.

Arias Cardona, A. M., y Alvarado Salgado, S. V. (2015). Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos. *CES*

Psicología, 8(2), 171-181.

Baró, S. (2020). Humanización de las prácticas de salud. Una revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Calidad de Vida y Salud*, 13(ESPECIAL), 18-29.

Baró, S. (2022). Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales. Una revisión sistemática. Revista de investigación del departamento de Humanidades y Ciencias Sociales, (21), 19-33.

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red Bioética*; 1; 7; 1-2013; 25-34.

Cardús i Font, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, (18), 129-145.

Castrillo, B. (2018). Relatos de parto: Instrumentos de ciberactivismo feminista hacia una ciudadanía reproductiva.

Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian I.S., Agarwal S., Pitman R.K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Arch Womens Ment Health 22*, 817–824.

Domínguez De la Ossa, E., y Herrera González, J. D. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641.

Echeverría, M. L. (2013). Aporte de la clínica perinatal a la calidad de vida en Oiberman A. (Ed.), *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología perinatal* (1a ed., Vol. pp. 403–425). Lugar Editorial.

Ley 25.929 (2004). Parto Humanizado. Septiembre 17 de 2004. D.O. No. 30489.

Ley 26.485 (2009). Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Abril 1 de 2009. D.O. No. 31632.

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2010). Guia para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia.

Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2021). Guía de implementación del Parto respetado en la Provincia de Bs. As.

Navarrete, J. M. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales,* 4(5), 165-180.

Oiberman, A., y Santos, S. (2015). 25 años acompañando el nacer y sus después: La Psicología Perinatal. Memorias en el Congreso UBA.

Olza Fernández, I. (2013). *PTSD and obstetric violence.* Midwifery Today.

Olza Fernández, I. (2016). *La importancia de los relatos de parto.* Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

Olza Fernández, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Miraso, E., Takács, L., Hall, P., Murphy, M., Jonsdottir, S., Sia S., Downe, S. y Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10), e020347.

Olza Fernández, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarmea, S., Hadjigeorgiou, E.,

Kazmierczak, M., Spyridou, A., y Buckley, S. (2020).Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *Plos one*, 15(7), e0230992.

Organización Panamericana de la Salud (2019). Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

Rossato N. (2018). Dónde nacer o cómo nacer. *Arch Argent Pediatr*;116(5):306-307. (https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n5a01.pdf)

Taylor, S. (1986). I*ntroducción. Ir hacia la gente. En: Taylor, S. J., Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados.* Paidós.

Uvnäs-Moberg, K., Handlin, L., y Petersson, M. (2015). Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Frontiers in psychology*, 5, 1529.

GROOMING EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. REVISIÓN NARRATIVA DE LOS EFECTOS EN LA PANDEMIA POR COVID 19

GROOMING IN BOYS, GIRLS AND ADOLESCENTS. NARRATIVE REVIEW OF THE EFFECTS ON THE COVID 19 PANDEMIC

Daniela Teveles

Carrera de Especialización en Intervenciones Transdisciplinarias en Violencia familiar y de Género, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Analía Verónica Losada

Resumen

Introducción: El grooming se constituye como el acoso sexual virtual a Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA), que consiste en acciones deliberadas por parte de un adulto de cara a establecer lazos con la víctima con fines sexuales.

Objetivo: Explorar las consecuencias del grooming en NNyA y sus efectos durante la pandemia por COVID 19.

Método: Se realizó una revisión narrativa de la literatura relevando bibliografía en repositorios digitales científicos respecto al tema a indagar, en tanto sea relevante para los objetivos propuestos, seleccionando de acuerdo con la pertinencia y significatividad del tema.

Conclusiones: En la pandemia se ha aumentado exponencialmente la posibilidad de padecer el grooming por cuestiones como el aislamiento, la hiperconectividad, las dificultades de las y los cuidadores de supervisar de manera adecuada el uso de NNyA en la web y la interrupción de la escolaridad presencial como elemento fundamental de la educación sexual integral y la detección de las situaciones de maltrato infantil en general y de grooming en particular.

Palabras clave: Grooming, acoso sexual, Niños, Niñas y Adolescentes, Pandemia, COVID 19.

Abstract

Introduction: Grooming is constituted as virtual sexual harassment of Boys, Girls and Adolescents (NNyA), which consists of deliberate actions by an adult in order to establish ties with the victim for sexual purposes.

Objective: Explore the consequences of grooming in children and adolescents and its effects during the COVID 19 pandemic.

Method: A narrative review of the literature was carried out, relieving bibliography in scientific digital repositories regarding the topic to be investigated, as long as it is relevant for the proposed objectives, selecting according to the relevance and significance of the topic.

Conclusions: In the pandemic, the possibility of suffering from grooming has increased exponentially due to issues such as isolation, hyperconnectivity, the difficulties of caregivers to adequately supervise the use of children and adolescents on the web and the interruption of

face-to-face schooling. as a fundamental element of comprehensive sexual education and the detection of situations of child abuse in general and grooming in particular.

Keywords: Grooming, sexual harassment, Boys, Girls and Adolescents, Pandemic, COVID 19.

Introducción

El maltrato infantil tradicional se ha extendido a un nuevo contexto, adquiriendo una nueva dimensión, la virtual o cibernética, lo cual requiere una especial atención para analizar herramientas concretas de prevención e intervención.

El grooming se constituye como el acoso sexual virtual a Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA), que consiste en acciones deliberadas por parte de un adulto de cara a establecer lazos con la víctima con fines sexuales. Dicha problemática puede adoptar diversas formas, desde solicitudes sexuales, exposiciones a contenido sexual, hasta la implicación de menores en actividades sexuales fuera de la dimensión virtual, concretando el encuentro del adulto con el/la menor. La diferencia de poder entre NNyA y los adultos vuelve a los primeros más vulnerables debido a su maduración cognitiva y emocional en desarrollo (Resett, 2021).

Se considera maltrato infantil a todas las formas de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente, explotación comercial o de cualquier otra índole, que ocurren en el contexto de las relaciones de responsabilidad, confianza o poder y que generan un daño real o potencial para la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad de NNyA (Losada y Marmo, 2019, Losada y Porto, 2019). El Abuso Sexual Infantil (ASI) es considerado una forma de maltrato infantil por acción en el plano sexual, dentro del cual se encuentra el grooming. Se entiende por ASI a la participación impuesta del adulto hacia el niño, niña o adolescente “en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado su psiquismo por su nivel de constitución, y a las cuales no puede otorgar su consentimiento” (Toporosi, 2018, p. 23). Es una acción de carácter coercitivo, ya que, por edad y nivel de

maduración, existe una imposibilidad objetiva de consentimiento. El grooming comienza en el plano virtual pero excede el mismo y puede pasar al plano real, actuando como antesala de un ASI en persona. Así, la virtualidad no ha inventado los delitos de abuso y explotación sexual infantil, pero ha cambiado sus formas y ampliado sus posibilidades, por lo que el grooming, como una nueva forma de manifestación del ASI, es una problemática que requiere mayor atención no sólo por parte de las familias o escuelas, sino también de aquellos profesionales que intervienen en situaciones de violencia y maltrato infantil.

Etimológicamente, la palabra grooming deriva del inglés "groom", que alude a conductas de preparación o acercamiento para un fin determinado (Puhl e Izcurdia, 2018). Hay cuatro etapas en las que suele desarrollarse este tipo de acoso virtual: El primer momento es de contacto y acercamiento. La persona acosadora se vale de herramientas digitales para mentir sobre su edad y busca conocer gustos, costumbres y rutinas, generando confianza y empatía para lograr confesiones íntimas y privadas. A esto le sigue el chantaje sexual, en el que la persona acosadora consigue que el niño, niña o adolescente envíe fotografías o videos con componentes sexuales o eróticos. El material entregado se vuelve luego objeto de chantaje, fundamental para la etapa siguiente, que es el ciberacoso, en la cual mediante amenazas el acosador busca la obtención de más material o el encuentro personal (UNICEF y Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2016). Si este proceso no es detectado a tiempo puede derivar en delitos graves, escalando a instancias como la pornografía infantil, trata de personas, ASI, femicidio, homicidio y explotación sexual comercial de NNyA (UNICEF, 2014).

Reconocer estas etapas permite a fines analíticos brindar un panorama general de todo el proceso de engaño al que son sometidos los NNyA como también dar cuenta de la peligrosidad que se esconde detrás de una pantalla, trascendiendo los límites de la virtualidad y derivando en grave vulneraciones de derechos, y de esta forma mejorar los procesos de entendimiento para la prevención e intervención adecuada.

Objetivo

La presente investigación ha presentado como finalidad explorar las consecuencias del grooming en (NNyA) y sus efectos durante la pandemia por COVID 19.

Método

En cuanto al método utilizado, se realizó una revisión narrativa de la literatura (Goris et al., 2015; Losada et al., 2022), lo cual consistió en la recolección y consulta bibliográfica en repositorios digitales científicos respecto al tema a indagar, en tanto sea relevante para los objetivos propuestos, seleccionando de acuerdo con la pertinencia y significatividad del tema.

Factores de riesgo

Estudios afirman que variables sociodemográficas como el sexo, la orientación sexual y la edad se han relacionado con un mayor riesgo de ser víctima de grooming, afectando en mayor medida a niñas y jóvenes homosexuales o que se encuentran explorando su identidad sexual (Gámex-Guadix y Santisteban, 2017).

En cuanto a la edad, hay un mayor riesgo en las y los adolescentes, quienes en ese periodo de transición entre la niñez y la adultez se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad al explorar su sexualidad y el interés por las primeras relaciones sexoafectivas, como así también un grado de vulnerabilidad que es característico de la etapa en desarrollo, en la que no siempre cuentan con los mecanismos ni sistemas propios para poder enfrentarse a contenidos o hacer frente a conductas inapropiadas. La edad promedio, de entre 14 y 17 años, contrasta con la prevalencia de los abusos perpetrados offline, en la que la edad de riesgo es cuando menores son los niños. Esto coincide con que la adolescencia es la etapa en que se realiza mayor uso del ciberespacio y la utilización de redes sociales es cada vez más intensiva y extensa (Tang Li Hui et al., 2015). Las características propias de esta etapa evolutiva, la familiaridad en el manejo de internet por ser nativos digitales, la facilidad de acceso y las múltiples ventajas que pueden encontrar en su uso, hace que resulten atractivas y que se encuentren siempre disponibles, construyendo su identidad digital y ocultando los peligros y consecuencias negativas del mal uso de la red (Echeburúa y Requesens, 2012). A su vez, los factores de riesgo del grooming que más contribuyen a la probabilidad de que un adolescente sufra grooming son la baja autoestima, soledad, autolesión y problemas familiares (Hernández y Mateo, 2018). Otros autores agregan que el nivel de vulnerabilidad fuera de línea aumenta también la vulnerabilidad online, e incluyen dentro de este grupo a las niñas en general, niños de hogares pobres, que viven en comunidades con altos niveles de tolerancia a la violencia y el abuso sexual, aquellos que no asisten a la escuela, tienen discapacidades o problemas de salud mental y los niños de grupos marginados (UNICEF, 2017).

Otro gran riesgo es el acceso digital sin orientación y la falta de concienciación. Esto quiere decir que más allá de los factores descritos, la adecuada supervisión e información sobre esta problemática podría prevenir en gran medida la existencia de nuevas víctimas.

Según un informe de UNICEF (2020), un 29,4% de los hechos de violencia sexual hacia NNyA denunciados en el Programa las Víctimas contra las Violencias se produjeron a través de redes sociales y aplicaciones de mensajería, ocupando el segundo lugar luego de aquellos hechos producidos en el hogar (37%).

Impacto del grooming en niños, niñas y adolescentes

Las consecuencias derivadas de la experiencia del grooming dependerán del proceso dinámico, individual y subjetivo de la víctima en el que mediarán múltiples factores tales como personales, sociales, ambientales. Sin embargo, en rasgos generales se puede mencionar, en una primera instancia, traumas psicológicos debido a la manipulación que realiza el adulto; y, en caso que se concrete el encuentro, las consecuencias podrían ser ya de carácter físico, con todo lo que implica el ASI como lesiones físicas, infecciones de transmisión sexual, embarazos forzados o incluso femicidios y homicidios. Esto a su vez puede generar trastornos del estado de ánimo como depresión, trastornos de estrés postraumático, aumento del riesgo de desarrollar comportamientos de inadaptación como huidas del hogar, comportamientos de riesgo sexuales y victimización sexual, así como consumo abusivo de alcohol y drogas (Gámex-Guadix y Santisteban, 2017).

La escacez de estudios sobre grooming expresa una evidencia insuficiente sobre efectos específicos de este tipo de abuso, por lo que de las diversas lecturas consultadas se puede concluir de manera preliminar que sus consecuencias en NNyA resultan similares a las de otros tipos de abuso sexual y pueden depender de la edad de la víctima, la modalidad del abuso, su cronicidad y/o duración, el tipo de vínculo establecido con la persona que ejerce el abuso, las reacciones del entorno familiar y social, el apoyo y tratamiento recibido.

Los abusos pueden dar lugar a vivencias traumáticas de carácter crónico y sus consecuencias abarcan un amplio espectro, desde las inmediatas como lesiones hasta las de largo plazo que llegan a interferir en el proceso de desarrollo y alcanzan todas las esferas de la vida de la persona (Chejter, 2018). Dentro de ellas se encuentran alteraciones del sueño y pesadillas recurrentes, cambio de hábitos de comida, pérdida de control de esfínteres, consumo de drogas

y alcohol, conductas autolesivas o suicidas, hiperactividad, disminución del rendimiento académico, miedo generalizado, agresividad, culpa, vergüenza, aislamiento, ansiedad, depresión, baja autoestima, retraimiento, rechazo al propio cuerpo y conocimiento sexual precoz o inapropiado de la edad, síndrome de estrés postraumático, trastornos psicosomáticos, trastornos de la conducta alimentaria y mayor probabilidad de sufrir revictimización (Save the children, 2001).

Pandemia, aislamiento e hiperconectividad

La niñez y adolescencia constituyen uno de los segmentos de población más activos en el uso de las tecnologías, estando expuestos a la socialización en entornos hiperconectados, cuyo alcance resulta a menudo difícil de medir. Esto resulta aún más evidente y urgente en el contexto actual, en el que a partir de la pandemia por Covid-19 que se desató en el mundo a fines de 2019 y llegó a nuestro país en marzo de 2020, los NNyA se vieron obligados a recibir la educación obligatoria a través de internet, aumentando exponencialmente su contacto a través de la web para la gran mayoría de las actividades fundamentales de la vida diaria como asistir a clases y socializar con pares.

Datos de la Cámara Argentina de Internet demuestran que el aumento en el tráfico de Internet creció un 25% durante los primeros días de haberse decretado el aislamiento social preventivo y obligatorio, y junto a este crecimiento en el tráfico de Internet los ciberdelitos aumentaron un 500%, estando los casos de grooming, la explotación sexual infantil y la difusión de imágenes íntimas entre los delitos más reportados (Micucci, 2020).

La vida a través de la plataforma Zoom fue una realidad para millones de familias, y la posibilidad de congeniar el trabajo formal con las tareas de trabajo no reproductivo y de cuidados consiguiendo una adecuada supervisión de los niños en la red se convirtió en una misión sumamente complicada.

Las condiciones de aislamiento impuestas por el devenir de la pandemia no han de ser entendidas, en tal sentido, como un evento causante del fenómeno, pero sí como un factor potenciador del problema. La falta de contacto interpersonal positivo y la ociosidad impuesta son elementos que pueden provocar tentaciones a las que se da rienda suelta mediante un uso discrecional e incontrolado de las TIC. Proteger a los más jóvenes ante los peligros de la Web es esencial y existen métodos para ello, pero progenitores o tutores no cuentan con los recursos

necesarios para ejercer esta función tutelar, por lo que a menudo el niño se acerca al espacio virtual con escasas herramientas de gestión que le impiden detectar o precaverse ante sus peligros potenciales. Toda una paradoja si se tiene presente que el mundo se está virtualizando de manera exponencial (Méndez y Fernández, 2020). Durante el aislamiento se constató que cuidadores y cuidadoras se encontraron angustiados y sobrecargados entre el cuidado de los hijos, labores del hogar, poder cumplir con el teletrabajo y la creciente preocupación por mantener sus ingresos económicos, mientras que niños y adolescentes tuvieron que hacer frente a un panorama en el que se vieron privados de la asistencia escolar, sin la posibilidad de socializar con pares ni realizar actividades de interés, viendo limitadas sus vías habituales de liberación de tensión y energía (Abufhelea y Jeannereta, 2020).

Algunos de los elementos de riesgo que se vieron exacerbados en este contexto son el cierre de las escuelas y servicios de cuidado infantil, la demanda laboral constantes para cuidadores, situaciones de enfermedad o aislamiento de cuidadores, aumento del estrés psicosocial de cuidadores, ausencia de supervisión y aumento del tiempo de exposición a pantallas y contenidos inadecuados, negligencia y disminución en los cuidados de niños y adolescentes, aumento del abuso y violencia doméstica e interpersonal, disminución del acceso a redes protectoras de apoyo extrafamiliares debido al mayor aislamiento e invisibilidad de familias en las que se ejerce violencia y mayores dificultades para denunciar incidentes (Abufhelea y Jeannereta, 2020).

Estos riesgos a la protección de niños, niñas y jóvenes son el resultado de las medidas de control contra la propagación del virus, que poco tuvieron en cuenta a las poblaciones más vulnerables y las consecuencias que el encierro podía acarrear. Todo esto aumentó el tiempo de exposición a pantallas y redes sociales sin supervisión generando mayor peligro en el encuentro con posibles abusadores a través de internet. En este sentido, la exposición al grooming también fue mayor. Según un informe de UNICEF (2020), las denuncias por grooming realizadas a través del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias aumentaron 124% entre octubre 2018 y septiembre 2020, mientras que la utilización de NNyA en pornografía creció 522,5% y otras formas de explotación y violencia sexual en enternos digitales lo hicieron en un 40,9%.

Se concluye que la difusión de la información y las alertas son instrumentos vitales para prevenir esta forma de delincuencia que pone en riesgo a las infancias y adolescencias de

manera silenciosa (Romero, 2020), sin embargo la difusión de información acerca de cómo abordar esta problemática es escasa en relación a la cantidad de delitos y nivel de conocimientos de la ciudadanía en su conjunto.

Conclusiones

En este trabajo se propuso explorar las consecuencias del grooming en NNyA durante los periodos de aislamiento por COVID 19.. En cuanto a factores de riesgo, se halló que las y los adolescentes son el grupo más expuesto a la posibilidad de padecer grooming debido a la etapa del desarrollo en la que se encuentran en la que comienzan a explorar su sexualidad siendo a su vez un momento de alta vulnerabilidad y también por ser el grupo que más uso hace de las redes sociales. A su vez el mayor riesgo es el acceso digital sin orientación y la falta de concienciación. Esto genera consecuencias que dependen del proceso subjetivo de la víctima y su contexto. Al respecto no se cuenta con estudios específicos sobre las consecuencias del grooming, pero se deduce por lo conocido respecto a otros tipos de ASI que estas pueden ir desde traumas a lesiones físicas.

En la pandemia se ha aumentado exponencialmente la posibilidad de padecer el grooming por cuestiones como el aislamiento, la hiperconectividad, las dificultades de las y los cuidadores de supervisar de manera adecuada el uso de NNyA en la web y la interrupción de la escolaridad presencial como elemento fundamental de la educación sexual integral y la detección de las situaciones de maltrato infantil en general y de grooming en particular.

Los distintos sectores institucionales deben enfrentar múltiples desafíos, pero el escaso conocimiento sobre grooming y la ausencia de protocolos o rutas de acción que faciliten la intervención y garanticen respuestas rápidas y eficaces lo hacen todavía más complicado. Es en este sentido que se ha elaborado este trabajo, con miras a construir un aporte para visibilizar la temática y mejorar los procesos de intervención en grooming.

Los delitos informáticos son los de mayor crecimiento en el último tiempo y aún no se toma dimensión de estos en tanto no existen estadísticas oficiales al respecto. El abuso y la explotación infantil son delitos de larga data, pero la manifestación del grooming es una problemática relativamente reciente y requiere de grandes y coordinados esfuerzos para combatirlo.

A través del análisis desarrollado se ha comprobado que la exposición de niños y niñas a las TIC sin supervisión aumenta el riesgo de sufrir grooming. En este sentido adquiere una relevancia fundamental la prevención en sus diversos niveles para comprender los riesgos que acechan en el uso de internet.

Otro punto que se ha desarrollado son las diferencias y similitudes entre el grooming y las formas ya conocidas de ASI, en tanto al carecer de datos y estudios específicos es la forma más cercana de obtener conocimiento al respecto. Algunas similitudes son los efectos o consecuencias posteriores que producen, mientras que una diferencia es que en el grooming son los adolescentes quienes más expuestos se encuentran, a diferencia del ASI intrafamiliar en el que a menor edad mayor es el riesgo. Esto enfatiza la necesidad de continuar estudiando esta problemática, para conocer a fondo cómo se desarrolla, cuáles son las características y estrategias de los abusadores (también llamados groomers) y qué efectos genera sobre las víctimas, para poder intervenir de manera adecuada y elaborar guías, programas y proyectos que aborden la problemática de manera integral.

El acceso digital sin orientación y la falta de concientización son entonces los principales factores a tener en cuenta, lo cual se ha visto exacerbado durante la pandemia debido al aumento de la exposición a internet y las redes sociales, dificultades de los cuidadores para desarrollar una adecuada supervisión y la inasistencia a la escuela, lo cual es de fundamental importancia para la prevención a través de la educación sexual integral y la detección temprana por el vínculo diario y cercano con los NNyA.

El camino de aprendizaje en relación al grooming continúa, las plataformas virtuales están en constante actualización por lo que las maneras de rastrear los peligros también deben mantener este ritmo, pero las y los profesionales comprometidos en la lucha contra la violencia y el maltrato infantil no podemos continuar ajenos a esta problemática que acecha a más niños y niñas de los que podemos saber actualmente.

Referencias

Abufhelea, M. y Jeannereta, V. (2020). Puertas Adentro: La otra cara de la pandemia. *Rev Chil Pediatr.* 2020;91(3):319-321. 10.32641/rchped.v91i3.2487.

Chejter, S. (2018). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional.* Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

Echeburúa, E. y Requesens, A. (2012). *Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educadores.* Ediciones Pirámide.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2017). *Informe del Estado mundial de la Infancia 2017: Niños en un mundo digital.* [publicación en línea: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2017_SP.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Con Vos en la Web; Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina. (2014). *Grooming guía práctica para adultos, información y consejos para entender y prevenir el acoso a través de Internet.* [publicación en línea: https://www.educ.ar/recursos/124316/guia-practica-para-adultos-con-consejos-paraprevenir-el-acoso-a-traves-de-internet

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Gobierno de la provincia de Buenos Aires (2016). *Guía de sensibilización sobre Convivencia Digital.* [publicación en línea: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-Guia_ConvivenciaDigital_ABRIL2017.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2020). *Un análisis de los datos del Programa "Las Víctimas Contra Las Violencias" 2019-2020 y del impacto de la campaña "De los chicos y las chicas #SomosResponsables"*. Serie Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes N°8. [publicación en línea: https://www.unicef.org/argentina/media/9576/file/Las%20V%C3%ADctimas%20contra%20las%20Violencias%202019-2020.pdf

Gámex-Guadix, M. y Santisteban, P. (2017). Online Grooming y Explotación Sexual de Menores a Través de Internet. *Revista de Victimología (6)*, 81-100.

Goris, G., y Adolf, S. J. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Revista de Enfermería, 9(2)*,1-15.

Hernández, M. P. y Mateo, C. M. (2018). *Sexting, sextorsión y grooming: identificación y prevención.* Ediciones Pirámide.

Puhl, S. e Izcurdia, M. (2018). *Psicología Jurídica y disfunciones familiares.* AAPJ.

Losada, A. V. y Marmo, J. (2019) *Manual de Psicología de la Familia.* EDUCA Editorial.

Losada, A. V., y Porto, M. (2019). Familia y abuso infantil. *Revista Neuronum*, *5*(2), 7-32.

Losada, A. V., Zambrano Villalba, C., y Marmo, J. (2022). Clasificación de Métodos de Investigación en Psicología. *PSICOLOGÍA UNEMI* , *6* (11), 13-31.

Méndez, L. y Fernández, F. (2020). *El grooming como factor de impacto en tiempo de pandemia.* Diario La Ley, ISSN 1989-6913, Nº 9752.

Micucci, M. (2020). Grooming: una problemática que crece durante la cuarentena. *Welivesecurity.* [publicación en línea: https://www.welivesecurity.com/la-es/2020/05/20/grooming-crece-durante-cuarentena recuperado en diciembre de 2021].

Resett, S. (2021). Grooming online, sexting y problemas emocionales en adolescentes argentinos. *Ciencias Psicológicas, 15(1), e-2397*. https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2397

Romero, C. (2020). El grooming, un problema en aumento. *Diario La Nación.* [publicación en línea: https://www.lanacion.com.ar/seguridad/el-grooming-problema-aumento-nid2362794/

Save the Children (2001). *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales.* Save the children con la colaboración del Ministerio de Trabajo y Comité de Asuntos Sociales.

Tang Li Hui, D., Wei Xin, C., y Khader, M. (2015). Understanding the behavioral aspects of cyber sexual grooming: Implications for law enforcement. *International Journal of*

Political Science & Management, 30, 1-10. https://doi.org/10.1177/1461355714566782

Toporosi, S. (2018). *En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil.* Topía Editorial.

ORÍGENES DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, REPÚBLICA ARGENTINA

ORIGINS OF THE COLLEGE OF PSYCHOLOGISTS OF THE PROVINCE OF BUENOS AIRES, REPUBLIC OF ARGENTINA

Alejandra Gonzalez Langer
Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito XIII
Analia Veronica Losada
Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito XIII
Universidad de Flores

Resumen:

Introducción: El 1ro de agosto de 1985 fue sancionada por la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires la Ley Nro. 10.306 de Ejercicio Profesional de la Psicología que crea el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Método: Para llevar adelante este estudio se realizó un análisis documental. El tratamiento documental incluyó la extracción científico informativa con la pretensión de ser reflejo de la fuente original, soslayando nuevos mensajes subyacentes en el escrito (Dulzaides Iglesias y Molina Gómez, 2004). A la vez en un marco emergente y en cascada, es decir elaborando en la medida que avanza la investigación a modo un diseño flexible se requirió de la realización de una entrevista en profundidad a un informante clave (Bolseguí y Fuguet Smith, 2006).

Resultados: Se halló un recorrido sociohistórico sobre la construcción de la Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología y el contexto preponderante en el que surgió.

Discusión: Con grandes turbulencias para lograr su constitución como tal el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires recorrió y recorre su historia, con comisiones científicas y gremiales que albergan la jerarquización profesional, con una fuerte promoción de las especialidades en Psicología se encuentra como una institución novel y sólida a la vez, con ánimo de consolidar cada uno de los preceptos de la tan ansiada Ley de Ejercicio Profesional.

Palabras clave: Historia de la psicología, Colegio de Psicología de la provincia de Buenos Aires, Psicología en la Argentina.

Abstract

Introduction: On August 1, 1985, the Legislature of the Province of Buenos Aires passed Law No. 10.306 on the Professional Practice of Psychology, which created the College of Psychologists of the Province of Buenos Aires.

Method: To carry out this study, a documentary analysis was carried out. The documentary treatment included the scientific information extraction with the pretense of being a reflection of the original source, avoiding new underlying messages in the writing (Dulzaides Iglesias and Molina Gómez, 2004). At the same time, in an emergent and cascading framework, that is, elaborating as the research progresses in a flexible way, it was required to carry out an in-depth interview with a key informant (Bolseguí and Fuguet Smith, 2006).

Results: A socio-historical journey was found on the construction of the Law of Professional Practice of Psychology and the prevailing context in which it arose.

Discussion: With great turbulence to achieve its constitution as such, the College of Psychologists of the Province of Buenos Aires toured and traces its history, with scientific and union commissions that house the professional hierarchy, with a strong promotion of the specialties in Psychology is as a new and solid institution at the same time, with the aim of consolidating each one of the precepts of the long-awaited Professional Practice Law.

Keywords: History of psychology, College of Psychology of the province of Buenos Aires, Psychology in Argentina.

Introducción

El 1ro de agosto de 1985 fue sancionada por la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires la Ley Nro. 10.306 de Ejercicio Profesional de la Psicología que crea el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. La legislación del ejercicio profesional otorgó un marco legal al quehacer del psicólogo con años de práctica específica y más treinta años de historia y trayectoria académica al momento de sanción de la ley.

El proceso de legitimación de los derechos y obligaciones que se concretaron en la sanción de la ley transitaron los espacios en los colegios de distrito y dando lugar al primer Consejo Superior el día 19 de diciembre de 1987.

Antecedentes

En la Argentina a mediados del pasado siglo se debatía la apertura de la Psicología como disciplina autónoma. Se realiza el Primer Congreso Nacional de Filosofía en Mendoza en 1949 y el Primer Congreso de Psicología en marzo de 1954 desarrollado en la provincia de Tucumán. En los dos eventos asistió una numerosa concurrencia y se presentaron ponencias sumamente importantes y polémicas, que dejaban un interrogante acerca del lugar y perspectivas de la Psicología (Ceberio et al., 2014). A la vez la carrera de psicología en universidades nacionales fue creada en la Universidad Nacional Del Litoral en Rosario el 14 de mayo de 1954, en la Universidad Nacional de Buenos Aires el 14 de marzo de 1957, en la Universidad Nacional de Cuyo en San Luis el 20 de febrero de 1958, en la Universidad Nacional de La Plata el 21 de noviembre de 1958, en la Universidad Nacional de Córdoba el 29 de diciembre de 1958 y en la Universidad Nacional de Tucumán el 8 de agosto de 1959 (Klappenbach, 2000).

Expone Kierbel (2016) que en la década de 1960, en la Argentina, las primeras titulaciones disciplinares posibilitaron un nuevo campo de cuestiones gremiales, políticas y científicas asociadas a la delimitación de las incumbencias de su título universitario. La creación y egresos de las carreras de psicología no se tradujeron en un reconocimiento legal e institucional inmediato para los psicólogos.

La organización gremial de los psicólogos en la Provincia de Buenos Aires tuvo su inicio el 10 de diciembre de 1972 con la creación de la Federación de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (FePBA) agrupando la Asociación de Psicólogos de Mar del Plata y la Asociación de Psicólogos de La Plata. La Federación incluyó temas científicos profesionales y de corte gremial, regida por un Consejo provincial de delegados y una Comisión Ejecutiva que incluía las regiones que contaban con representantes y consideraba las realidades de los distritos aún no contaban con representación. Hacia 1973 tanto Tandil como San Nicolás y a

continuación Bahía Blanca desarrollaron sus espacios institucionales para los colegas psicólogos. De este modo se continuó con el crecimiento de asociaciones a lo largo y ancho de la provincia (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

En la ciudad homónima la Asociación de Psicólogos de La Plata (APLP) redactó sus estatutos en junio de 1963 e inició su actividad efectiva en 1964. Sus miembros fundadores han sido Fanny Kugel, Pilar Marrón de Portas, Pedro Segal, Ofelia Ferreyra, Marta Lattaro, María Celia Estrabou de Pereyra, Norma Delucca, Angelita Larrosa, Marta Durantini, María Adelina Vallejos y Esther Ziziemsky, primeros egresados de la carrera. La primera presidencia recayó en la figura de la Psic. Fanny Kugel el 16 de junio del 1963 (En Kierbel, 2016).

La Confederación de Psicólogos de la República Argentina (COPRA) como entidad antecesora de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) impulsó la creación y participación de espacios provinciales.

La Federación de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires continuó funcionando en sus oficinas dentro de la Asociación de Psicólogos de La Plata, aun durante la dictadura militar que atravesó la Argentina. A partir de 1983 se retoma la gestión en las Cámaras Legislativas para lograr la Ley de Ejercicio Profesional.

El Proyecto de Ley de Ejercicio Profesional manifestó una preocupación constante de la FePPBA, buscando la concreción del marco legal regulatorio del profesional psicólogo.
En el año 1973, y bajo el marco constitucional, la FePPBA avanzó en un proyecto de Ejercicio Profesional y Colegiación por la vía Legislativa, cerrando así la instancia abierta a nivel del Poder Ejecutivo, con la mesa de trabajo formalizada en el Ministerio de Bienestar Social, en el año 1972, que convirtió ese espacio como una conquista gremial de los psicólogos. La presentación en Cámaras del Anteproyecto de Ley dio lugar a la realización de entrevistas con quien fuera en ese momento Presidente del Bloque de Senadores de la Mayoría, Escribano Carlos Gastaldi. El Senador Gastaldi acordó con las pautas del Anteproyecto, abocándose a su estudio, con la colaboración de quien fuera su Secretario, Dr. Carlos D´Agostino. Así surgió el texto legal con el asesoramiento de la Comisión de

Legislación Social. Es en esa instancia, que con un criterio organizativo moderno en el Derecho Legislativo se unificó Ejercicio Profesional y Colegiación en un solo cuerpo legal.
A la vez se desarrollaron entrevistas con los representantes en las Cámaras y el Gobierno, quienes expresaron su apoyo y ofrecieron colaborar viéndose reflejado el 31 de mayo de 1974, en un expediente caratulado como E 29 en el 109º Período Legislativo y publicado con carácter de Proyecto de Ley, en el Boletín de Asuntos Entrados en la Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires, situándose que será tratado por las Comisiones de Salud Pública y Legislación Gremial.
La Comisión de Salud Pública derivó consultas al Ministerio de Bienestar Social, al Colegio de Médicos de la Pcia de Buenos Aires, y a la vez a las Universidades Nacional de La Plata y Nacional de Mar del Plata. Paralelamente y en búsqueda de la FePPBA entrevistó a los Dres. Oscar Alende y Ricardo Balbín, los que acordaron apoyo de los respectivos Bloques Partidarios al Proyecto de Ley (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

La Comisión de Salud Pública, el 11 de septiembre de 1974 brindó despacho favorable hacia la Legislación Gremial, que hizo lo propio y con ambas aprobaciones el 30 de octubre de 1974 el Honorable Senado lo aprueba por unanimidad. En el mes de diciembre del mismo año ingresa en la Honorable Cámara de Diputados con la media sanción del Honorable Senado bajo el N.º 52 el Proyecto de Ley, siendo transferido a la Comisión de Legislación Laboral y Seguridad Social. En ese contexto la Comisión solicita un dictamen de la Comisión Sectorial de Salud de la Asesoría Provincial de Desarrollo. Con varias dilataciones se demora su tratamiento, que finalmente se refleja en un dictamen favorable aunque la imposibilidad de su prosecución y moras llevaron al archivo de la Ley de Ejercicio Profesional y Colegiación imposibilitando su aprobación. (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

La dictadura militar en 1976 coarta cualquier nuevo desarrollo y los profesionales psicólogos son degradados en el ejercicio de su función. Ya en 1967 la Ley 17132 ratifica la resolución 2282 y reduce el campo de acción del psicólogo, empobreciendo aún más su función. Esta ley del Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración fue el marco legal de las actividades del psicólogo que se remitían a ser un auxiliar del médico psiquiatra y administrador de test, hasta la sanción de la Ley 23.277 de Ejercicio Profesional de Psicología

el 27 de septiembre de 1985. En el marco político derivado de la toma del poder tras el golpe militar trajeron consigo el cierre de las facultades de psicología así como la persecución a los profesionales del comportamiento por considerar peligra la actividad, generando un nivel de empobrecimiento en el ejercicio de la profesión (Ceberio et al., 2014). Desde el Ministro de Educación de la Nación Llerena Amadeo acuña la Resolución 1560, donde se prohíbe la psicoterapia, el Psicoanálisis y la administración de drogas psicotrópicas. Esta resolución del año 1980 restringía el alcance del quehacer profesional del psicólogo en línea con la Ley 17132 de Ejercicio de la Medicina, imponiendo restricciones y prohibiciones y no competencias e incumbencias (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

En este marco contextual de la Argentina en 1978 se produce la desaparición de la Presidente de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires y de la FePRA Beatriz Perossio. Como sucedió con otras disciplinas como la sociología se cierran espacios universitarios de formación, aunque en la medida de las posibilidades continúan los acercamientos y reuniones de los profesionales psicólogos en hospitales, asociaciones, e instituciones académicas. El 3 de diciembre de 1977 nace la Federación de Psicólogos de la República Argentina reconstituyendo la Confederación de Psicólogos de la República Argentina luego de las reuniones del 22 y 23 de octubre con representación nacional (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

Con el apoyo y respaldo de la Confederación de Profesionales de la República Argentina, se rechazaron los enunciados de la resolución considerando que restringe el ejercicio pleno de la psicología en relación con la enseñanza académica recibida y con la práctica profesional desarrollada desde hace dos décadas. La Confederación Médica de la República Argentina como participante y como entidad observadora la Federación Argentina de Psiquiatras se incluían en la Confederación. Se remitió una nota al Presidente de facto de la Nación con la firma de los establecimientos confederados y se manifestó un rechazo en la comunidad en general, no solo en el plano profesional. En la III Asamblea del Consejo de Rectores de Universidades Nacionales se elaboró una nueva propuesta de Resolución que fuera dictada posteriormente, Resolución 2350/80, destacando que el Psicólogo no es un auxiliar de la medicina ni de otra disciplina sino un profesional independiente, autónomo, reconociendo la

existencia de métodos y técnicas que le son propios y competencias más allá de la atención clínica (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

La Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) nucleante de Asociaciones y Colegios Profesionales realizó una convocatoria y organizó en el mes de octubre de 1980 el IV Congreso Argentino de Psicología "Actualizaciones en Psicoterapia", siendo el primero coordinado por las instituciones profesionales (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

A partir del requerimiento de la FePRA, el Ministerio de Educación y Justicia de la Nación convocó a unas Jornadas de Trabajo para la explicitación de las Incumbencias del título de Psicólogo y Lic. en Psicología, llevadas adelante en 1985 y contando con representantes de Universidades Nacionales y Privadas, de la FePRA y representantes ministeriales se dio lugar al Proyecto de Resolución aprobado a través de la Resolución 2447 que contempla veinte competencias modificando resoluciones anteriores y dando luz al quehacer disciplinar desde lo académico y desde lo profesional (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

En el año 1983 la Provincia de Buenos Aires ante el retorno de la democracia, la FePPBA avanza en continuar la tarea previa interrumpida durante la dictadura militar dando lugar a la presentación de la Ley de Ejercicio Profesional en el Honorable Senado de la Provincia de Buenos Aires, con el apoyo y asesoramiento de los Senadores Dr. Osvaldo Pozzio, el Dr. Enrique T. Peiro y el Dr. Carlos D´Agostino, el día 26 de julio ingresando con el número 30 el Expediente B73/84-85 nominado como Ley Ejercicio Profesional de la Psicología.

Método

Para llevar adelante este estudio se realizó un análisis documental. Esta modalidad se constituye como una forma de investigación técnica, un conjunto de operaciones intelectuales, que describen y representan los documentos existentes de forma unificada y sistemática. El tratamiento documental incluyó la extracción científico informativa con la pretensión de ser

reflejo de la fuente original, soslayando nuevos mensajes subyacentes en el escrito (Dulzaides Iglesias y Molina Gómez, 2004; Losada et al., 2022).

A la vez en un marco emergente y en cascada, es decir elaborando en la medida que avanza la investigación a modo un diseño flexible se requirió de la realización de una entrevista en profundidad a un informante clave (Bolseguí y Fuguet Smith, 2006). Consultado con el Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires fue sugerido entrevistar al Abog. Ricardo Casal, quien desempeñó funciones como Asesor Letrado del Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires y del Distrito X La Plata del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Abogado, Docente Universitario de Derecho Público, habiéndose desempeñado como Ministro de Justicia y Seguridad en la Provincia de Buenos Aires.

Resultados

La Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología 10.306 promulgada en 1985 alude a la de la Provincia de Buenos Aires, y no a la República Argentina en su totalidad. Casal (2021) establece la historicidad gremial del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires en tres fases, a saber: la pre sanción, la sanción propiamente dicha y la Ley 10.306 en sí misma. El periodo anterior a la Ley de Ejercicio de profesional data del periodo 1973 a 1976 con un buen consenso, siendo tomado a bien por los bloques mayoritarios y de posible sanción cuando la Dictadura Militar imposibilito su tratamiento.

Contextualiza Casal (2021) que entre 1985 y 1988 la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires llevó adelante la sanción de siete leyes ligadas a la actividades colegiadas profesionales a saber:

- Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología 10.306 en 1985.
- Ley 10.321 creando el Consejo Profesional de Agrimensura de la Provincia de Buenos Aires en 1985.
- Ley 10.353 que regula el ejercicio de las profesiones de geólogo, geoquímico, zoólogo, botánico, ecólogo, biólogo y paleontólogo, en el marco de las ciencias naturales en 1985.

- Ley 10.392 creando el Consejo Profesional de Kinesiólogos en 1986.
- Ley 10.405 que da cuenta de los requisitos para el ejercicio de la profesión de arquitecto en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires en 1986.
- Ley 10.411 de ejercicio de técnicos constructores de colegio profesional y obtención de matrícula profesional en 1986.
- Ley 10.751 del Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires en 1988.

Un concepto conservador no colocaba el mismo estatus académico a las diferentes profesiones, siendo ello quizá motivo del tratamiento más tardío de las noveles disciplinas.
El advenimiento y reconocimiento científico de varias de ellas con una presión de los profesionales generó un profundo debate que dio lugar al desarrollo de leyes mencionadas (Casal, 2021). La carrera médico hospitalaria y el ejercicio en el ámbito de la salud mental también acompañaba a contenidos tratados en el espacio médico, siendo este otro foco de tensión a atender.

Ley 10.306 de Ejercicio Profesional de la Psicología

La Ley 10.306 de Ejercicio Profesional de la Psicología fue aprobada de modo unánime, y su texto incluyendo las normas que la modifican describe:

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sancionan con fuerza de Ley:
CAPÍTULO I DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL
ARTÍCULO 1: El ejercicio de la actividad profesional del Psicólogo en la Provincia de Buenos Aires queda sujeto a las normas de la presente ley y su reglamentación.
ARTÍCULO 2: A los efectos de esta ley, se considera Ejercicio de la Profesión de Psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas en:
a) La investigación y explotación de la estructura psicológica humana a nivel individual y grupal, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad, para la recuperación,

conservación y prevención de la Salud Mental, mediante métodos y técnicas específicamente psicológicas.

b) El desempleo de cargos, funciones, comisiones o empleos por designación de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales.

c) La emisión, evacuación, expedición, presentación de:

Consultas, Estudios, Consejos, Informes, Dictámenes, Peritajes, Certificaciones.

d) La enseñanza y el asesoramiento.

ARTÍCULO 3: El Psicólogo podrá ejercer su actividad en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en Instituciones o privadamente.

En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas de otras disciplinas o de personas o Instituciones que por propia voluntad soliciten asistencia y/o asesoramiento profesional. Este Ejercicio Profesional, se desarrollará en los ámbitos individual, grupal, institucional o comunitario.

ARTÍCULO 4: El Ejercicio de la Psicología sólo se autorizará a los Psicólogos, Licenciados previa obtención de la matrícula correspondiente. Podrán ejercerla:

a) Los que tengan título válido otorgado por Universidad Nacional, Provincial o Privada, revalidado por Universidad Nacional, en su caso.

b) Los que tengan título otorgado por Universidad extranjera y que hayan revalidado el título en Universidad Nacional.

c) Los profesionales de prestigio internacional que estuvieran en tránsito en el país, y que fueran requeridos en consulta en asuntos de su exclusiva especialidad. Esta solicitud será concedida a pedido de los interesados por un plan de seis (6) meses, pudiéndose prorrogar por un (1) año como máximo. Sólo podrá ser concedida nuevamente la autorización a una misma persona, cuando haya transcurrido un plazo no menor de tres (3) años desde su anterior habilitación.

Esta habilitación no podrá en ningún caso significar una actividad profesional privada, debiendo limitarse a la consulta requerida por Instituciones Oficiales, sanitarias, científicas o profesionales reconocidas.

d) Los que tengan título otorgado por una Universidad Extranjera que en virtud de Tratados Internacionales hayan sido habilitados por Universidad nacional.

e) Los profesionales extranjeros contratados por Instituciones públicas con finalidad de investigación, de asesoramiento o docencia, durante la vigencia de su contrato, no pudiendo ejercer la profesión privadamente.

f) Los profesionales no domiciliados en el país, llamados por un profesional matriculado, debiendo limitar su actividad al caso para el cuál ha sido especialmente requeridos y en las condiciones que establezca la reglamentación.

ARTÍCULO 5: Las prestaciones de tipo psicológico realizadas en Instituciones y que impliquen algunas de las funciones mencionadas en el artículo 2) de esta ley deberán ser desempeñadas por los profesionales mencionados en el artículo 4) de la presente ley, matriculados a quienes se reconocerá tal carácter y desempeñarán su labor de acuerdo con las normas generales, indicadas en el presente texto.

ARTÍCULO 6: El ejercicio de la profesión impone la actuación personal, prohibiendo en consecuencia la cesión en título o firma.

ARTÍCULO 7: Los profesionales de la Psicología están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones vigentes, obligados a:

a) Prestar la colaboración que le sea requerida por el Poder Ejecutivo en casos de epidemias, desastres y otras emergencias.

b) Asistir a los solicitantes de sus servicios profesionales cuando la importancia del problema así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente.

c) Guardar secreto profesional.

ARTÍCULO 8: El Psicólogo trabajará en forma independiente o a requerimiento de especialistas del ámbito educacional, sanitario legal, laboral, o de representante legal cuando se trate de sujetos con incapacidad civil. Podrá asimismo, certificar las comprobaciones y/o constataciones en el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la reglamentación que al respecto dicte el Colegio Provincial.

ARTÍCULO 9: Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la Psicología:

a) Aplicar a su práctica profesional, tanto pública como privada, procedimientos rechazados por los Centros Universitarios o Científicos reconocidos por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

b) Anunciar por cualquier medio, especializaciones no reconocidas por el Colegio de Psicólogos.

c) Anunciarse como especialista no estando registrado como tal por el Colegio de Psicólogos.

d) Realizar publicaciones con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados si previamente no han sido sometidas a consideración en su ámbito específico.

e) Participar honorarios.

f) Prescribir, aplicar o administrar medicamentos o elementos químicos destinados a la investigación, diagnóstico o tratamiento de las alteraciones de la personalidad.

ARTÍCULO 10: Para emplear el título de especialista los profesionales que ejerzan la Psicología deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes:

a) Poseer título de especialista otorgado por el Colegio o Sociedad de Psicólogos reconocida por aquél y siempre que tales entidades hagan cumplir las siguientes exigencias: acreditar antigüedad en el ejercicio de la especialización, valoración de títulos, antecedentes y trabajos y examen teórico-práctico.

b) Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado por Universidad Nacional, provincial, o privada reconocida por Universidad Nacional.

c) Poseer certificado de especialista otorgado por el Colegio de Psicólogos, previa certificación de antigüedad de tres (3) años en el ejercicio de la especialidad en servicios o centros aprobados y previamente reconocidos por dicho Colegio.

CAPÍTULO II COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

ARTÍCULO 11: Créase el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, el que funcionará con carácter de persona jurídica de derecho público.

ARTÍCULO 12: El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires estará integrado por los Colegios de Psicólogos de Distrito y tendrá las atribuciones y funciones que por esta ley se determinan.

ARTÍCULO 13: El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires estará dirigido por un Consejo Superior integrado por quince (15) Consejeros titulares y quince (15) suplentes, que serán respectivamente los Presidentes y Vicepresidentes de los Distritos que lo integran.

ARTÍCULO 14: El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires tendrá su asiento en la ciudad de La Plata.

ARTÍCULO 15: El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires tendrá los siguientes derechos y atribuciones:

a) Representar a los Colegios de Distrito en sus relaciones con los poderes públicos.
b) Promover y participar en conferencias y convenciones vinculadas con la actividad inherente a la profesión.
c) Promover el progreso científico-técnico y el desarrollo social.
d) Propender al progreso de la legislación de la higiene mental de la Provincia y dictaminar o colaborar en estudios, proyectos de ley y demás trabajos ligados a la profesión.
e) Centralizar la matrícula de los Psicólogos conforme al sistema previsto por la presente.
f) Propiciar la radicación de psicólogos en lugares apartados de la Provincia, gestionando ante las autoridades provinciales los cargos que considere oportunos en razón del medio en que deberán desarrollar la profesión.
g) Administrar los fondos, fijar su Presupuesto anual, nombrar y remover a sus empleados.
h) Velar por el fiel cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y resolver las cuestiones que se sustenten en torno a su interpretación o aplicación.
i) Establecer las normas a que deberán ajustarse todos los avisos, anuncios y/o toda forma de propaganda relacionada con la profesión.
j) Aceptar arbitrajes y contestar las consultas que se les sometan.
k) Publicar revistas o boletines.
l) Sesionar ordinariamente una vez por mes.
m) Mantener relaciones con los demás Colegio de Psicólogos y otras entidades gremiales del país.
n) Promover el intercambio de informes, boletines, revistas y publicaciones con

Instituciones similares.

ñ) Propender reuniones de conjunto de los Colegios provinciales una vez por año.

o) Designar, cuando lo estime pertinente, de uno (1) a tres (3) miembros del Colegio, sufragando los gastos que de ello se originen, para representar a la entidad ante Congresos y Convenciones que se efectúen en fuera del territorio de la Provincia.

p) Redactar y aprobar el Código de Ética Profesional.
q) Fijar anualmente la cuota de colegiación y recaudar a través de los Colegios de Distritos los fondos provenientes de dichos aportes. De igual forma procederá con los fondos provenientes de las cuotas de inscripción y de las multas que se aplicarán por las transgresiones a la presente ley, al Reglamento del Código y a la ética profesional.
r) Distribuir las sumas de dinero a que hace referencia el inciso anterior, entre los Colegios de Distrito, de manera proporcional a las necesidades de los mismos.
s) Coadyuvar con las distintas Universidades donde se imparten cursos de Psicología, en todo lo que se refiere a planes de estudios, prácticas o investigación.
t) Asumir institucionalmente la defensa profesional de los Psicólogos cuando sean objeto de discriminación en el ejercicio de la profesión.
u) Realizar convenios con las distintas obras sociales o equivalente a los efectos de lograr una cobertura de las prestaciones realizadas por los profesionales matriculados a que hace referencia el artículo 4) de la presente ley.
v) Proponer al Poder Ejecutivo la Reglamentación de funcionamiento de los Colegios de Distrito y el uso de sus atribuciones.
w) Establecer aranceles profesionales mínimos. Dichos honorarios deberán ser convalidados en la forma y modo que establezcan las disposiciones legales y administrativas vigentes en los casos establecidos expresamente por dichas normas.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta ley, los Psicólogos podrán ejercer libremente el derecho de asociación y agremiación con fines útiles.

ARTÍCULO 16: A los fines de la organización y funcionamiento del Colegio de Psicólogos de la Provincia, este Colegio retendrá el cinco (5) por ciento, como mínimo del total de los fondos a que hace referencia el artículo 15) inciso q).

Esta cifra podrá ser aumentada por decisión del Consejo Superior, quien anualmente, pondrá en conocimiento del Distrito la Memoria y Balance respectivo.

ARTÍCULO 17: El Consejo Superior designará entre sus miembros, un (1) Presidente, un (1) Vicepresidente, un (1) Secretario General, un (1) Secretario de Actas y un (1) Tesorero. Sesionará con la presencia de la mitad más uno de sus miembros.

ARTÍCULO 18: Los Colegios de Distrito serán quince (15) y tendrán la siguiente competencia territorial:

Distrito I: Adolfo Alsina, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suárez, Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist, Villarino.

Distrito II: Carlos Casares, Carlos Tejedor, Daireaux, General Villegas, Guaminí, Hipólito Yrigoyen, Nueve de Julio, Pehuajó, Pellegrini, Rivadavia, Salliqueló, Trenque Lauquen, Tres Lomas.

Distrito III: Bragado, Chacabuco, Florentino Ameghino, General Arenales, General Pinto, General Viamonte, Junín, Leandro N. Alem, Lincoln, Rojas.

Distrito IV: Arrecifes, Capitán Sarmiento, Colón, Pergamino, Ramallo, Salto, San Nicolás.

Distrito V. Baradero, Campana, San Pedro, Zárate.

Distrito VI: Carmen de Areco, Exaltación de la Cruz, Lobos, Luján, Mercedes, Navarro, San Andrés de Giles, San Antonio de Areco, Suipacha.

Distrito VII: Alberti, Chivilcoy, Roque Pérez, Saladillo, Veinticinco de Mayo.

Distrito VIII: Azul, Bolívar, General Alvear, General La Madrid, Laprida, Las Flores, Olavarría, Rauch, Tandil, Tapalqué.

Distrito IX: Adolfo Gonzales Chaves, Juárez, Lobería, Necochea, San Cayetano, Tres Arroyos.

Distrito X: Ayacucho, Balcarce, de la Costa, Dolores, General Alvarado, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, General Pueyrredón, Maipo, Mar Chiquita, Pinamar, Tordillo, Villa Gesell.

Distrito XI: Berisso, Brandsen, Castelli, Chascomús, Ensenada, General Belgrano, General Paz, La Plata, Magdalena, Monte, Pila, Punta Indio.

Distrito XII: Avellaneda, Berazategui, Florencio Varela, Quilmes.

Distrito XIII: Almirante Brown, Cañuelas, Esteban Echeverría, Ezeiza, Lanús, Lomas de Zamora, Presidente Perón, San Vicente.

Distrito XIV: General Las Heras, General Rodríguez, Hurlingham, Ituzaingó, La Matanza, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón.

Distrito XV: Escobar, General San Martín, General Sarmiento, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López.

ARTÍCULO 19: En cada uno de los Distritos a que hace referencia el ARTÍCULO anterior funcionará un (1) Colegio, el que agrupará a los Psicólogos que actúen profesionalmente en dicha área.

ARTÍCULO 20: Los Colegios de Distrito, tendrán su asiento en las ciudades que a continuación se detallan:

DISTRITO I: Bahía Blanca DISTRITO II: Trenque Lauquen DISTRITO III: Junín DISTRITO IV: Pergamino DISTRITO V: Zárate DISTRITO VI: Luján DISTRITO VII: Chivilcoy DISTRITO VIII: Azul DISTRITO IX: Necochea DISTRITO X: Mar del Plata

DISTRITO XI: La Plata DISTRITO XII: Quilmes DISTRITO XIII: Lomas de Zamora

DISTRITO XIV: Morón DISTRITO XV: San Isidro

ARTÍCULO 21: Los Colegio de Psicólogos de Distrito tienen por objeto y atribuciones:

1. El gobierno de la matrícula de los Psicólogos que ejercen en el Distrito.
2. Asegurar el correcto y regular ejercicio de la profesión por los colegiados, en el resguardo de la población estimulando la armonía y solidaridad profesional.
3. Procurar la defensa y protección de los Psicólogos en su trabajo y remuneración ante toda clase de Instituciones asistenciales o de previsión y para toda forma de prestación de servicios públicos o privados.
4. Defender, a petición del colegiado, su legítimo interés profesional, tanto en su aspecto general, como en las cuestiones que pudieran suscitarse con las entidades patronales, estatales o privadas, para asegurar el libre ejercicio de la profesión.
5. Velar por el fiel cumplimiento de las normas de ética profesional.
6. Ejercer poder disciplinario sobre los Psicólogos en su jurisdicción o de aquellos que, sin pertenecer a la misma, sean pasibles de sanciones por actos profesionales realizados en el Distrito.
7. Reconocer el ejercicio de las especialidades y autorizar el uso del título correspondiente de acuerdo a lo que establezca la Reglamentación respectiva.
8. Instituir becas anuales tomadas del Fondo de Cooperativa para contribuir a la redistribución de profesionales Psicólogos y cuando no haya sido posible lograr lo establecido en el ARTÍCULO 15 inciso f).
9. Fiscalizar los avisos, anuncios, y toda forma de propaganda que efectúen los Psicólogos según lo establezca la Reglamentación respectiva.

10. Combatir y perseguir el ejercicio ilegal de la profesión, denunciando a quien lo haga.
11. Colaborar con la autoridades con informes, estudios, proyectos y demás trabajos relacionados con la profesión y la legislación en la materia.
12. Promover o participar por medio de delegaciones en reuniones, conferencias o congresos, a los fines del inciso anterior.
13. Fundar y sostener bibliotecas preferentemente de carácter psicológico, publicar revistas y fomentar el perfeccionamiento profesional.
14. Instituir becas o premios de estímulo para ser adjudicados en los concursos, trabajos, e investigaciones de carácter científico.
15. Establecer y mantener vinculaciones con las entidades profesionales de todo el país y del extranjero, gremiales y científicas.
16. Promover la creación de Cooperativas de Psicólogos.
17. Aceptar arbitrajes y contestar las consultas que se les sometan.
18. Proponer al Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia los proyectos de reglamentación que entienda útiles para el mejor funcionamiento de los Colegios de Distrito.
19. Recaudar los fondos que hace referencia el inciso q) del ARTÍCULO 15) y ponerlos a disposición del Colegio Provincial.
20. Administrar sus fondos.
21. Establecer anualmente el cálculo de ingresos y Presupuesto de Gastos en la forma que determina el Reglamento y de cuya aplicación se dará cuenta a la Asamblea.
22. Adquirir, vender y administrar bienes inmuebles, muebles y semovientes; donar y aceptar donaciones y legados, constituir gravámenes y solicitar préstamos bancarios.
23. Extender la habilitación del consultorio, estudio o lugar de tareas profesionales que deberá estar instalado de acuerdo a las exigencias de su práctica profesional.
24. La habilitación a que hace referencia el inciso anterior se otorgará de acuerdo a la reglamentación que se estipule.

CAPÍTULO III AUTORIDADES DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE DISTRITO

ARTÍCULO 22: Son órganos de la Institución:

a) El Colegio Directivo.

b) La Asamblea.

c) Los Tribunales Disciplinarios.

CAPÍTULO IV CONSEJO DIRECTIVO DE DISTRITO

ARTÍCULO 23. El Consejo Directivo de Distrito se compondrá de ocho (8) miembros titulares y ocho (8) suplentes.

Serán elegidos por el voto obligatorio y secreto de los matriculados, durarán cuatro (4) años en su representación, y son reelegibles por solo un período consecutivo, los miembros se renovarán por mitades cada dos (2) años.

Si han sido reelectos o se han sucedido como titulares o suplentes, sólo pueden ser elegidos nuevamente en esos cargos luego de un período de intervalo.

ARTÍCULO 24: Para ser miembro del Consejo Directivo de Distrito se requerirá:

a) Dos (2) años de antigüedad mínima en el ejercicio de la profesión.

b) Un (1) año de domicilio profesional en el Distrito.

ARTÍCULO 25: El desempeño de funciones en el Consejo Directivo constituye carga pública y se le admitirá el resarcimiento de viáticos.

ARTÍCULO 26: En la primera reunión del Consejo Directivo, elegirá entre sus miembros y por un período de dos (2) años una Mesa Directiva, la que estará integrada por: Presidente, Vicepresidente, Secretario General, Secretario de Actas y Tesorero.

ARTÍCULO 27: Corresponde al Consejo Directivo de Distrito:

1. Llevar la matrícula, de acuerdo con lo dispuesto en el ARTÍCULO 21) inciso 1), consignando en la ficha profesional todos los antecedentes profesionales del matriculado.
2. Reconocer el ejercicio de las especialidades y autorizar el uso del título correspondiente, de acuerdo con lo que establezca la reglamentación respectiva.
3. Producir informes sobre antecedentes de profesionales a solicitud del interesado o autoridad competente cuando el pedido se justifique debidamente.
4. Autorizar los avisos, anuncios, y toda forma de propaganda relacionada con la profesión, acorde con la reglamentación vigente.
5. Llevar el registro de los contratos que regulen el ejercicio de la profesión al servicio de Empresas, Colectividades, Mutuales, Instituciones de Asistencia social, así como los concertados entre los Psicólogos que se asocien para el ejercicio profesional en común. La Inscripción será obligatoria y abonarán un derecho de inscripción que fijará el Colegio Provincial de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 15) inciso q).

6. Representar a los psicólogos en el ejercicio de la profesión ante las autoridades.
7. Perseguir el ejercicio ilegal de la profesión, denunciando a la autoridad competente a quien lo haga.
8. Administrar los bienes del Colegio y proyectar el Presupuesto anual, que será sometido a consideración de la Asamblea.
9. Convocar a elecciones para miembros del Consejo Directivo y Tribunal Disciplinario a la Asamblea y redactar el Orden del Día de la misma; designar los miembros que integrarán la Junta Electoral.
10. Cumplir las resoluciones de la Asamblea.
11. Organizar sus oficinas administrativas y demás dependencias, disponer los nombramientos y la remoción ajustadas a derecho de los empleados. Fijar sueldos, viáticos y emolumentos.
12. Instituir el sumario y elevar al Tribunal Disciplinario de Distrito, los antecedentes de las transgresiones al Código de Ética y de las faltas cometidas previstas en esta ley o en su reglamentación, realizadas por los miembros del Colegio.
13. Cumplir con todas las obligaciones impuestas por esta ley que no estuvieran expresamente atribuidas a la Asamblea o al Tribunal Disciplinario.
14. Informar a los colegiados acerca de toda ley, decreto, reglamento, disposición, proyecto o anteproyecto normativo referente al ejercicio de la Psicología, como también de los que pudieran afectar en su carácter de profesional.
15. Designar las Comisiones y Subcomisiones internas que se estimen necesarias, pudiendo las segundas ser integradas por colegiados que no sean miembros del Consejo.

ARTÍCULO 28: El Consejo Directivo de Distrito, deberá reunirse, ordinariamente, una vez por mes por lo menos, y deliberar, válidamente con la mitad más uno del total de sus miembros. Tomará resoluciones a simple mayoría de votos salvo los casos previstos con quórum especial. La Asamblea podrá aumentar la proporción establecida en el presente ARTÍCULO.

ARTÍCULO 29: El Presidente del consejo o su reemplazante legal, presidirá las Asambleas, mantendrá las relaciones de la Institución con sus similares y con los poderes públicos, ejecutará las resoluciones y cumplirá y hará cumplir las decisiones del Colegio de Distrito y del Colegio Provincial.

El Presidente tendrá voto en todas las decisiones y, en caso de empate, doble voto. ARTÍCULO 30: La Asamblea es la autoridad máxima del Colegio de Distrito. Cada año, en la forma y fecha que establezca el Reglamento se reunirá para considerar los asuntos de su competencia. En la misma se proclamará a los electos para los distintos cargos directivos.

ARTÍCULO 31: Podrá citarse a Asamblea Extraordinaria cuando lo solicite por escrito un quinto (1/5) de los miembros del Colegio de Distrito, como mínimo, o por resolución del Consejo Directivo, con los mismos objetos señalados en el ARTÍCULO anterior. En caso de urgencia, si dentro de los quince (15) días no fuera convocada los solicitantes lo convocarán por sí mismos.

ARTÍCULO 32: La Asamblea Ordinaria funcionará en primera citación con la presencia de una quinta (1/5) parte de los colegiados. Si no se logra reunir ese número a la hora fijada para iniciar el acto, éste se realizará una hora después, en que se constituirá válidamente con el número de colegiados presentes. La Asamblea Extraordinaria, en todos los casos deberá funcionar con la presencia de una quinta parte de los colegiados, como mínimo.

ARTÍCULO 33: Las citaciones para Asambleas se harán por carta certificada, con diez (10) días de anticipación a la fecha de realización de la misma.

CAPÍTULO V DE LAS ELECCIONES

ARTÍCULO 34: El Reglamento fijará la forma de elecciones y previendo la existencia de una Junta Electoral. Las elecciones tendrán lugar el mismo día de la Asamblea.

ARTÍCULO 35: El voto es obligatorio y secreto, debiéndose hacer personalmente. Aquellos que no ejercieran el voto sin causa justificada, serán pasibles de una multa de cinco (5) Unidades Psicológicas (U. P.).

ARTÍCULO 36: No son elegibles ni pueden ser electos en ningún caso los Psicólogos inscriptos que adeuden la cuota anual.

CAPÍTULO VI DE LOS TRIBUNALES DISCIPLINARIOS

ARTÍCULO 37: En cada Colegio de Distrito habrá un (1) Tribunal de Disciplina integrado por cinco (5) miembros titulares e igual número de suplentes elegidos en el mismo acto eleccionario para los miembros del Consejo de Distrito.

Durarán cuatro (4) años en sus funciones y se requerirá para ser miembro de este Tribunal, las mismas indicaciones que para integrar el Consejo Directivo y cinco (5) años de ejercicio profesional. Los miembros del Consejo Directivo no podrán formar parte del Tribunal

Disciplinario. Al entrar en funciones designará un (1) Presidente y un (1) Vicepresidente que ha de reemplazarlo en caso de muerte, inhabilidad o incapacidad. Sus miembros podrán ser reelectos.

El Tribunal dictará su propio Reglamento, que será sometido a la apropiación de la Asamblea.

ARTÍCULO 38: Los miembros del Tribunal Disciplinario pueden excusarse o ser recusados por las mismas causas que los Jueces de Cámaras de Apelación.

ARTÍCULO 39: Tribunal Disciplinario Especial: Cuando tres (3) o más Asambleas de Distrito promovieran acusación contra uno (1) varios miembros del Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia, se formará un Tribunal Disciplinario Especial integrado por los Presidentes de los Tribunales Disciplinarios de Distrito, quienes conocerán el caso con las atribuciones conferidas a los mencionados Tribunales y con igual procedimiento.

Las sanciones a aplicar serán las establecidas en el ARTÍCULO 47) del presente, la suspensión en el cargo ocupado o la separación definitiva del mismo. De lo resuelto por el Tribunal Disciplinario Especial, se podrá, dentro de los quince (15) días hábiles, apelar ante la Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial en turno del Departamento Judicial de La Plata.

CAPÍTULO VII DEL PODER DISCIPLINARIO

ARTÍCULO 40: Es obligación de los Colegios fiscalizar el correcto ejercicio del Psicólogo y el decoro profesional a cuyo fin, se les confiere Poder Disciplinario para sancionar transgresiones a la ética profesional, que ejercitará sin perjuicio de la jurisdicción a los poderes públicos.

ARTÍCULO 41: A los colegios les corresponde la vigilancia de todo lo relativo al ejercicio de la profesión y la aplicación de la presente y de los Reglamentos que en sus consecuencias se dictan, como también velar por la responsabilidad profesional que emerja del incumplimiento de dichas disposiciones.

ARTÍCULO 42: No se podrá aplicar ninguna sanción sin sumario previo instruido por el Consejo de Distrito, conforme a derecho y sin que el inculpado haya sido citado para comparecer dentro del término de diez (10) días hábiles para ser oído en su defensa o con el plazo necesario en caso de incapacidad o fuerza mayor.

ARTÍCULO 43: Además de la medida disciplinaria, el Psicólogo sancionado con la penalidad del inciso c) del ARTÍCULO 47 queda automáticamente inhabilitado para desempeñar cargos en el Colegio durante dos (2) años a contar de la fecha de su rehabilitación.

ARTÍCULO 44: Las sanciones previstas en el ARTÍCULO 47) incisos a), b) y c) se aplicarán con el voto de tres quintas (3/5)partes del total de miembros del Tribunal Disciplinario; lo previsto por el inciso d) y e) del mismo ARTÍCULO, por el de todos los miembros del Tribunal.

ARTÍCULO 45: Las sanciones serán apelables ante la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial del Departamento Judicial de La Plata, en el término de quince (15) días. ARTÍCULO 46: Los trámites disciplinarios pueden ser iniciados por el agraviado por simple comunicación de los magistrados, por denuncia de reparticiones públicas, por el Consejo Directivo por sí o ante denuncia por escrito, formulada por cualquiera de los miembros del Colegio. El Consejo iniciará el sumario de acuerdo con lo establecido en el ARTÍCULO 42). Las actuaciones, una vez concluido el sumario pasarán al tribunal Disciplinario, el que dentro del término de cuarenta y cinco (45) días hábiles resolverá la causa comunicando el dictamen al Consejo Directivo para su conocimiento y cumplimiento. La resolución del Tribunal Disciplinario será siempre fundada. ARTÍCULO 47: Las sanciones disciplinarias son:

a) Advertencia privada por escrito.
b) Amonestación por escrito que se comunicará a todos los Colegios de Distrito y al de la Provincia.
c) Multa de dos (2) U.P. hasta cincuenta (50) U.P.

según la falta cometida.

d) Suspensión en el ejercicio profesional desde seis (6) meses hasta dos (2) años, según la gravedad de la falta.
e) Cancelación de la matrícula cuando se hubiere aplicado más de tres (3)veces la suspensión a que se hace mención en el inciso anterior o por causa gravísima. Las sanciones de los incisos d) y e) regirán para toda la Provincia y se darán a publicidad.

Transcurridos diez (10) años de la cancelación de la matrícula se concederá al sancionado la posibilidad de solicitar al Colegio respectivo su rehabilitación profesional. La

Reglamentación de la presente ley determinará en qué casos se otorgará la rehabilitación y se establecerá el procedimiento y trámite a seguir en tal materia.

CAPÍTULO VIII DE LOS RECURSOS

ARTÍCULO 48: Los Colegios de Distrito tendrán como recursos:

a) Los fondos que les entregue el Colegio Provincial, según lo establecido en el inciso r) del ARTÍCULO 15) de la presente ley.
b) El porcentaje establecido por el Colegio Provincial sobre el monto de derecho de contratos colectivos de trabajo.
c) Los legados y subvenciones y todo otro ingreso.

ARTÍCULO 49: Los Psicólogos inscriptos en la matrícula abonarán una cuota anual, cuyo monto fijará el Colegio Provincial.

El pago de esta cuota se efectuará en el primer trimestre y para aquellos que se incorporen posteriormente, dentro de los noventa (90) días de la fecha de ingreso.

En caso de mora en su pago dentro de los plazos fijados se duplicará el monto de la misma.

ARTÍCULO 50: Los recursos serán depositados en la cuenta bancaria que al efecto abrirán los colegios en el Banco de la Provincia de Buenos Aires.

ARTÍCULO 51: Además de la cuota anual, el Colegio de Psicólogos de la Provincia podrá establecer un aporte adicional por miembro a los fines de organizar el seguro colectivo de vida.

CAPÍTULO IX DE LA MATRÍCULA Y LOS COLEGIADOS

ARTÍCULO 52: Es requisito previo al ejercicio de la profesión de Psicólogo en la Provincia de Buenos Aires, la inscripción en la matrícula que a tal efecto llevarán los Colegios de Distrito creados por la presente ley y el pago de la cuota que anualmente se fije.

ARTÍCULO 53: La inscripción en la matrícula se efectuará a solicitud del interesado, quien deberá dar cumplimiento a los requisitos que a continuación se determinan:

1. Acreditar identidad personal.
2. Presentar título universitario reconocido por ley.
3. Declarar su domicilio real y domicilio o domicilios personales, a los efectos de sus relaciones con el Colegio.
4. Declarar no estar afectado por las causales de inhabilidad o de incompatibilidad que marca esta ley.

ARTÍCULO 54: El Colegio verificará si el Psicólogo reúne los requisitos exigidos por la presente para su inscripción; en caso de comprobarse que no se reúnen los mismos el Consejo del Distrito rechazará la petición.

*ARTÍCULO 55: Efectuada la inscripción el Colegio expedirá de inmediato un carnet o certificado habilitante, en el que constará la identidad del profesional, su domicilio y número de matrícula.

El Colegio comunicará la inscripción al Ministerio de Salud de la Provincia, al Colegio Provincial y a todos los Colegios de Distrito. En ningún caso podrá negarse la inscripción, ni cancelarse la matrícula por causas políticas, racionales o religiosas.

*ARTÍCULO 56: Son causas para la cancelación de la inscripción de la matrícula:

a) Enfermedades físicas o mentales que inhabiliten para el ejercicio de la profesión, mientras duren éstas. La incapacidad será determinada por la unanimidad de una Junta Idónea, constituida al efecto, en cuya integración habrá un funcionario del Ministerio de Salud.
b) Muerte del profesional.
c) Las inhabilitaciones permanentes o transitorias mientras duren emanadas de los Tribunales Disciplinarios de los Colegios de Psicólogos de la Provincia o de otros similares.
d) Las inhabilitaciones permanentes o transitorias mientras duren, emanadas de sentencia judicial.
e) El pedido del propio interesado por la radicación o ejercicio profesional definitivo fuera del Distrito.
f) Las inhabilitaciones o incompatibilidades previstas por la ley.

ARTÍCULO 57: El Psicólogo cuya matrícula haya sido cancelada, podrá presentar nueva solicitud probando ante el Colegio de Distrito haber desaparecido las causales que motivaron la cancelación.

ARTÍCULO 58: La decisión de cancelar la inscripción en la matrícula será tomada por el Consejo Directivo mediante el voto de los dos tercios de la totalidad de los miembros que la componen. Esta medida será apelable por recurso directo, dentro de los diez (10) días hábiles de notificado ante el Tribunal Disciplinario.

De este pronunciamiento podrá recurrirse a la Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial en turno, en el término de quince (15) días hábiles.

ARTÍCULO 59: El Consejo Directivo deberá depurar del Distrito correspondiente la matrícula, eliminando a los que cesen en el ejercicio de la profesión por cualquiera de las causales previstas en la presente, anotará además, la inhabilitaciones temporarias. En cada caso hará las notificaciones a las autoridades y Colegios a que se refiere el ARTÍCULO 55.

ARTÍCULO 60: Los Colegios de Distrito y el Colegio de Psicólogos de la Provincia, en su caso clasificar en a los inscriptos en la siguiente forma:

1. Psicólogos actuantes y con domicilio real y permanente en el Distrito, en actividad de ejercicio.
2. Psicólogos presente en el Distrito en actividad de ejercicio, pero con domicilio real fuera del Distrito o de la Provincia.
3. Psicólogos en pasividad por abandono de ejercicio o incapacidad.
4. Psicólogo excluido del ejercicio profesional.

CAPITULO X DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS COLEGIADOS

ARTÍCULO 61: Son Deberes y derechos de los colegiados:

a) Ser delegado a su pedido y previa consideración por los organismos del Colegio en todos aquellos cargos en que sus intereses profesionales, en razón del ejercicio de sus actividades, fueran lesionados.
b) Proponer por escrito a las autoridades del Colegio las iniciativas que consideren necesarias para el mejor desenvolvimiento institucional.
c) Utilizar los servicios o dependencias que para beneficio general de sus miembros establezca el Colegio.
d) Comunicar dentro de los diez (10) días de producido todo cambio de domicilio real o profesional.
e) Emitir su voto en las elecciones para Consejeros y miembros del Tribunal Disciplinario y ser electos para desempeñar cargos en los órganos directivos del Colegio.
f) Denunciar al Consejo Directivo los casos de su conocimiento que configuren ejercicio ilegal de la Psicología.
g) Contribuir al prestigio y progreso de la profesión colaborando con el colegio en el desarrollo de su cometido.
h) Satisfacer con puntualidad las cuotas de colegiación a que obliga la presente, siendo condición indispensable, para todo trámite o gestión, estar al día en sus pagos.

i) Cumplir estrictamente las normas legales en el ejercicio de la profesión como también las reglamentaciones internas, acuerdos y resoluciones emanadas de las autoridades del Colegio.

j) Concurrir a las sesiones del Consejo Directivo y del Consejo Superior con voz.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

ARTÍCULO 62: El Ministerio de Gobierno designará una Junta Electoral para cada Distrito, constituida por cinco (5) representantes de la Federación de Psicólogos de la Provincia, a propuesta de la mesa Directiva de esta Entidad, para la elección de las primeras autoridades del Colegio de Psicólogos del Distrito.

ARTÍCULO 63: Derógase toda disposición que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 64: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Diversos debates atravesaron la dinámica institucional en los años de historia del Colegio, postulando necesidades de mayor funcionamiento centralizado y descentralizado, análisis de los recursos, cuestiones autárquicas funcionales y económicas, priorizando siempre la cohesión y la inclusión de los quince colegios distritales (Casal, 2021).

Otros debates como la carrera hospitalaria, el reconocimiento de la residencia a los fines de obtener el título de especialista, la ética profesional atravesaron el quehacer colegial.

Conclusiones

Con grandes turbulencias para lograr su constitución como tal el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires recorrió y recorre su historia. Actualmente con dos sedes propias en la Ciudad de La Plata, con comisiones científicas y gremiales que albergan la jerarquización profesional, con una fuerte promoción de las especialidades en Psicología se encuentra como una institución novel y sólida a la vez, con ánimo de consolidar cada uno de los preceptos de la tan ansiada Ley de Ejercicio Profesional.

En idéntico y a modo de futuras líneas de investigación deben indagarse en próximas entrevistas a informantes clave el relevamiento al respecto del desarrollo de la legislación inherente al ejercicio profesional respuestas a los interrogantes ¿Quiénes lo hicieron? ¿Cómo lo hicieron? ¿Cuándo lo realizaron? ¿Qué personajes de la psicología intervinieron? ¿Qué documentación presentaron? ¿Con qué apoyo académico, científico o profesional contaron?

¿Cuál fue el costo (profesional, académico, personal, social, económico, político que tuvo el esfuerzo realizado, por conseguir la creación del Colegio Profesional?. Se destaca que las entrevistas a informantes clave -también instrumento utilizado en esta pesquisa- se constituyen como el instrumento por excelencia dada la escasa publicación científica y documental al respecto de la historia de la profesión en la Provincia de Buenos Aires.

Para mirar el futuro se debe conocer el pasado: Trabajos como la investigación bibliométrica de Klappenbach y Arrigoni (2011) acerca de Revista Argentina de Psicología editada por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. sobre la franja temporal 1969-2002 analizó la estructura de la publicación, las temáticas cardinales tratadas, los aspectos teóricos, áreas de la práctica, productividad de los autores y en las referencias: autores más citados, el tipo de texto e idioma de las referencias, estudios que permitan conocer el plano, las bases y los conocimientos del quehacer profesional psicológico. Luego la historia transcurrida. El presente y el futuro. Psicólogos: ¡Esto recién comienza!

Referencias

Bolseguí, M., y Fuguet Smith, A. (2006). Construcción de un modelo conceptual a través de la investigación cualitativa. *Sapiens*, *7*(1), 206-232.

Ceberio, M. R., Losada, A. V., Álvarez, L., Daverio, R., Díaz Videla, M., Fiorito, C., Locker, L., Sánchez Castañón, T., Stagliano, A., Stark, L. y Trigo, C. (2014). Colgar el diploma, ética y responsabilidad en psicoterapia. *Revista Eureka*, *11*(1), 65-76.

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (2021). Reseña histórica. Disponible en: http://colpsiba.com.ar/

Dulzaides Iglesias, M. E., y Molina Gómez, A. M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *Acimed*, *12*(2), 1-1.

Klappenbach, H. (2000). El título profesional de psicólogo en Argentina. Antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *32*(3), 419-446.

Klappenbach, H., & Arrigoni, F. (2011). Revista Argentina de Psicología. 1969-2002. Estudio bibliométrico. *Revista Argentina de Psicología*, *50*, 44-94.

Kierbel, V. N. (2016). Los primeros tiempos de la organización gremial de los psicólogos en la Argentina: El caso de la Asociación de Psicólogos de La Plata (1960-1985). *Historias de la psicología y el psicoanálisis en La Plata (1946-1990)*, 57-72.

Ley 10.306 (1985). Ley de Ejercicio Profesional del Psicólogo de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: http://colpsiba.com.ar/

Losada, A., Zambrano Villalba, M. C., y Marmo, J. (2022). Calcificación de Métodos de Investigación en Psicología. *PSICOLOGÍA UNEMI*, *6*(11), 13-31. https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p

Relación entre Envejecimiento Exitoso y Apoyo Social en una muestra de adultos mayores de AMBA

Relationship between Successful Aging and Social Support in a sample of older adults from AMBA

Adriana D´amico*
Diego Argentino**

*Universidad de Flores
**Universidad de Flores Colegio de Psicólogos de la Pcia. De Bs. As. Distrito XIII

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo examinar la relación entre el envejecimiento exitoso y el apoyo social en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 64 personas, 49 mujeres y 15 hombres, con edades entre 60 y 87 años -promedio de 66,06 años- de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Los resultados mostraron que existe una asociación positiva entre las dos variables. Por el contrario, no se encontraron asociaciones de las variables envejecimiento exitoso y el apoyo social -y sus respectivas subescalas- respecto de las variables sociodemográficas de escolaridad y edad de la muestra.

Abstract

The present research aimed to examine the relationship between successful aging and social support in older adults. The sample consisted of 64 people, 49 women and 15 men, aged between 60 and 87 years (average 66.06 years) from the Autonomous City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires. The results showed that there is a positive association between the two variables. On the contrary, no associations were found between the variables successful aging and social support (and their respective subscales) with respect to the sociodemographic variables of schooling and age of the sample.

Palabras clave: Envejecimiento Exitoso, Apoyo Social, adultos mayores.

Keys: Successful Aging, Social Support, older adults.

Delimitación del Objeto de Estudio.

Estudios de la actualidad dan cuenta que la expectativa de vida ha aumentado en los últimos años, según la OMS (2017) en la Argentina es de 76 años.

A tal efecto es necesario un plan de políticas públicas para lograr que los años adicionales se vivan con buena salud, esto traerá consigo un aumento de los recursos humanos a la sociedad, por el contrario, si esos años se viven con limitaciones de alguna de las capacidades, crecerá la demanda sanitaria y social, y la contribución a la sociedad se verán restringidas.

El concepto de apoyo social es un conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (Gallar, 2006), es un recurso psicosocial relevante en la resolución de conflictos, crisis propia o del ciclo vital. Si bien las redes de apoyo social son muy importantes durante toda la vida, en la vejez cumplen un rol más significativo dado que se suelen enfrentar problemas económicos o en lo que respecta a la salud.

Rowe y Kahn (1997), se refieren al concepto de envejecimiento exitoso como “aquel que se produce con una baja probabilidad de padecer enfermedades o invalidez, alta capacidad de funcionamiento físico y cognitivo, y un alto compromiso con la vida”.

La presente investigación plantea establecer la relación entre envejecimiento exitoso y apoyo social percibido. Dilucidar esta relación resulta de interés científico dado que la expectativa

de vida se ha incrementado notablemente en las últimas décadas y es relevante conocer cuáles son las condiciones que favorecen un envejecimiento con bienestar.

Diseño y método

Se realizó un estudio cuantitativo no experimental, diseño descriptivo y transversal, con una muestra de personas mayores de 60 años que residan en CABA y Gran Bs. As.
La recolección de datos se realizó a través de un Formulario de Google, en el mes de Agosto del año 2021, compuesta por 64 adultos mayores de más de 60 años que vivan en CABA y el Gran Bs.As., se realizó tanto en hombres como en mujeres.
Criterios de inclusión:

Que tengan o hayan tenido pareja.

Que hayan cursado hasta estudios universitarios.
Mayores de 60 años.

Que vivan en CABA o el Gran Bs. As.

Instrumentos

Para medir el Envejecimiento Exitoso se utilizó El Inventario de Envejecimiento Exitoso (Success-ful Aging Inventory, SAI) de Troutman et al. Validada por Gallardo et al. (2017) con la diferencia de que a la dimensión Gerotrascendencia la denomina Genovida (nueve ítems) y la dividen en dos subdimensiones: gerotrascendencia (seis ítems) y propósito/satisfacción vital (tres ítems).
Posee 20 ítems y utiliza una escala tipo Likert: (0) totalmente en desacuerdo a (4) totalmente de acuerdo, para declaraciones como "He sido capaz de lidiar con los cambios que le han ocurrido a mi cuerpo a medida que he envejecido" "Soy bueno para pensar nuevas formas de resolver problemas". La puntuación resultante varía de 0 a 80, las puntuaciones mayores indican un envejecimiento con éxito.
El instrumento evalúa cinco áreas asociadas al proceso de envejecer con "éxito": a) Mecanismos funcionales de rendimiento, b) Factores intrapsíquicos, c) Gerotrascendencia, d) Satisfacción con la vida y e) Espiritualidad.

Estos mecanismos pueden adaptarse de manera sincronizada o no; ello determinará que la persona pueda o no envejecer con éxito en los dominios físicos, cognitivos y sociales. Gallardo-Peralta et al (2017).

Para medir la variable de Apoyo Social se utilizó La escala MSPSS está compuesta por 12 ítems, validada por Arechabala Mantuliz, M. C., y Miranda Castillo, C. (2002), los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. El desarrollo y mayores antecedentes de esta escala se encuentran en Zimet et al. (1988).

Los ítems 3, 4, 8 y 11 corresponden a familia, los ítems 6, 7, 9 y 12 corresponden a amigos y los ítems 1, 2, 5 y 10 corresponden a otros significativos. Arechabala Mantuliz, M. C., y Miranda Castillo, C. (2002).

Objetivos

Objetivo General.

Analizar la relación entre el envejecimiento exitoso y el apoyo social.

Objetivos Específicos.

1. Identificar los niveles de envejecimiento exitoso de la muestra encuestada.
2. Identificar los niveles de apoyo social de la muestra encuestada.
3. Descubrir si existe correlación entre los niveles de apoyo social y los de envejecimiento exitoso en la muestra encuestada.

Hipótesis

Existe una correlación positiva entre el envejecimiento exitoso y el apoyo social.

Antecedentes y fundamentación teórica

Estado del arte

En la Ciudad de Mar del Plata, un estudio exploró mediante frases incompletas qué provoca cada uno de los vínculos asociados en la vejez con alegría, satisfacción, tristeza e ira (Pantusa y Polizzi, 2014). Con respecto a la alegría, son los amigos los más nombrados para esta emoción, a continuación le siguen los hijos, la pareja y los nietos. Entre los vínculos encargados de proporcionar satisfacción, los hijos aparecen en primer lugar, seguido por los amigos y la pareja. Investigaciones más actuales indican que los vínculos femeninos son los más nombrados para brindar satisfacción, tanto en hombres como en mujeres, y son las relaciones de apoyo emocional y compañía social las que más se nombran. (Polizzi, 2012; Polizzi 2011). Con respecto a las emociones negativas, no son respondidas en su mayoría según indica Pantusa y Polizzi (2014), y en aquellos casos en que sí fueron respondidas, se nombra primero a los amigos y luego a los hijos sobre las emociones que se vinculan con la tristeza, y con respecto al enojo, primero se nombra a los hijos y luego a los amigos, con porcentajes muy parecidos (Arias, 2014).

En otros estudios realizados por Arias y Polizzi, (2011, 2012) y Reyes et al. (2006) demostraron que dentro de las familias los hombres reciben más apoyo que sus parejas. En tanto que las mujeres tienden a aceptar a los hijos como los principales suministradores de apoyo (Meléndez et al., 2007; Polizzi, 2011, 2012). Así entonces se indica que cada uno de los vínculos mencionados brinda y recibe su apoyo según sus características, existe una coincidencia en que todas estas formas de apoyo generan variados estados emocionales.

En una investigación realizada en Argentina en la que se evaluaron minuciosamente las redes de apoyo social en 105 adultos mayores de 3 tipos de hogar (unipersonal, familiar y residencias para mayores). Se indicó que las redes de apoyo variaba según el tipo de vínculos que brindaba cada uno, de 1 hasta un máximo de 21 miembros (Arias, 2004).

Esta variedad de tipo de red, da cuenta de la heterogeneidad del proceso de envejecimiento, lo que lleva a pensar que no es determinante el aumento de la edad con la reducción o la insuficiencia de la red de apoyo (Arias, 2009).

Ahora bien, algunos adultos mayores (en adelante AM) poseen una escasa red de apoyo, y esto debe ser motivo para realizar un análisis profundo sobre los motivos que han originado esta situación. Ya sea por la pérdida de sus amigos originada por la muerte, también son

adultos mayores, o el ingreso a alguna residencia puede ocasionar la pérdida de su red de apoyo de amigos. Sin embargo, algunos AM luego de su jubilación, o de su ingreso a una residencia, mantienen sus redes amplias y suficientes, inclusive existen casos que incluyen nuevos vínculos en esta etapa de su vida, ya sea formando una nueva pareja o fortaleciendo amistades. Estas situaciones favorecen un buen estado de ánimo y así mejoran su calidad de vida. (Arias, 2004)

En la Universidad Autónoma de Madrid se lleva a cabo desde 1996 un programa para la calidad de vida y la formación permanente en AM denominado "Vivir con Vitalidad" cuyo objetivo es promocionar un envejecimiento positivo (activo, con éxito, competente, satisfactorio y óptimo). Está compuesto por 2 versiones, "Multimedia" y "En vivo". En los sujetos que formaron parte de este programa se han producido cambios positivos en cuanto a sentirse más eficaces para envejecer bien y poder así hacer frente a los problemas de memoria, de enfermedades e inclusive alguna discapacidad. (Fernández-Ballesteros, et al.
2005).
Este programa tiene como finalidad evitar las imágenes negativas sobre el envejecimiento, promoviendo un envejecimiento activo (Correa Bautista, 2011)

El envejecimiento activo implica algún tipo de actividad, ya sea socio recreativa, cultural, social, etc. Este programa ha logrado cumplir ese objetivo, a pesar que se suele pensar que en la vejez es difícil cambiar algunos comportamientos (Fernández-Ballesteros; López Bravo, 2002).

En la misma línea, un estudio realizado en Chile a AM para analizar la asociación entre la participación social y el envejecimiento exitoso utilizando el inventario de envejecimiento exitoso (SAI), dio como resultado la confirmación de dicha asociación. Asimismo, se muestran diferencias estadísticamente significativas entre los AM que participan y los que no participan en actividades sociales, aquellos que participan en organizaciones comunitarias envejecen con más éxito. Esto evidencia que la participación social es muy importante y necesaria para el bienestar psicosocial de los AM (Gallardo et al. 2016).

En la ciudad de Buenos Aires, existen talleres de Entrenamiento Cognitivo (UPAMI), que se dictan en la facultad de psicología UBA, desde el 2010 y dependen de la Secretaría de

Extensión Cultural y Bienestar Universitario, se llevan a cabo a través de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez, a cargo del Dr Ricardo Iacub. En este marco se ha realizado un trabajo donde se destacan los beneficios que producen en la subjetividad de los AM, la participación en los Talleres de Entrenamiento Cognitivo.

Este trabajo ha dado como resultado que el 75 % de los participantes, manifiestan que han generado vínculos sociales, no solo dentro del taller sino que luego de finalizada la actividad comparten, entre ellos, charlas de café, salidas al teatro, cine o museos. (Jaskilevich, et al. 2016).

Un estudio realizado en la ciudad de Valencia, España por Córdoba et al (2018) a 222 las personas centenarias y 1.295 las nonagenarias sobre la causa del envejecimiento exitoso, dejó en evidencia que una buena salud percibida y cognitiva, buena red de apoyo social familiar, antecedentes de familiares longevos, estilos de vida saludables y participación en actividades diversas, son esenciales para un envejecimiento exitoso. Esta investigación responde al patrón del buen envejecer del modelo de Rowe y Kahn: alta función física y cognitiva, ausencia de enfermedad y discapacidad y compromiso con la vida. El principal aporte de este artículo es dejar patente que el envejecimiento no es igual a deterioro o dependencia.

Vellas (1996) expresa que algunos factores que posibilitan el envejecimiento exitoso, son el buen nivel socioeconómico, peso corporal relativamente bajo, buena función pulmonar, buen desempeño cognoscitivo, ausencia de diabetes e hipertensión arterial y participación en actividades físicas y sociales. Cómo así también la buena salud subjetiva junto con actividad física y el buen nivel de satisfacción vital contribuye al envejecimiento exitoso.

Pacheco y Alfaro Urquiola (2018). Realizaron una investigación para determinar la relación existente entre el apoyo social percibido y depresión en personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz, para medir el apoyo social percibido se utilizó la escala de Zimet. En este estudio se pudo observar que el apoyo social percibido tiene una relación inversa significativa con la depresión, lo cual significa que mientras mayor sea el apoyo social percibido de las personas adultas mayor, menor será el grado de depresión que presenten. Este estudio arroja también datos sobre que el apoyo social percibido de los familiares es “alto”, el de los amigos es de nivel “bajo” y el de otros significativos es de nivel “alto”, el apoyo

social percibido de amigos que arrojó un nivel bajo, está relacionado con que esta categoría disminuye en esta etapa de la vida debido a que los AM cambian de roles tanto en lo individual como en lo familiar o social, como por ejemplo, uno de los cambios es debido a la jubilación en la que pierden su rol de trabajador y con ello las relaciones con sus compañeros de trabajo así como también algunos de sus amigos pueden fallecer, otro de los roles que cambian en lo familiar, es que se transforman en abuelos o abuelas.

Además, proporcionó datos como que los AM que viven con sus familias tienen un apoyo social percibido alto son aquellas que viven con sus dos o más familiares, con sobrinos, hermanos, en una comunidad religiosa, o con familia o amigos, en cambio aquellos que viven en un asilo, independientemente de si viven con algún familiar o amigo, tienen un apoyo social percibido bajo.

Con respecto a las visitas diarias, semanales o mensuales, aquellas que las reciben tienen una percepción alta de apoyo social en contraposición de aquellas que no las reciben o las reciben de manera irregular, quienes tienen una percepción baja de apoyo social.
Aquellos que se encuentran en asilos por no contar con familiares directos, tienden a tener un apoyo social percibido bajo.

Fusté Bruzain et al. (2018) en un estudio realizado en una Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, provincia de Villa Clara (Cuba) durante el 2016, dio como resultado que los AM en su mayoría a la etapa de la senectud, sexo masculino y viudos; características que según la literatura se asocian al ingreso institucional, señalan la Casa de Abuelos como la red con mayor frecuencia de contactos. La institución constituye su apoyo instrumental, informativo, espiritual y emocional. Se sienten afortunados con su permanencia en la institución en gran medida por sus coetáneos, logrando un desarrollo pleno y manteniendo su calidad de vida. Esto es debido a que cuando los AM no son queridos dentro de su familia, muchos buscan apoyo institucional para no sentirse aislados.

AM y apoyo social durante el aislamiento social obligatorio por la pandemia COVID-19

Algunos artículos científicos expusieron sobre las consecuencias que el distanciamiento social ordenado en diferentes lugares del mundo, debido a la pandemia del COVID-19. Un ejemplo

de ello es el que realizó Parenti (2020), en los Clubes de Día para Personas Mayores en el Gran Buenos Aires, destacó que éstos han desplegado una serie de acciones para continuar brindando los programas de alimentación saludable, actividades de multiestimulación. Estas actividades fueron impartidas en su mayoría por grupo de WhatsApp, que si bien ya eran utilizados, tomaron principal importancia en este contexto de Pandemia por Covid-19, para evitar el sentimiento de soledad.

Otro estudio realizado por Russo, et al. (2021) indica en un estudio realizado en Argentina en las primeras ocho semanas de la pandemia por covid-19, que tanto los AM con demencia como sus cuidadores mostraron un empeoramiento de su bienestar y estado de salud, debido a una combinación de varios factores de aislamiento social, ausencia de tratamientos, aumento del estrés del cuidador y miedo a contraer la enfermedad.

Nasution y Pradana (2021), señalan que la población de adultos mayores se vió afectada por los efectos de la Pandemia por Covid-19. Los resultados demostraron que el 36 % de los AM manifestaron problemas de estrés, el 42,5 % experimentó soledad, y casi un tercio de ellos indicó que ésta se acrecentó durante el distanciamiento social. Durante ese periodo también se vio afectado el estilo de vida en el sentido de la actividad física y el sueño. Los AM que tienen una buena percepción de la salud, funciones familiares adaptativas, altos niveles de resiliencia y alto nivel de aceptación tienen un alto nivel de afrontamiento. Si bien estas poblaciones vulnerables cuentan con varios mecanismos de supervivencia, también se ven afectadas significativamente por la ausencia o presencia del apoyo social de sus familias, la comunidad y el gobierno.

El sentimiento de soledad en los AM es un tema de suma importancia a nivel mundial, ya que se está tomando conciencia de los peligros que ésta provoca sobre el bienestar subjetivo de las personas y sobre su salud (Campo, et al 2021)

En un estudio realizado por Campo et al. (2021) sobre el sentimiento de soledad en las personas mayores de 65 años residentes en CABA en el 2020, concluyeron que el 37,6% de los encuestados percibió sentimientos de soledad en el último mes, en su mayoría de manera esporádica.

Asimismo, las personas mayores de 74 años son las que perciben más estos sentimientos de soledad. En el mismo estudio se indica que aquellas personas que viven solas se incrementó un 1,29 veces la posibilidad de sentir soledad. En paralelo se evidencio que la posesión de mascotas disminuye el sentimiento de tristeza y de soledad autopercibida.

De la misma forma, en cuanto a las actividades socio-recreativas y comunitarias, aquellas personas que las realizaban de la Pandemia por Covid-19, y que tuvieron que suspenderlas, tuvieron más sentimientos de soledad respecto de las que no lo hacían antes del aislamiento por Covid-19. Por tal motivo es que Campo et al (2021) consideran de suma importancia las actividades grupales formales para evitar en gran medida la soledad no deseada.

Marco teórico

La actualidad se caracteriza por un aumento de la longevidad y Argentina es un país de un envejecimiento avanzado. Presenta, según el Censo del 2010, una población envejecida con el correspondiente aumento de expectativa de vida, de un promedio de 76 años. Presenta un 11,42 % de población de más de 65 años que reside en CABA y en 24 partidos del Gran Buenos Aires, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2010).

La Organización de las Naciones Unidas (1982) señalan que no se registra una composición demográfica con tantas personas mayores en otra época en la historia, y esto es debido a las políticas públicas, como también a un desarrollo socioeconómico de los países. Este hecho requiere de un incremento en los costos sanitarios, que lleva aparejado una deficiente calidad de vida y carga familiar. Aún así, diversas asambleas mundiales y regionales han indicado la importancia del envejecimiento en el desarrollo de las sociedades. (Naciones unidas, 2002; 2007; 2012 y Lozano et al., 2017)

Así mismo la OMS (2015) indica que en la actualidad las personas pueden aspirar a vivir más allá de los 60 años. Para el año 2050 en la Argentina, 1 de cada 5 habitantes tendrá más de 64 años de edad, esto la ubica en uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, con algo más de 50 millones de habitantes, los AM será de casi 10 millones de personas.
(Regazzoni, 2006; Lozano, et al., 2017)

Esto genera cambios en la economía, ya que con la llegada de la vejez viene la jubilación laboral y el consiguiente aumento de la cobertura social, mayor demanda del sistema de salud por el aumento de enfermedades crónicas y en el futuro una dependencia intergeneracional (Lambiase et al., 2020).

En esta realidad de incremento de AM muy envejecidos y con una posibilidad de presentar fragilidad, comienza una pérdida de autonomía en diferentes grados, y así la dependencia de otras personas para efectuar las actividades de la vida diaria, que en su mayoría son los familiares más cercanos quienes brindan un cuidado informal y un apoyo emocional (González, 2016).

Esta tarea de cuidado a cargo de su núcleo familiar, involucra una gran responsabilidad y un gran esfuerzo, ya que al estar a cargo un cuidador familiar sin experiencia en cuidados a AM, puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas, y de esta manera se compromete, no solo la salud del cuidador sino también de la persona dependiente de cuidados. (Guido y López, 2009; Lambiase et al., 2020).

En la misma línea, Garcia-Viniegras (2008) manifiesta que el aumento de la expectativa de vida ha incrementado también el número de pensionados y con esto una mayor necesidad de la utilización de los servicios de apoyo social, al mismo tiempo un aumento en la demanda de personas de cuidado para atender a las personas de tercera edad.

Para los AM, la red de apoyo social se constituye por un grupo limitado de personas, en general por su grupo familiar y otros que no son familiares que brindan alguna forma de apoyo, el AM no siempre recibe ayuda de éstas personas, pero sabe que puede disponer de ellas en algún momento de necesidad, ya sea para situaciones críticas o para brindar apoyo en soluciones frente a conflictos o problemas. Y son evaluadas en lo que respecta a sus características estructurales, de funcionalidad y de sus atributos de los vínculos que la componen (Arias, 2009).

En lo que respecta a las características estructurales, Sluzki (1996) hace referencia al tamaño de la red, es decir a la cantidad de personas de las que puede disponer en el caso de necesitar ayuda o simplemente estar para acompañar en diferentes situaciones, a la densidad, el grado

de interrelación entre los miembros, a la distribución, es decir a la ubicación de las relaciones en cuanto a cuadrantes y círculos del mapa de la red, a la dispersión, la distancia entre los miembros, la homogeneidad o heterogeneidad, en sentido de similitud y diferencias de las características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red.

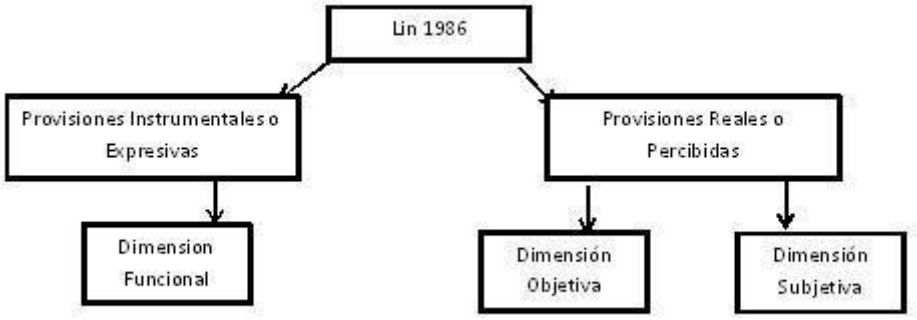
Sluzki (1996) también hace alusión a las funciones de la red como a la compañía social, el apoyo emocional, a la guía cognitiva y de consejos y a la ayuda tanto material como de servicios y el acceso a nuevos contactos.

Y en lo concerniente a los atributos, Sluzki (1996), menciona a las funciones que cumplen en cuanto a la reciprocidad, intimidad, frecuencia de los contactos e historia.

a) Apoyo Social.

Lin (1986) define el apoyo social como el conjunto de provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos, que pueden darse tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Azpiazu et al (2015).

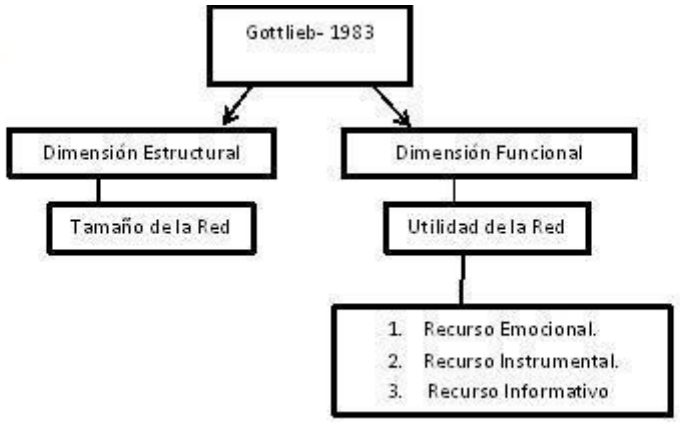
Cuadro 1



Para Gottlieb (1983), el apoyo social como constructo se conceptualiza desde dos dimensiones. La dimensión estructural alude al tamaño de la red y la dimensión funcional se refiere a la utilidad que ésta tiene. Asimismo, el apoyo funcional se compone de 3 tipos de recursos: el primero es el recurso emocional, que se expresa a través de la empatía, el amor y la confianza. El segundo es el recurso instrumental que es el que aporta para la resolución de problemas y por último los recursos informativos a través de los cuales se obtiene información

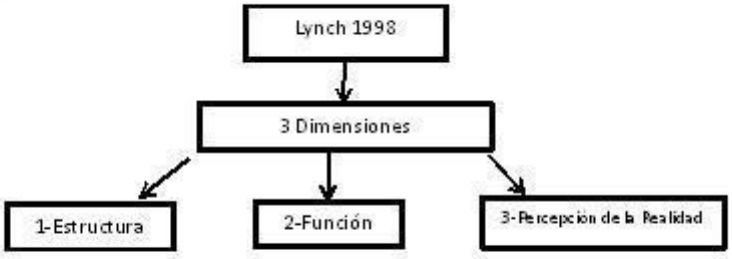
útil para hacer frente a situaciones problemáticas o conflictivas. (Antonucci,1986; Cobb,1976; Gottlieb,1983; House, 1981).

Cuadro 2



En cambio, para Lynch (1998) el apoyo social es concebido como un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad. Aceptando las propuestas de Saranson et al. (1990) y Thoits (1992) que indican que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido (Martínez, et al., 1995). La percepción o creencia de que el apoyo emocional está disponible, parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado (Thoits,1995).

Cuadro 3



El apoyo social es sumamente necesario y de vital importancia en todo el ciclo vital, pero más aún en la vejez ya que en este período, según advierten Huenchuan y Sosa (2002), las personas

suelen enfrentar problemas económicos, a consecuencia que las pensiones no llegan a cubrir sus necesidades, como así tampoco los sistemas de protección en el área de salud logran hacer frente a sus necesidades. Por esto es que el apoyo social representa una fuente de bienestar y cuidado personal (Gallardo-Peralta, 2013).

Arias (2004) en su definición de las redes de apoyo social, destaca que se trata de un sistema de límites difusos ya que incluye a todas las relaciones interpersonales del sujeto, formada no solo por la familia nuclear sino también por todos los parientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, por miembros de algún grupo u organizaciones a los cuales pertenece.

En la misma línea Sluzki (1996) indica que esta red de familiares y no familiares, brinda varios tipos de ayuda, como compañía, apoyo emocional, ayuda práctica, ayuda económica y guía cognitiva o consejo.

Si bien la red de apoyo social es de gran importancia en la vejez, por su relación con el bienestar biopsicosocial, también sufre grandes disrupciones que pueden afectar su funcionalidad y sus posibilidades de respuesta frente a la necesidad de ayuda. (Arias, 2009).

Estas disrupciones suceden porque una de las características de las redes sociales en los AM es que son un sistema abierto, es decir que todo está en permanente construcción y reconstrucción tal como lo indica Dabas (1993). Los cambios se producen todo el tiempo, por ejemplo, la pérdida de vínculos en esta etapa es frecuente, esto puede ocasionar cambios emocionales, es por eso que es trascendental procurar que estos cambios generen también incorporación de otras relaciones que compensen a las primeras para así mantener las redes sociales (Arias y Polizzi, 2010).

Estas nuevas incorporaciones a la red, dan cuenta de los recursos que poseen los AM para hacer frente a los cambios para desarrollarse y lograr altos niveles de bienestar en esta etapa del ciclo vital (Arias, 2014).

Estos vínculos de apoyo de los que disponen los AM, son de gran importancia para el logro del bienestar en la vejez. Los amigos, la pareja, los hijos y los nietos son centrales en esta etapa de vida, los nietos son los que brindan mayor satisfacción y los que generan más alegría,

los hijos son los que aparecen en primer lugar en relación a la satisfacción y los amigos son con los que logran el disfrute y comparten las alegrías, esta relación proporciona el bienestar psicológico tan buscado en esta etapa del ciclo vital.

En cuanto a la relación con los hijos, aparece como componente cognitivo de la satisfacción por el logro conseguido, por los objetivos propuestos y los logrados. El hecho de evaluar el recorrido realizado a lo largo de la vida, el haber criado a los hijos y poder verlos como seres independientes y realizados en sus vidas, les causa a los AM una gran satisfacción como padres. En cambio, en el tema de los amigos aparece como componente afectivo la alegría, como algo más pasajero con respecto a la diversión, en el sentido de compartir momentos y actividades juntos. De este modo se observa la necesidad de contar con una red que no solo esté conformada por la familia, sino también integrada por otros vínculos que contribuyan a generar emociones diversas. (Arias, 2014).

Para Ryff y Singer (2007) los lazos humanos se construyen, tanto con las emociones positivas como con las negativas, ya que las personas que más queremos son las que nos pueden proporcionar ambas emociones. En dicha investigación, los AM respondieron en su totalidad cuando se les preguntaban sobre las emociones positivas, no así cuando le preguntaban sobre las emociones negativas, ya que gran cantidad de ellos preferían no explorar sobre esas cuestiones, esto da cuenta de la afirmación sobre la teoría de Selectividad socioemocional, y sobre la selección de los vínculos que propone esta teoría.

A tal fin, es sumamente necesario tener en cuenta los problemas de calidad de vida y las redes de apoyo a los adultos mayores (García-Viniegras, 2008). Es por esto que Lambiase et al. (2020), indican la necesidad urgente de potenciar las redes sociales existentes en los AM, para así recobrar y añadir vínculos significativos para envejecer con mayor calidad de vida, promoviendo actividades sociales y comunitarias, espacios en los que pueda participar de manera activa, mejorando la salud física y mental y de esta manera evitar en gran medida la institucionalización.

b) Envejecimiento.

Para Lazarus (2006), el envejecimiento exitoso es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible en el que la capacidad de adaptación se ve afectada en forma progresiva. Del mismo modo es un fenómeno variable ya que existen múltiples factores que actúan en este proceso, ya sea el contexto histórico, social y genético de cada sujeto, incluyendo afectos y sentimientos, que se van construyendo en todo el ciclo vital, y se ve afectado por la cultura y las relaciones sociales. Asimismo, Cobo S. (2009) agrega que por todo lo anterior no es posible precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez, ya que desde lo individual y lo social esta concepción se aleja cada vez más de la edad cronológica.

Del mismo modo, Cobo S. (2009), plantea que el envejecimiento es un proceso relacionado con la vida humana, es un fenómeno multidimensional que atañe a todas las dimensiones del sujeto, es una experiencia única, heterogénea y su significado depende del sentido que cada cultura le da a esta etapa de la vida.

Es un proceso completo en el que se observan cambios no solo del orden físico sino también en el orden psicológico y social entre otros. En este sentido es preciso brindar herramientas necesarias para promover la calidad de vida. Es un tema de salud pública que afecta a la población mundial siendo esto un reto para los profesionales de diferentes áreas.

En la misma línea Fernandez-Ballesteros (2019) elabora un concepto sobre el envejecimiento exitoso y activo, como multidimensionales que no solo incluye a la salud, sino que también a la funcionalidad, el afecto y la participación social y nombra cuatro dominios y cuatro etiquetas de envejecer bien.

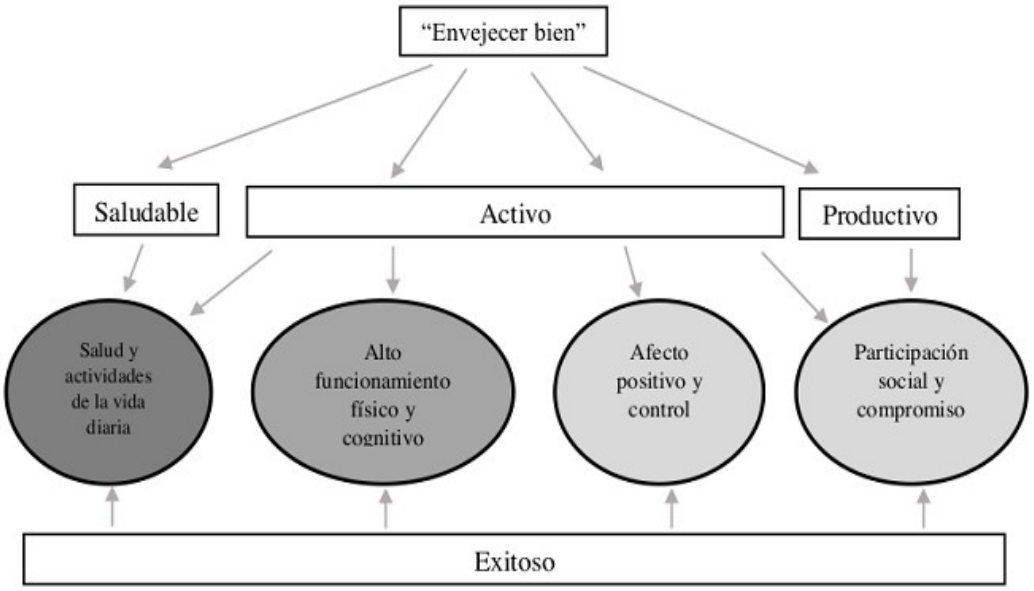


Figura 1- Modelo de cuatro dominios y cuatro etiquetas de envejecer bien de Fernandez-Ballesteros (2019).

c) Envejecimiento Activo.

La OMS (2002) definió en el documento "Envejecimiento activo: un marco político", como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Lozano, et al. (2017), en esta definición se reconocen factores como la seguridad y la participación, haciendo así diferencia con el envejecimiento saludable.

Así entonces, el concepto de envejecimiento activo se refiere a la participación del individuo en cuestiones sociales, económicas, espirituales y cívicas, con un aumento en la actividad física, de esta forma se transita el proceso de envejecer participando cada individuo en reuniones sociales según sus intereses, y esto le brinda protección, seguridad y cuidados en la medida que se necesitan (Lozano et al., 2017).

Lesende et al. (2007) detallan que la "Vejez saludable o exitosa" es aquella a la que se llega con muy buena salud, con bajo riesgo de enfermar y con un funcionamiento óptimo tanto físico como mental. Y si a esto se le suma una actitud positiva ante el propio envejecimiento y una actividad social, se habla de "envejecimiento activo".

d) Envejecimiento Exitoso.

Kanning (2008) y Hilton et al. (2012), definen el concepto de envejecimiento exitoso como un concepto multidimensional que contiene y trasciende la salud física y mental, incorporando también factores biológicos y sociales.

Rowe y Khan (1997) proponen un modelo individual de envejecimiento exitoso, en el que combinan tres componentes:

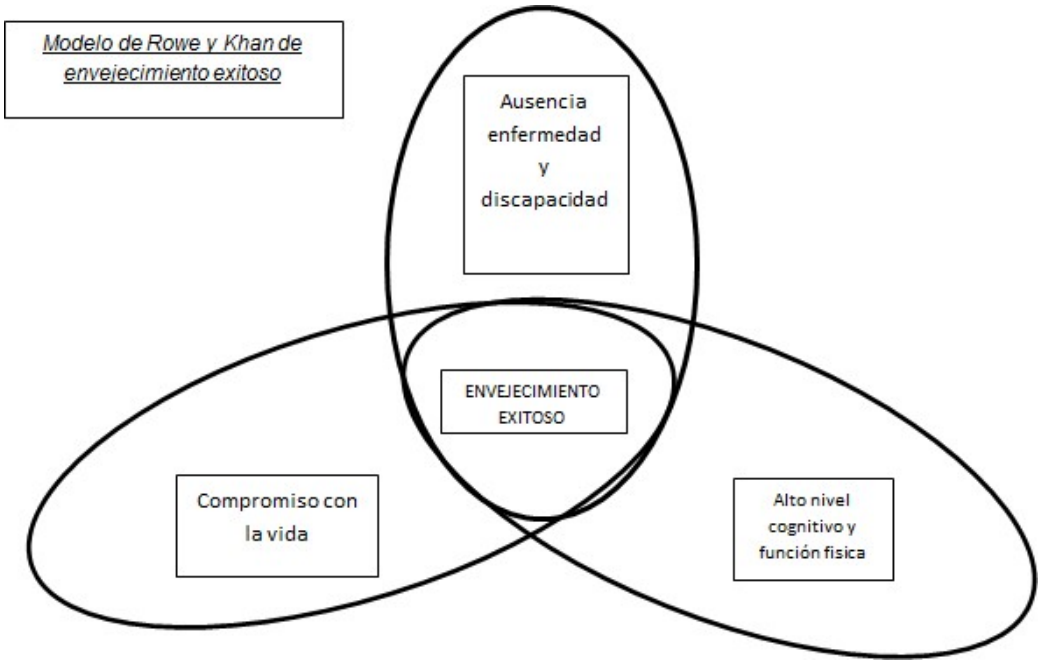
1- Baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez.
2- Alto funcionamiento físico y cognitivo.
3- Compromiso activo con la vida.

Los investigadores indican que los tres componentes están relacionados entre sí, de manera tal que uno hace posible el mantenimiento de los otros dos, en el sentido que la ausencia de enfermedad contribuye al buen funcionamiento físico y cognitivo y de este modo se mantenga la participación activa en la vida (Tate et al., 2003).
A su vez, cada uno de estos componentes es un indicador independiente.

Dichos autores indican también que el envejecimiento exitoso no solo es la ausencia de la enfermedad, o mantener en función sus capacidades, es la combinación con la participación activa en la vida, es decir con el compromiso activo con la vida.

Este compromiso activo con la vida se refiere al soporte afectivo de la familia y los amigos, con quienes mantiene una relación de intercambio de apoyo y asistencia. Y también a la realización de actividades productivas, ya sea con servicios a la comunidad desde lo social, económico, espiritual o cívico.

Figura 2



En este modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn, está la teoría de la actividad, cuya hipótesis señala que ejercer gran cantidad de roles sociales o interpersonales se correlaciona con un alto nivel de adaptación y satisfacción vital percibida por el AM. Es decir que, si se mantiene un estilo de vida activo y con diferentes roles sociales, se logra una mejor adaptación psicológica a las actividades de la vida diaria. (Francke, et al., 2011).

Si bien el envejecimiento puede ser tomado como una etapa de declive o de pérdida progresiva e irreversible de capacidades, el concepto de envejecimiento exitoso, da cuenta que si las personas participan en acciones de promoción, cambio o transformación de sus estilos de vida, pueden evitar enfermedades y por lo tanto mejorar sus posibilidades de envejecer mejor (Cheng, 2014; Liffiton et al.,2012; Gallardo-Peralta et al., 2017).

Numerosos estudios indican definiciones diferentes del significado de envejecimiento exitoso (Depp y Jeste, 2006).

Para Oddone y Chernobilsky (2019) el concepto de envejecimiento exitoso tiene alguna coincidencia con el envejecimiento activo en el punto que ambos conceptos proponen a la participación social como punto clave en el proceso de envejecimiento.

e) Envejecimiento Productivo.

Ryan y Butler (1996) definen el envejecimiento productivo como “la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse independiente”.

Así entonces, el concepto de “envejecimiento productivo” considera el valor económico del tiempo libre disponible, es decir que está ligado económicamente al sistema de pensiones como a las otras actividades en las que su participación no sea remunerada, ya sea actividades de ocio y proveer cuidados y apoyo (Oddone y Chernobilsky, 2019).

f) Envejecimiento Saludable

La OMS (2015), define el concepto de envejecimiento saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. La capacidad funcional se entiende como la capacidad, con relación a la salud, que tiene una persona de ser o hacer lo que le resulte importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno y la interacción entre ambas.

Así entonces, esa interacción entre las personas y su entorno se verá reflejada en el envejecimiento saludable.

Una de las actividades para adultos mayores es el trabajo en grupo, participando en éstos se arma una red social que viene a compensar las pérdidas sufridas. De esta manera se revierte el proceso de pérdidas de la red personal que es común en esta etapa de la vida, y se brindan oportunidades de entablar nuevos vínculos (Sluzki, 1998).

Estos dispositivos grupales son útiles también para que las personas forman y sostienen creencias positivas sobre sí mismas, del futuro y del mundo, la aplicación de estos principios positivos puede promover una “vejez exitosa”. Estos grupos terapéuticos y de reflexión de adultos mayores, suelen tener como objetivo lograr el bienestar de los integrantes. La psicología positiva ha realizado aportes teóricos y técnicos muy significativos en esta área, ya que el bienestar de las personas es el resultado del equilibrio entre las emociones positivas asociadas a su pasado, presente y futuro. Además, constituyen una red que compensa el deterioro propio del paso del tiempo, y promueve a que las personas que forman parte del

grupo sean resilientes al ser el “otro significativo” de su compañero y que puede sostenerlo y acompañarlo (Jaskilevich et al., 2016).
Kanje (2015) define a la vejez como aquella etapa de la vida en que las señales del envejecimiento se tornan más visibles y reflejan el paso del tiempo.

Tal como indica Serrano (2013) luego de los 60 años el cuerpo presenta cambios tanto morfológicos como funcionales en todos los órganos y sistemas y no se da de la misma forma en todos los individuos. Estos cambios dependen de muchos factores ya que no todos envejecen del mismo modo. Los factores genéticos y ambientales influyen directamente en cada individuo, ya que no es lo mismo envejecer en condiciones de riqueza o pobreza, con un sistema de salud o sin él, con buenas condiciones laborales o no, con hábitos saludables o conductas de riesgo.

Para los pueblos originarios, las personas mayores son las que traspasan los conocimientos, como es el caso de la medicina tradicional. En esas culturas, a medida que se envejece aumenta el estatus y el rol social (Gomez et al., 2013). La vejez para estos pueblos, era sinónimo de sabiduría y prestigio, poder y liderazgo. Llegar a edad avanzada era ingresar automáticamente al concejo de ancianos (Gómez et al., 2013)

Para la cultura mapuche se es viejo cuando ya no se hace lo que antes se hacía. Es decir, cuando el adulto mayor ya no puede realizar, entre otras cosas, tareas o actividades para la mantención de la familia, es en ese momento que cumple un nuevo rol en la comunidad y es el de promoción y protección del patrimonio cultural, y pasan a ser respetados y valorados dentro de sus comunidades (Gomez et al., 2013)

Con la escasez de ancianos, la vejez era algo digno de admiración y respeto (la esperanza de vida era de treinta tres años), los viejos eran los que transmitían los usos y costumbres de la aldea y del conocimiento y sus tradiciones, además de ser los que dirigían los rituales cívicos-militares, eran también los encargados de dirigir al pueblo, y éste confiaba en su buen juicio para dirigirlos dado por la experiencia los años vividos le ha había dado (Gomez et al., 2013)

En el primer cuarto del siglo XX se produjo un cambio en el sistema político de estos pueblos, y pasó de ser un esquema de gobierno tradicional a un esquema moderno partidista, así

entonces el Concejo de Ancianos quedó despojado de su poder, fue marginado y excluido de sus funciones políticas y fue relegado a funciones rituales. En el nuevo esquema con leyes escritas, la edad adulta mayor dejó de ser tan importante para ejercer la autoridad política y cultural, dejó de ser necesario para la transmisión de su cultura, y la toma de decisiones. Con este panorama la vejez comienza a estigmatizar, se enfrentan a una sociedad que imita a otra cultura en el sentido de jerarquías e instituciones oficiales, en la que ser anciano no es precisamente un honor y no representa la mejor etapa de la vida (Gómez et al., 2013)

De modo que la vejez se va construyendo en la sociedad y está relacionado con el contexto sociocultural e histórico, es decir que hay varias formas de envejecer. A pesar de esto y aunque el organismo se desgaste o deteriora, no necesariamente hay un declinamiento en lo emocional. Es aquí donde las características de la personalidad juegan un papel muy importante ya que propician los vínculos sociales y repele la vulnerabilidad emocional como refieren Manes et. al. (2016).

A través de diferentes categorías como el desarrollo personal, la alteración del estado físico, las pérdidas y cambios del rol social, la falta de recreación, las personas mayores se manifestaron y resultó relevante la necesidad de sentirse útiles para la sociedad y su familia, reconociendo también que su capacidad funcional disminuye con los años, sintiendo limitaciones físicas y aun así manifiestan que su fortaleza es su salud mental y es lo que los mantiene vivos y activos (Techera et al., 2017).

Asimismo, Iacub (2010) indica que en la vejez se produce lo que él denomina identidad narrativa. Es un recurso teórico profundo con el que se explican situaciones de cambio o crisis vitales en donde se prefiguran situaciones, explora mediante relatos, situaciones significativas para dar sentido a situaciones o etapas vitales de disrupción o discrepancias del sí mismo, como por ejemplo en la jubilación, en el síndrome de nido vacío y en los cambios corporales.

Dado el envejecimiento de la población y el incremento de la expectativa de vida con buena salud, resulta que la vejez es una etapa de la vida que puede durar más de cincuenta años superando a las otras dos, y que se hace imprescindible considerar la estructura del mercado de trabajo como una opción para la integración de trabajadores adultos mayores dentro del paradigma del envejecimiento productivo y activo (Oddone y Chernobilsky, 2019).

Es por ello que el envejecimiento requiere de teorías que permitan argumentar los cambios y las pérdidas.

A continuación, se presenta un cuadro en el que se diferencian los distintos tipos de envejecimiento. Ver Figura 3 *Figura 3*

Envejecimiento Activo	Participación del individuo en cuestiones, sociales, económicas religiosas y cívicas con aumento de actividad física
Envejecimiento Exitoso	Combinación de 3 componentes: la ausencia de la enfermedad, mantener en función las capacidades y participación activa en vida.
Envejecimiento Productivo	Capacidad del individuo a realizar, no solo un trabajo remunerado, sino también actividades de voluntariado, ayudar la familia y mantenerse independiente.
Envejecimiento Saludable	La capacidad funcional, con relación a la salud, que tiene una persona de ser o hacer lo que le resulte importante para ella.

l

Resultados

Estadística descriptiva.

En la muestra estudiada de 60 personas (45 mujeres y 15 hombres), la distribución por sexo condice con una de las principales características de la población de adultos mayores de la "feminización de la vejez", el rango de edad fue de 60 a 87 años, la edad media 66,06, el mayor porcentaje con nivel universitario (39%) como así también gran porcentaje se encuentran aún en actividad laboral (58%).

Para esta muestra, los niveles de envejecimiento exitoso se encuentran por debajo/por encima/son similares de la media.

Los resultados se resumen en la Tabla I.

Tabla I. *Estadística descriptiva de las principales variables medidas*

Variables	*M(DS)*	Mediana	*95% IC*	*Range*	*n*
Desempeño funcional	6.86(1.08)	7.00	[6.59-7.13]	4-8	64
Intrapsíquicos	22.55(2.86)	23.00	[21.83-23.26]	14-28	64
Espiritualidad	4.33(2.04)	4.00	[3.82-4.84]	0-8	64
Gerotrascendencia	19.23(2.88)	19.00	[18.51-19.96]	10-24	64
Propósito/Satisfacción	10.00(1.44)	10.00	[9.64-10.36]	7-12	64
Envejecimiento Exitoso	62.97(6.78)	63.00	[61.28-64.66]	46-79	64
Familia	23.94(3.56)	25.00	[23.05-24.83]	15-28	64
Amigos	23.98(3.42)	25.00	[23.13-24.84]	13-28	64
Otros Significativos	25.39(3.02)	26.00	[24.63-26.15]	15-28	64
Apoyo Social	73.95(8.71)	77.00	[71.78-76.13]	45-84	64
Edad	66.06(6.91)	63.50	[64.34, 67.79]	60-87	64
Escolaridad	3.03(0.95)	3.00	[2.79-3.27]	1-4	64

Nota: IC: Intervalo de confianza.

Asociaciones entre las variables medidas

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas y positivas entre el envejecimiento exitoso y sus dimensiones. Lo mismo sucedió para el apoyo social. Esto indica que a medida que aumentan las subdimensiones de ambas variables, también lo hacen sus puntajes totales.

A su vez, se hallaron asociaciones positivas y moderadas entre el envejecimiento exitoso, el apoyo social, y sus subdimensiones. Esto quiere decir que a medida que los adultos mayores perciben que aumenta de forma exitosa su envejecimiento, también lo hace su apoyo social. Por último, no se encontraron asociaciones entre el envejecimiento exitoso y el apoyo social (y sus respectivas subescalas) con las variables sociodemográficas de escolaridad y edad de la muestra (p> .05).

Los resultados de las correlaciones se resumen en la Tabla II.

Tabla II. *Asociaciones entre envejecimiento exitoso, apoyo social y variables sociodemográficas*

Medidas	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Envejecimiento exitoso	-	.424**	.673**	.539**	.805**	,659**	,414**	,426**	,311*	,462**	0.09	,017
2. Desempeño funcional		-	,420**	.006	.122	.152	-,031	,059	-,086	,007	-,128	,096
3. Intrapsíquicos			-	.05	.04	-.00	-.00	-.00	.02	.03	.00	.02
4. Espiritualidad				-	.08**	.00	-.02	.00	.07**	-.09**	-.17**	-.14**
5. Gerotrascendencia					-	-.01	.02	.16**	.35**	.06*	-.12**	-.01
6. Propósito/Satisfacción						-	.12**	.55**	.34**	.07*	.01	.40**
7. Apoyo Social							-	.19**	.03	.35**	.33**	.23**
8. Familia								-	.44**	.12**	.03	.42**
9. Amigos									-	-.08**	-.26**	.03
10. Otros significativos										-	.46**	.37**
11. Edad											-	.55**
12. Escolaridad												-

Nota. Las correlaciones r de Pearson fueron reportadas para todas las variables.
*p<.05. **p<.01.

Comparación de grupos

No se encontraron diferencias en el envejecimiento exitoso y el apoyo social (con sus respectivas subescalas) en función del género (p> .05).

Discusión

El resultado de este estudio muestra que entre el envejecimiento exitoso y sus sub-dimensiones y el apoyo social y sus sub-dimensiones existe una correlación positiva. Esto quiere decir que a medida que los adultos mayores perciben que aumenta de forma exitosa su envejecimiento, también lo hace su apoyo social.

Por el contrario, no se encontraron asociaciones entre el envejecimiento exitoso y el apoyo social (y sus respectivas subescalas) con las variables sociodemográficas de escolaridad y edad de la muestra.

En otras palabras, la edad y la escolaridad no son determinantes para el envejecimiento exitoso y el apoyo social. Es la personalidad, tal como lo indica Manes (2016) que juega un papel muy importante ya que favorece los vínculos sociales y ahuyenta las emociones negativas. Esta hipótesis podría dar inicio a futuras investigaciones.

Conclusiones

En cuanto al primer objetivo de examinar la relación entre el envejecimiento exitoso y el apoyo social, los resultados han reforzado la hipótesis planteada sobre la existencia de relación positiva entre estos constructos.

Tal como lo indica Lambiase et al. (2020), lo importante que es potenciar redes sociales en los AM para así envejecer con mayor calidad de vida, propiciar actividades sociales, y de esta manera ir mejorando la salud física y mental.

Con respecto a los objetivos de examinar los niveles tanto del envejecimiento exitoso y el apoyo social, en este estudio los niveles fueron en general altos.

En la medida que sube el nivel de apoyo social percibido también sube el nivel de envejecimiento exitoso.
Es por esto la importancia de estimular, promover, invertir y mantener las redes sociales, ya que esto es parte integrante del envejecimiento exitoso.

Se puede señalar que el envejecer bien no se reduce a pensarlo en un solo individuo, sino que debe ser pensado a nivel social.

Este estudio pretende visibilizar la importancia de las redes de apoyo social en la vejez, y la relación positiva con el envejecimiento exitoso.
Procurar a través de este estudio, políticas públicas para propiciar actividades para los adultos mayores, con la finalidad de promover un compromiso con la vida, como así también comenzar a trabajar desde los jóvenes en cambios saludables para lograr llegar a la vejez con baja probabilidad de enfermar y lograr un alto nivel cognitivo y función física.

Limitaciones de la investigación y futuras líneas de investigación

Las limitaciones encontradas en este estudio son el tamaño y el tipo de la muestra, ya que las personas encuestadas fueron 64 de las cuales 49 eran mujeres y 15 eran hombres, de modo que la muestra no es homogénea, por tal motivo se espera realizar un estudio con una muestra con la misma cantidad de hombres que de mujeres.

La siguiente limitación fue la forma en que se accedió a las respuestas, puesto que fue a través de un formulario de google, el resultado estuvo dirigido a las personas que tienen manejo de internet.

Y por último, el sesgo de la muestra con respecto al nivel educativo, puesto que la mayoría tiene estudios universitarios.

Para finalizar, de este estudio se desprende la importancia de realizar futuras investigaciones con una muestra homogénea en cuanto a sexo, nivel socioeconómico y nivel académico.

Referencias Bibliográficas

Antonucci, T.C. e Israel, B.A. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and network member's responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 432-437.

Arechabala Mantuliz, M. C., y Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibida en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, *8*(1), 49-55.

Arias, C. y Polizzi, L. (2011) La amistad en la vejez. Funciones de apoyo y atributos del vínculo. III Congreso Internacional de Psicología. 22 al 16 de noviembre de 2011 UBA, Ciudad autónoma de Buenos Aires, publicado en CD de trabajos completos ISSN: 1667-6750.

Arias, C. (2004). Red de apoyo social y bienestar psicológico de las personas de edad. Universidad Nacional de Mar del Plata. Editorial Suárez.

Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, *1*(1), 147-158.

Arias, C. J. (2014). Vínculos de apoyo y emociones en la vejez. *Larna–argentina-2014*, 141.

Arias, C. J. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontologia*, *18*, 149-172.

Arredondo, N. H. L., Rogers, H. L., Tang, J. F. C., Gómez, S. L. P., Arizal, N. L. O., Pérez, M. Á. J., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, *5*(1), 142-150.

Azpiazu, L., Esnaola, I., & Sarasa, M. (2015). Capacidad predictiva del apoyo social en la inteligencia emocional de adolescentes. *European journal of education and psychology*, *8*(1), 23-29.

Caplan, R. D., Cobb, S., & French, J. R. (1975). Relationships of cessation of smoking with job stress, personality, and social support. *Journal of applied psychology*, *60*(2), 211.

Ceberio, M. R. (2021). COVID-19: LA MUERTE EN SOLEDAD-AISLAMIENTO, MIEDO AL CONTAGIO Y DUELO EN PANDEMIA. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, *19*(2), 248-268.

Centro Latinoamericano de Desarrollo, C. E. L. A. D. E. (2008). Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos.

Cheng ST. Defining successful aging: the need to distinguish pathways from outcomes. Int Psychogeriatr 2014;26 (4): 527-31.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

Cobo S. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. Gerokomos 2009; 20: 172-4.

Córdoba, V., Pinazo-Hernandis, S., & Viña, J. (2018). Envejecimiento exitoso en nonagenarios y centenarios valencianos. Estudio de los centenarios en Valencia. *Therapeía*, (10), 33-55.

Correa Bautista, J. E., Gámez Martínez, E. R., Ibáñez-Pinilla, M., & Rodríguez Daza, K. D. (2011). Aptitud física en mujeres adultas mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo. *Revista Salud UIS, ISSN 0121-0319, Vol. 43/No. 3 (2011); pp. 263-269*.

Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*(1), 6-20.

Documento OMS (2002) Envejecimiento activo: un marco político Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/do-cumentos/oms-envejecimiento-01.pdf

Fernández-Ballesteros R, López Bravo M. (2002). Ocio y tiempo libre. En: Fernández-Ballesteros R, editor. *Vivir con vitalidad*. Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J. Y., y García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad»®. *Revista española de geriatría y gerontología*, *40*(2), 92-103.

Fernandez-Ballesteros, R. (2019). The Concept of Successful Aging and Related Terms. In R.

Francke, L., González, B., & Lozano, L. (2011). Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual. *Ama y trasciende. Recuperado de http://amaytrasciende. org/docs/públicos/Envejecimiento*, *20*, C2.

Fusté Bruzain, M., Pérez Inerárity, M., & Paz Enrique, L. E. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, *14*(27), 1-12.

Gallardo-Peralta L, Cuadra-Peralta A, Cámara-Rojo X, Gaspar-Delpino B, Sánchez-Lillo R. Validación del inventario de envejecimiento exitoso en personas mayores chilenas. Rev. méd. Chilena. 2017; 145(2): 172-180. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200004

Gallardo-Peralta, L. (2013). «Redes de apoyo social en personas mayores chilenas. Aspectos estructurales y funcionales». Revista Trabajo Social, 84, 9-18. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/308694920_Redes_de_apoyo_social_en_personas_mayores_chilenas_Aspectos_estructurales_y_funcionales

Gallardo-Peralta, L., Conde-Llanes, D., & Córdova-Jorquera, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, *27*(3), 104-108.

Gallardo-Peralta, L., Cuadra-Peralta, A., Cámara-Rojo, X., Gaspar-Delpino, B., Sánchez-Lillo, R. (2017). Validación del inventario de envejecimiento exitoso en personas mayores chilenas. *Revista médica de Chile*, *145*(2), 172-180.

Gómez, L. R., Gámaz, A. B. P., Córdoba, S. F., & Benítez, S. V. (2013). La gerontocracia y el consejo de ancianos. *Península*, *8*(1), 7-24.

González T. (2016). Síndrome de Sobrecarga en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores (Tesis inédita de Grado). Universidad de Congreso.

Gottlieb, B.H. (1983). Social support strategies: Guidelines for mental health practice.Beverly Hills, EE.UU.: Sage Publications.

Gracia Fuster, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós.

Guido, P. y López m. (2009). Temas de Psicogerontología: Investigación, clínica y recursos terapéuticos. Bs. As: Ed. Akadia.

Hilton JM, González CA, Saleh M, Maitoza R, Anngela-cole L. Perceptions of successful aging among olde latinos, in cross-cultural context. J Cross Cult Geronto 2012; 27(3): 183-99.

House, J.S. (1981). Work stress and social support. Chicago, EE.UU.: Addison-Wesley.

Huenchuan, S y Sosa, Z. (2002). «Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile». Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Jaskilevich, J., Lopes, M. A., & Pepa, M. J. (2016). El entrenamiento cognitivo en adultos mayores: efectos subjetivos desde el enfoque de la psicología positiva. In *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Kanning M, Schlicht W. A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable “physical activity”. Eur Rev Aging Phys Act 2008; 5(2): 79-87.

Lambiase, S., Tolli, M. M., Cuzi, T. G., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., & Robert, Y. (2020). Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. *Revista de Psicología [Internet]*, *6*(1), 1-16.

Lazarus RS, Lazarus BN. Coping with aging. Cary: Oxford University Press; 2006.

Lesende, I. M., Zurro, A. M., Prada, C. M., & García, L. A. (2007). Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *42*, 4-6.

Liffiton JA, Horton S, Baker J, Weir, PL. Successful aging: how does physical activity influence engagement with life? Eur Rev Aging Phys Act 2012; 9(2): 103-8.

Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). Social support, life events and depression. Nueva York: Academic Press.

Lozano, G., Crespo, G., & Falus, M. (2017). Hacia un envejecimiento Activo, promoción de políticas públicas y participación. In *12º Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias 13 al 17 de noviembre 2017 Ensenada, Argentina. Educación Física: construyendo nuevos espacios*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física.

Lynch, S. A. (1998). Who supports whom? How age and gender affect the perceived quality of support from family and friends. *The Gerontologist*, *38*(2), 231-238.

Martina, M., Amemiya, I., Piscoya, J., Pereyra, H., & Moreno, Z. (2019, April). Percepción del envejecimiento exitoso en docentes de una facultad de medicina. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 80, No. 2, pp. 167-172). UNMSM. Facultad de Medicina.

Martínez, M. et al. "La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social" Revista de Psicología Social 10(1), pp. 61-74. 1995

Meléndez- Moran, J. C.; Tomás- Miguel, J. M. yNavarro- Pardo, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud pública de México*, 49, 6, 408-414.

Molinet, S. (2017). ¿ Existen políticas de promoción para el ejercicio de derechos de las personas mayores de pueblos originarios, a 10 años del Plan Mundial sobre Envejecimiento. *Revista Red Latinoamericana de Gerontología*, *19*.

Muñoz, M. y Reyes, C. (1997). Una mirada al interior de la familia. *Revista Pontificia Universidad Católica de Chile*, 20.

Naciones Unidas. Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 mayo; 2012.

Naciones Unidas. (1982) Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Viena, Austria, 26 julio a 6 de agosto de 1982.

Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. In Madrid, . 127.

Nasution, L. A., & Pradana, A. A. (2021). Las poblaciones vulnerables enfrentando los desafíos durante la pandemia del covid-19: una revisión sistemática. *Enfermería Global*, *20*(63), 601-621.

Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. *Envejecimiento en red*, 4, 9, 1-9.

Oddone, M. J., y Chernobilsky, L. (2019). Envejecimiento productivo: el trabajo después de los sesenta. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, *33*(2).

Organización Mundial de la Salud. (2015) Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.

Pacheco Halas, M. N., & Alfaro Urquiola, A. L. (2018). Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, *15*(15), 15-28.

Pantusa, J. & Polizzi, L. (2014) Estudio de los vínculos de la red de apoyo social y su relación con las emociones ira, tristeza y alegría en adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.VI Congreso Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología Mar del Plata.

Parenti, M. (2020). Personas mayores y pandemia COVID 19: estrategias de cuidado del dispositivo de atención comunitaria Club de Día. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Polizzi, L. (2011) ¿Qué vínculos brindan mayor satisfacción en la vejez? V Congreso Marplatense de Psicología. 1, 2 y 3 de diciembre de 2011. Facultad de Psicología. UNMDP. Mar del Plata publicado en CD de trabajos completos ISBN 978-987-544391-4, 2011.

Polizzi, L. (2012) Vínculos en la vejez: análisis de las relaciones más satisfactorias. Simposio Interdisciplinario de Salud. Congreso de Gerontología del Centro del País: "Justicia, Salud y vejez – Gerontología en Movimiento" 2 y 3 de noviembre de 2012 Córdoba.

Regazzoni, C.J. El cambio demográfico en la Argentina. Retrieved from

Reyes, C., Camacho, M., Eschbach, K., & Markides, K. (2006). El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano. Colombia Médica, 37, 45-49.

Rodriguez, G., Zangara, V., & Preedin, M. G. Grupo: GT10 POLÍTICAS SOCIALES LA POLÍTICA SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES. LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Rowe, J y Kahn, R. (1997), Successful aging. The Gerontologist, 37(4), pp. 433-440.

Russo, M. J., Cohen, G., Campos, J., & Allegri, R. F. (2021). COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo:¿ puede influir el aislamiento social en la enfermedad?. *Neurología Argentina*, *13*(3), 159-169.

Ryan, E. B., & Butler, R. N. (1996). Communication, aging, and health: Toward understanding health provider relationships with older clients. *Health Communication*, *8*(3), 191-197.

Ryff, C.D. & Singer, B. (2007). Ironías de la condición humana: bienestar y salud en el camino a la mortalidad. En Aspinwall, L.G. & Staudinger, U.M. (eds.) Psicología del P á g i n a 151 | 454 Potencial Humano. Cuestiones fundamentals y normas para una Psicología Positiva. (p. 111- 126). Barcelona: Gedisa.

Serrano, J. (2013). El papel de la familia en el envejecimiento activo. *Informe TFW*, *2*.

Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica.* Gedisa.

Tate, R., Lah, L. y Cuddy, E., (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males. The Manitoba follow-up Study. *The Gerontologis*t, 43(5), 735-744.

Techera, M. P., Ferreira, A. H., Sosa, C. L., Marco, N. V. D., y Muñoz, L. A. (2017). Significados que le atribuyen al envejecimiento activo y saludable un grupo de personas mayores que viven en comunidad. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *26*.

Thoits, P. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. J*ournal of Health and Social Behavior,* 23(3), 145-159.

Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública de México*, *38*(6), 513-522.

La intervención del psicólogo en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal

The intervention of the psychologist in the Neonatal Intensive Care Service

Salas María Laura*, Ferrari Carla* y Pablo Domingo Depaula **

*Hospital Español de la ciudad de La Plata. Instituto Medico Platense.

**Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad de la Defensa Nacional, Centro de Investigaciones Sociales y Humanas para la Defensa.

Resumen

La Psicología Perinatal constituye un área de la psicología cuyo objetivo es acompañar a la persona gestante y a su familia durante el embarazo, parto y puerperio, y durante los primeros dos años de vida del niño. Afrontar adecuadamente estas etapas favorecerá el desarrollo de un apego seguro de los cuidadores principales con su bebé y ayudará a la prevención de posibles futuras dificultades. El trabajo del psicólogo perinatal se caracteriza por un encuadre flexible, que va más allá de las condiciones físicas y ambientales, y responde a las demandas emergentes, que no surgen principalmente de los pacientes, ni se desarrollan en un ambiente físico clásico como el que constituye el consultorio externo. El abordaje se realiza desde una perspectiva interdisciplinaria basada en el trabajo en equipo con los profesionales del servicio, teniendo como eje central una atención y mirada integral del nacimiento. El psicólogo se integra a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como un agente de salud mental, considerando a la salud como el resultado de un proceso en el cuál interactúan factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales e históricos. El objetivo del presente artículo es visibilizar la importancia de la presencia del psicólogo en estos ámbitos de salud cargados de angustia e incertidumbre.

Palabras claves: Maternaje, internación, puerperio, duelos, sostén.

Abstract

Perinatal psychology constitutes an area of psychology whose objective is to accompany the pregnant person and their family during pregnancy, childbirth and the postpartum period, and during the first two years of the child's life. Appropriately dealing with these stages will favor the development of a secure attachment of the main caregivers with your baby and will help prevent possible future difficulties.

The work of the perinatal psychologist is characterized by a flexible setting, which goes beyond physical and environmental conditions, and responds to emerging demands, which do not arise mainly from patients, nor are they developed in a classic physical environment like the one that constitutes the outpatient clinic. The approach is carried out from an interdisciplinary perspective based on teamwork with the professionals of the service, having as its central axis an integral attention and look at the birth. The psychologist is integrated into the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) as a mental health agent, considering health as the result of a process in which genetic, psychological, social, cultural and historical factors interact.

The objective of this article is to make visible the importance of the psychologist's presence in these health settings full of anguish and uncertainty.

***Key words**: Maternity, hospitalization, puerperium, duels, support.*

Introducción

La Psicología Perinatal es un área de la psicología cuyo principal objetivo es acompañar a la persona gestante y a su familia durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante los primeros dos años de vida del niño. Afrontar adecuadamente estas etapas favorecerá el desarrollo de un apego seguro de los cuidadores principales con su bebé y ayudará a la prevención de posibles futuras dificultades.

El quehacer del psicólogo en los servicios de maternidad y en las UCIN es contextualizado desde un enfoque centrado en la familia, a través del cual todo el equipo de salud anima e impulsa a los cuidadores principales a asumir un rol activo en el cuidado de su bebé. El modelo denominado Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. Una MSCF se basa en una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención del recién nacido. Busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y del niño/a, contribuyendo a mejorar la calidad de atención (Larguía et al., 2012).

Partiendo de dicho paradigma, la atención no se focaliza solamente en el bebé internado, sino en el entramado vincular que va a sostener al neonato.

Tomando en consideración los aportes de Oiberman (2013) en el área de la Psicología Perinatal, se resalta un cambio de perspectiva respecto a la concepción de la maternidad. Es así como el nacimiento es considerado de manera universal como una crisis vital evolutiva, lo que implica entender el proceso de la maternidad como un hecho que excede lo biológico y, por lo tanto, debe ser abordado desde un enfoque interdisciplinario, y desde la concepción del individuo como un ser bio-psico-socio-cultural. Se trata entonces de una construcción sociocultural que imprime huellas en el psiquismo de las personas gestantes. Se resalta la diferencia entre el aspecto biológico de la maternidad y el concepto de maternaje. Este último incluye los procesos psicoafectivos que se despliegan en la mujer en ocasión del nacimiento de un hijo/a, dando lugar a una crisis vital que afecta a toda la familia (Oiberman, 2013). No se trata solo del embarazo en sí, sino del embarazo, el parto y el puerperio. Esta crisis vital y evolutiva será transitada por cada persona en base a numerosos factores, siendo necesario tener en cuenta la historia personal de la mujer, la estructura de su personalidad, su situación actual, las características del bebé y la ubicación de este niño/a en el encadenamiento histórico de su familia (Oiberman, 2004).

Racamier (1961), por su parte, desarrolla el concepto de parentalidad definiéndolo como un proceso madurativo de reajustes psíquicos y afectivos que posibilitan responder a las demandas tanto psíquicas, físicas y emocionales de sus hijos transformándose en padres. A su vez, Stern (1997) concluye que el momento concreto del nacimiento puede ser cuando una

mujer se convierte físicamente en madre, pero el nacimiento psicológico de una madre resulta más complejo. El relato del nacimiento se convierte en una combinación de hechos, fantasías y mitos, convirtiéndose en una guía narrativa vital que marca el camino de la maternidad. Es indudable que la experiencia del nacimiento influye en la relación temprana de la madre con su bebé (Stern, 1997).

El embarazo y puerperio constituyen un período de máxima vulnerabilidad provocado por los cambios hormonales, físicos, sociales y psíquicos. En esta etapa hay una mayor probabilidad de que surjan trastornos psíquicos que repercuten en el estado emocional, físico y psicológico, afectando tanto a la familia como el vínculo con el bebé. Los mismos han sido categorizados como: el *baby blues,* la depresión post parto y la psicosis posparto.

El baby blues es el que resulta más frecuente de los cuadros mencionados, con una prevalencia entre el 50% y 80% de los casos. Se refiere a la presencia de una labilidad emocional, tristeza, ansiedad, irritabilidad y angustia frente a la imposibilidad de responder a ciertas demandas de su hijo/a. Se trata de un estado transitorio que no resulta patológico, sin embargo, puede aumentar el riesgo de padecer una depresión post parto, por lo que es necesario visibilizar, acompañar a la mujer y disminuir los factores de riesgo (Serdan Medina, 2013).

Por otro lado, se encuentra la depresión puerperal afectando al 20% de las mujeres que transitan un puerperio. En varias ocasiones, se pueden observar algunos indicios de su existencia durante el embarazo, momento crucial para prevenir futuras dificultades. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después, pudiendo afectar luego de cualquier tipo de nacimiento o número de gesta. La depresión puerperal requiere un tratamiento y acompañamiento de parte de un profesional de la salud mental (Serdan Medina, 2013).

Por último, una o dos de cada mil mujeres puede presentar lo que se denomina psicosis puerperal, un trastorno que suele aparecer de manera brusca a los pocos días del nacimiento o incluso durante el primer mes. Requiere una intervención inmediata y un acompañamiento continuo de parte de los profesionales de la salud mental como así también de la red de sostén. La psicosis puerperal se caracteriza por la presencia de un estado onírico y de confusión aguda en las mujeres que la padecen. En este momento hay posibilidades de que ocurra un

infanticidio u homicidio, por lo que se requiere de un acompañamiento continuo y una atención integral (González Castro et al., 2016).

En base a lo expuesto los profesionales de la salud deben conocer y familiarizarse con los síntomas e indicadores de cada uno de los cuadros mencionados y de esta manera aprender a reconocerlos, comprender los factores de riesgo y las estrategias de tratamiento, y la importancia de la intervención temprana, como así también el estado emocional de las mujeres que se encuentran en el puerperio. Vale destacar que los principales factores de riesgo de la depresión post parto son de carácter psicosocial; i.e., la situación real en que se encuentra la persona gestante.

Existe una multiplicidad de factores que influyen en esta etapa particular de la vida de la persona gestante, siendo el personal de salud un eslabón fundamental en dicho momento para cuidar y prevenir posibles inconvenientes y/o dificultades. Las mujeres, en un gran porcentaje, no son diagnosticadas, pero sí son catalogadas como madres incapaces de cuidar de sus hijos/as (Catello López, 2005; González Castro et al., 2016; Maldonado, 2011; Desi Sarli et al., 2019; Serdán Medina 2013).

El objetivo del presente artículo es visibilizar el rol del psicólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y dar lugar a la reflexión sobre sus intervenciones como parte del equipo de salud.

Las familias en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Si con posterioridad al nacimiento se produce la internación del bebé en el Servicio de Terapia Intensiva Neonatal, emerge lo que se denomina una crisis circunstancial y accidental, la cual complejiza el proceso propio de la maternidad y la crisis vital y evolutiva que la misma conlleva (Oiberman, 2013). Frente a la internación, la pareja parental se encuentra en un lugar totalmente desconocido y siente miedo, angustia, tristeza, ansiedad. Esta situación viene a romper con el equilibrio de la familia y en cuestión de poco tiempo, debe adaptarse a este contexto particular para acompañar a su hijo/a, siendo los profesionales de la salud, quienes

deben favorecer, propiciar y acompañar dichos procesos de adaptación (Dierssen-Sotos et al., 2009).

En este contexto, el hijo/a real representa una distancia mayor con el hijo/a idealizado por los cuidadores principales, situación que necesariamente implica la elaboración de un duelo.Dicho proceso se suma a una multiplicidad de duelos que se encuentra atravesando la familia en ocasión de la parentalidad, a saber, el duelo por el cambio corporal posterior al nacimiento, surgimiento de una nueva identidad, nuevos roles y funciones a asumir dentro de la familia y la sociedad, entre otros (Hauser et al., 2015).

Varios autores estudiaron las necesidades de las familias cuando un ser querido ingresa a terapia intensiva demostrando que el principal requerimiento es en torno a la comunicación con los profesionales, donde el acompañamiento y la empatía resultan ser los pilares fundamentales. Necesitan que la información sea clara y precisa, ser escuchados y acompañados en dicho momento. De esta manera, es que el acompañamiento, la comunicación y cómo realizarla se convierten en una de las herramientas más valiosas en estos espacios cargados de angustia, miedos e incertidumbre (Dierssen-Sotos et al., 2009; Leal-Costa et al., 2016; Murillo Pérez et al., 2014; Achury et al., 2016; Llamas-Sánchez et al., 2008; Sánchez-Vallejo et al., 2016; Pardavila Belio et al., 2011; Escudero et al., 2013; González et al., 2007).

Función del Psicólogo en la UCIN

El trabajo del psicólogo perinatal se caracteriza por un encuadre flexible, que va más allá de las condiciones físicas y ambientales, y responde a las demandas emergentes, que no surgen principalmente de los pacientes, ni se desarrollan en un ambiente físico clásico como el que constituye el consultorio externo. El abordaje se realiza desde una perspectiva interdisciplinaria basada en el trabajo en equipo con los profesionales del servicio, teniendo como eje central una atención y mirada integral del nacimiento. El psicólogo se integra a la UCIN como un agente de salud mental, considerando a la salud como el resultado de un proceso en el cuál interactúan factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales e históricos (Oiberman, 2013; Santos, 2017).

Del trabajo realizado en el Servicio de Neonatología del hospital Español describimos las siguientes intervenciones :

- Acompañamiento prenatal en los casos en los cuales existan diagnósticos desfavorables intraútero.

En situaciones como las anteriormente descritas, el equipo médico interviniente toma contacto con el área de salud mental y es ese el momento preciso en que inicia su intervención. Se trabaja interdisciplinariamente diseñando estrategias de abordaje para acompañar a esa familia en particular. No obstante ello, es posible describir algunas acciones generales que favorecen el posterior ingreso de la familia a la UCIN, entre las cuales se encuentran: primera entrevista para conocer a la familia y para que la familia conozca al equipo de salud mental, ingreso de la misma a la UCIN con el objetivo de tomar contacto tanto con el ambiente físico como con el personal de enfermería, posterior entrevista para trabajar el impacto del ingreso, fantasías, temores y ansiedades que pudieran haber surgido.

- Acompañamiento durante la internación en UCIN.

El acompañamiento se realiza desde el ingreso de las familias a la sala hasta el día del egreso, lo que implica iniciar el proceso trabajando el impacto emocional de la internación y finalizar con la preparación para el alta y/o duelos.

- Detectar tempranamente indicios de dificultades en el bebé y/o en el vínculo familia-bebé, con el fin de favorecer una intervención en el momento oportuno.

Resulta de fundamental importancia observar la construcción de los vínculos dentro de las UCIN. En ocasiones, la situación de internación se convierte en una experiencia desbordante que requiere de intervenciones precisas con el objetivo de prevenir posteriores complicaciones en el niño y su entorno.

- Acompañar en procesos de duelo.

En las UCIN las familias atraviesan diferentes duelos que requieren ser elaborados: el ingreso a la terapia implica un quiebre con lo proyectado e idealizado en relación al nacimiento y parentalidad; un bebé con dificultades físicas y/o discapacidad, el fallecimiento de un hijo.

- Brindar contención al equipo de salud de neonatología.

El trabajo cotidiano con las familias y con las situaciones de urgencia implica una exposición continua a situaciones límite que requieren ser puestas en palabras tanto individual como grupalmente. Se trabaja con los conceptos de relación y comunicación terapéutica, empatía, distancia emocional, entre otros. A su vez, se trabaja junto al equipo detectando indicadores y signos de estrés y desgaste laboral a los fines de prevenir el *Burnout* y la Fatiga por Compasión (Marin Tejeda 2017; Showalter, 2016).

Herramientas de intervención del psicólogo/a en la UCIN

Para realizar las intervenciones mencionadas detallamos las herramientas pertinentes que son utilizadas en el trabajo cotidiano dentro de la UCIN.

- Observación

Se realiza dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; la disposición física de la misma permite realizar dicha práctica sin interferir en los procesos de vinculación si no es considerado necesario por parte del equipo de salud.

- Entrevista Psicológica Perinatal

La EPP permite detectar sucesos significativos de vida que pueden influir durante el embarazo y parto, a los efectos de introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades (Oiberman, 2013).

- Entrevista semidirigida

Instrumento técnico de uso cotidiano que permite tomar contacto con la problemática de cada familia internada en la UCIN

- Dispositivos grupales: talleres de hermanos, abuelos, enfermeros.

El objetivo de estos espacios es alojar la angustia de las familias que atraviesan la internación del bebé como así también ofrecer herramientas para " aprender a acompañar". Se trabaja con los hermanos según la edad y el motivo de internación
del neonato . En estos espacios es aconsejable que participe el psicólogo y algún otro integrante del equipo de salud.

- Participación en pases de sala.

Tiene por objetivo conocer el estado de salud del bebé y de la dinámica familiar. Asimismo es el momento en el cual se presenta la demanda de nuestra intervención por parte del profesional médico o enfermero. Se conversa entonces sobre los motivos de la misma.

- Acompañamiento en el momento de los Informes médicos.

Entendemos que el momento del informe genera ansiedad y angustia en la familia y malestar en el equipo médico encargado de comunicar las malas noticias. En varias oportunidades ocurre que , a causa del caudal de información como la intensidad de la misma , no comprenden con claridad lo que se les está comunicando ya sea sobre el estado de salud de su hijo/a como del tratamiento a seguir. Es por este motivo que nuestra presencia resulta de importancia como puente entre médico y familia, potenciando la comunicación entre ambos.

- Seguimiento post alta.

Una vez finalizada la internación las familias comienzan una nueva etapa , la cual suele estar cargada de nuevos miedos, dudas y ansiedad . En este momento nos ofrecemos a acompañar esta transición la cual va a depender de cada situación y familia.

Discusión

En base a lo desarrollado hasta aquí, se considera la presencia y el accionar del psicólogo dentro de la UCIN como un elemento fundamental para el trabajo cotidiano y continuo junto al equipo de salud para acompañar a las familias que atraviesan la internación de su hijo/a.

Según Jiménez Flores y Román Maestre (2020), el recién nacido tiene derecho a ser cuidado de la mejor manera posible, para lo cual las familias deben ser alcanzados por un dispositivo de integración que les brinde un acompañamiento para responder a las necesidades de su hijo/a sobre todo si el mismo se encuentra internado en la UCIN. En este contexto el cansancio , el estrés y la angustia que genera el estado de salud de su hijo/a provoca una mayor vulnerabilidad en las familias y en muchas ocasiones un desconocimiento de su función parental y la importancia de la misma para la evolución del neonato.

La exclusión de referentes afectivos en el cuidado de su bebé mediante argumentaciones de índole biológicas, puede constituir un agravio al ISM, al tiempo que si dicha exclusión en sustentada en el cumplimiento de medidas de seguridad debe demostrarse que el nivel de riesgo es proporcional a la medida (e.g., durante la Pandemia COVID-19, exigiendo el cumplimiento de determinadas medidas bioéticas). Los autores concluyen que la pluralidad de identidades y expresiones de género actuales, legitiman la reevaluación de los roles asignados en las UCIN.

Paralelamente, en la última década se han instaurado nuevos dispositivos de atención neonatal en las UCIN sostenidos en el enfoque de atención centrada en la familia, en tanto, el enfoque clásico no logra fomentar el desarrollo neurológico de los recién nacidos y la interacción madre-hijo, diseñando e.g., “habitaciones individuales” que facilitan la permanencia de las familias con sus hijos, mientras se realizan recorridas médicas, procedimientos a otros bebés internados, cambios de turno en el servicio de enfermería, situaciones de emergencia y decesos (Erdeve, Kanmaz y Dilmen, 2012).

En este contexto o ambiente atravesado por situaciones de crisis y sufrimiento individual y familiar, tiene un lugar de relevancia la atención de la enfermería neonatal. Un estudio cualitativo reciente realizado sobre el personal de enfermería de la UCIN de un hospital brasileño, concluyó que las enfermeras constituyen un eslabón central dentro del dispositivo

de atención, dirigido tanto al recién nacido como a su familia, minimizando el daño resultante del proceso de hospitalización, a la par que es necesario incrementar la cantidad de personal de enfermería a fin de reducir la sobrecarga de trabajo y el estrés concomitante (dos Santos Lima et al., 2021).

Se sugiere concretar la incorporación de la modalidad de guardias dentro de estos espacios. Las urgencias ocurren sin horarios y es imperiosa la necesidad de la intervención inmediata en ese preciso momento donde la angustia y el dolor son los principales protagonistas.

Referencias

Achury, D. M. y Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria, 13*(1) 55-60. http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001.

Catello López I. (2006). Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio.

Dierssen-Sotos, T., Rodríguez-Cundín, P., Robles-García, M., Brugos-Llamazares, V., Gómez-Acebo, I. y Llorca, J. (2009). Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra 32*(3), 317- 325.

Dos Santos Lima, I. J., Castelo Branco de Oliveira, A. L., Assis Brito, M., Ribeiro da Costa, G., Soares e Silva, J. y Astres Fernandes, M. (2021). Atención de enfermería en la unidad de cuidado intensivo neonatal desde la perspectiva de las enfermeras. *Revista Cubana de Enfermería, 37*(2), 1-20.

Erdeve, O., Kanmaz, G. y Dilmen, U. (2012). Implementación de habitaciones individuales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un programa sanitario centrado en la familia. Sociedad Iberoamericana de Información Científica.

Escudero D., Vina L. y Calleja C. (2013). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina intensiva, 38*(6), 371-375.

González Castro, P. G., Hulak, F., Sigales Ruiz, S. R. y Orozco Guzmán, M. (2016). Psicosis Puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación.

Perinatología y Reproducción Humana, 30(1), 24-30.

González, M. A. y Naddeo S. J. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental. *Hospital materno infantil Ramón Sarda, 26*(4), 155-158.

Hauser P, Milán A, González C y Oiberman A. (2015). Impacto emocional en madres de bebés internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Aplicación de la entrevista Psicológica Perinatal. *Investigaciones en Psicología, 19* (1), 63-83. https://www.researchgate.net/publication/280319542

Jiménez Flores, J. y Román Maestre, B. (2020). El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia. *Revista de Bioética y Derecho, 50,* 167-188.

Larguía, M. A., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P., Ortiz, Z., Cuyul, A., y Esandi, M. E. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo.* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Leal-Costa, C., Tirado-González, S., van-der Hofstadt Román, C. J. y Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología, 32*(1), 49-59. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.184701.

Sánchez, F., Flores-Cordón, J., Acosta-Mosquera, M. E., González-Vázquez, J., Albar-Marín, M.J. y Macías-Rodríguez, C. (2008). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería intensiva, 20*(2), 50-57.

Maldonado, M. (2011). *La salud perinatal y sus dificultades en la etapa perinatal.* Organización Panamericana de la Salud. https://www.researchgate.net/publication/301348260.

Marin Tejeda M. (2017). Grupal Prevention of burnout and compassion fatigue: Evaluation of a group intervention. *Journal of Behavior, Health & Social Issues 9*, 117–123.

Murillo Pérez, M. A., López, S. y Torrente Vela, C. (2014). Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enfermería intensiva, 25*(4), 137-145. http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2014.09.001.

Oiberman, A. (2004). El rostro oculto de la maternidad. El desarrollo del maternaje. *Revista Universitaria de Psicoanálisis, 4*, 149-168.

Oiberman, A. (2013) *Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal.* Lugar Editorial.

Pardavila Belio, M. I. y Vivar, C. G. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva, 23*(2), 51-67.

Rotenberg, E. (2014). Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos. Lugar Editorial.

Sánchez, Vallejo, A., Fernández, D., Pérez-Gutiérrez, A. y Fernández-Fernández, M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva, 40*(9), 527-540. http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005

Santos, M. S. (2017). Encontrarnos dentro de la incubadora. Escala de Observación del proceso de vinculación madre-bebé durante la internación en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (N-EOV-INC). Lugar Editorial.

Sarli, D. y Ifayanti, T. (2019). Baby blues screeningon post-partum mother by comparing epds and phq-9 methods for health-care service and public applications in lubuk buaya community health care padang city, Indonesia. *Malaysian Journal of Medical Research, 2*(2), 75-78

Serdán Medina, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis puerperal y

la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana, 27* (3), 185-193.

Showalter S. E. (2016). Compassion Fatigue: What Is It? Why Does It Matter? Recognizing the Symptoms, Acknowledging the Impact, Developing the Tools to Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Already Suffering From the Effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 27*(4), 239-242. 10.1177/1049909109354096 http://ajhpm.sagepub.com.

Stern, D. (1997). *El nacimiento de una madre.* Paidós.

Incidencia de la neuropsicología del adolescente en la elección vocacional

Incidence of adolescent neuropsychology in vocational choice

Fernández, Marianela Noelia* **

Gastaldo, Zulma Gabriela* **

*Colegio de Psicólogos de la Pcia. De Bs. As. Distrito XIII
**Universidad de Flores

Resumen

Los procesos de orientación vocacional, en general, son solicitados en la adolescencia. En orientación vocacional las consultas mayoritarias se realizan hacia el final de la educación media dirigiéndose hacia la elección de estudios superiores. Se debe considerar que, la corteza prefrontal, responsable de la inteligencia analítica y la concentración termina de desarrollarse a los 21 años aproximadamente, tiempo que, en muchos casos, resultaría ser más de dos años después de la elección de carrera. Es así que, en el momento de finalizar la escuela media e iniciar estudios superiores, se desarrolla una puja entre esta corteza y la dupla testosterona-

vasopresina que insiste con el cambio de foco hacia otros intereses (Torralva, 2019). En el entrecruzamiento entre lo subjetivo, individual y contextual que implica este tipo de elección, se analizará la incidencia de lo que neuropsicológicamente está sucediendo en el adolescente en ese particular momento. En la bibliografía actual, se encontraron estudios que parten del interés por estudiar la influencia de la dominancia cerebral sobre la toma de decisiones relacionada con el interés vocacional y el desempeño de una carrera profesional (Roque, 2020), las características de dominancia y el tipo de carreras elegidas. También se evalúa la dominancia cerebral y las posibilidades que brinda este conocimiento para diseñar estrategias de mejora para evitar el desgranamiento en los primeros años de las carreras universitarias Este trabajo posee un diseño de investigación teórico (Montero y León, 2007). Se buscó estudiar la relación existente entre el desarrollo neuropsicológico del adolescente y la elección vocacional con el objetivo de evaluar la pertinencia de realizar la elección en ese momento de la vida y poder, a partir de ese conocimiento diseñar estrategias de intervención preventivas.

Palabras clave: Motivación - orientación vocacional - adolescencia

Abstract

Vocational guidance processes, in general, are requested in adolescence. In vocational guidance, the majority consultations are carried out towards the end of secondary education, heading towards the choice of higher studies.

It should be considered that the prefrontal cortex, responsible for analytical intelligence and concentration, finishes developing at approximately 21 years of age, a time that, in many cases, would turn out to be more than two years after choosing a career. Thus, at the time of finishing high school and starting higher education, a bid develops between this cortex and the testosterone-vasopressin duo that insists on changing focus towards other interests (Torralva, 2019).

In the intersection between the subjective, individual and contextual that this type of choice implies, the incidence of what is happening neuropsychologically in the adolescent at that particular moment will be analyzed.

In the current bibliography, studies were found based on the interest in studying the influence of brain dominance on decision-making related to vocational interest and the performance of a professional career (Roque, 2020), the characteristics of dominance and the type of of chosen careers. Brain dominance and the possibilities that this knowledge offers to design improvement strategies to avoid shelling in the first years of university degrees are also evaluated.

This work has a theoretical research design (Montero and León, 2007). We sought to study the relationship between adolescent neuropsychological development and vocational choice in order to assess the relevance of making the choice at that time of life and power, based on this knowledge, to design preventive intervention strategies.

Key words: Motivation- Vocacional guidance - adolescence

Delimitación del objeto de estudio

Los procesos de orientación vocacional, en general, son solicitados en determinado momento de la vida del sujeto: la adolescencia. En orientación vocacional, se trabaja para poder producir una decisión y, en el caso de las consultas mayoritarias que son hacia el final de la educación media, será la elección de estudios superiores. Si bien la categoría de decisión definitiva o para toda la vida quedó desestimada en estos tiempos poco lineales, es cierto que aun así, se trata de decisiones comprometidas y con cierta contundencia.

Esta paradoja temporal -encrucijada entre el momento en que la sociedad reclama una decisión y las condiciones personales para realizarla- se señala desde diferentes teorías del campo psicológico. Desde el psicoanálisis, Lidia Ferrari (1999) refiere que la autonomía, independencia o salida al mundo que se pide a los jóvenes se debe realizar en un momento, anticipado respecto de los propios recursos. Desde el área educacional y psicopedagógica, Müller (2007) postula la importancia de la búsqueda de identidad personal, para definir con más claridad las decisiones que el estudiante deberá empezar a tomar, es decir que entiende a la Orientación Vocacional como un proceso cuyo objetivo es que el consultante pueda reconocerse en la realidad de las actividades ocupacionales; intereses, gustos y preferencias; los deseos del querer y del poder, aprender ciertos oficios o áreas de desarrollo profesional, mientras aún está formando su identidad.

Surgen varias preguntas que motivan este escrito: ¿Es ese el momento adecuado para tomar decisiones? En el entrecruzamiento entre lo subjetivo, individual y contextual que implica este tipo de elección, ¿qué incidencia tiene lo que neuropsicológicamente está sucediendo en el adolescente?

Antecedentes y fundamentación teórica

La neuropsicología del adolescente en el contexto de elección

Cuando se piensa en los recursos neuropsicológicos al momento de la elección de carrera o área profesional en la transición entre la escuela media y estudios superiores, se encuentran como tópicos atendibles: la emoción, los sentimientos, la motivación, la capacidad de planificación, los recursos de afrontamiento. Todos estos factores no se encuentran en pleno desarrollo a la edad que socialmente, se requiere la elección.

Se refiere, a continuación, acerca de las funciones y el desarrollo evolutivo de los conceptos mencionados.

Papez (citado por Villasante, 2022) propuso que las bases anatómicas de la emoción están constituidas por el hipotálamo, el giro cingulado, el hipocampo y sus interconexiones, las cuales forman un mecanismo armonioso capaz de elaborar las funciones de la emoción. Se entiende que este término implica dos condiciones: la manera de sentir y la manera de actuar; la primera vinculada a la experiencia emocional o subjetiva y la segunda, a la expresión de la emoción. Estas regiones cerebrales se originan tempranamente en la evolución de los mamíferos y permanecen altamente conservadas de manera tal de no presentar mayores modificaciones en humanos.

Más tarde, MacLean (citado por Villasante, 2022) a partir de la teoría de la emoción de Papez, elaboró y postuló su teoría sobre la dicotomía de la función emocional, vinculada al arquicórtex o corteza del lóbulo límbico, una región cerebral más antigua a nivel filogenético que el neocórtex siendo, este último, asociado al comportamiento intelectual. En este punto, Tusell (2018) postula que la emoción facilita el aprendizaje y ésta cumple un papel importante

en el desarrollo de las capacidades cognitivas de los humanos. Señala además que la emoción contempla los componentes orgánicos viscerales, y los sentimientos, que se perciben como sensaciones de bienestar, de desagrado o miedo o de interés por algún tema o tarea, siendo estos la concienciación de las emociones.

Se ha estudiado desde diferentes disciplinas que en la etapa vital de la adolescencia se despliegan un conjunto de cambios corporales -que incluyen desde el crecimiento físico hasta los neuroendocrinos- que a su vez ponen en marcha modificaciones corporales que culminará en la consolidación de un cuerpo adulto y facilitarán la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diferenciados en el varón y en la mujer. Este conjunto de cambios físicos recibe la denominación desde la perspectiva biológica de *pubertad* y se acompañan de cambios en la ubicación social del adolescente que pasa de la infancia, como etapa bien determinada del ciclo de la vida, a una nueva aunque poco definida y de límites cada vez menos precisos y variables según el contexto cultural (Lejarraga, 2004).

Tanto en el varón como en la mujer, se desencadena un cambio, que se pone en marcha por los centros cerebrales de control hormonal. La glándula pituitaria activa la aparición del proceso adolescente, impulsando la producción de hormonas, masculinas o femeninas (Tusell, 2018).

La corteza prefrontal, responsable de la inteligencia analítica y la concentración termina de desarrollarse a los 21 años aproximadamente, tiempo que, en muchos casos, resultaría ser más de dos años después de elegir una carrera. Es así que, en el momento de finalizar la escuela media e iniciar estudios superiores, se desarrolla una puja entre esta corteza y la dupla testosterona-vasopresina que insiste con el cambio de foco hacia, por ejemplo, la imaginación

sobre temática sexual (Torralva, 2019). Una de las funciones cognitivas del córtex prefrontal es la programación de iniciativas, estrategias y logística para el comportamiento y planificación (Tusell, 2018), particularmente necesaria para la elección de estudio y trabajo como proyecto de vida a mediano y largo plazo.

Así es que, la maduración neuropsicológica del adolescente transita entre la triada compuesta por: las funciones ejecutivas, relacionada con la toma de decisiones, atención, inhibición, monitoreo de tareas y otras, la identidad personal y la socialización (Orón Semper, 2016). Se observa que, varios autores coinciden al plantear este momento como encrucijada que supone una inestabilidad en relación a la madurez y, al mismo tiempo, un momento nodal del armado identitario.

Algunos especialistas en la temática plantean el concepto de *valores preventivos* durante el desarrollo, lo cual permite complejizar el pasaje de la infancia a la adolescencia. Los definen como aquellas estrategias o herramientas que le van a permitir al ser humano medir al mundo sobre la base del peligro, por lo tanto, todos los objetos, dependiendo del grado de peligro que posean para el sujeto, van a poder emitir un acto o el cerebro se va a encargar de *inhibir* ese acto. Esto, en términos neurocientíficos, se va a expresar como mielinización y neuroplasticidad cerebral en el adolescente. Los valores preventivos que se construyen desde el nacimiento son: los físicos, personales, culturales y éticos, los cuales van a construir el mundo de los cuidados, el mundo de la experiencia, el mundo pragmático, donde se van a *evaluar* todos los objetos que formen el mundo y a partir de ahí se van a inhibir o no los actos de los sujetos (Fratícola, 2020).

Diferencias cerebrales y conductuales entre hombres y mujeres en la adolescencia Es importante mencionar que existen diferencias estructurales entre el cerebro de la mujer y el del hombre, ya que la organización de las neuronas cerebrales se hace bajo el influjo hormonal (Tusell, 2018).

El cerebro trabaja como una globalidad donde los dos hemisferios se influyen constantemente. Aun así, se encuentra cierta especialización en cada hemisferio: el derecho tiene mayor capacidad para las emociones, la creatividad artística y musical, y el izquierdo tiene preeminencia de la fluidez verbal y las capacidades analíticas. Las mujeres, presentan mayor facilidad, recursos y fluidez verbal y son más eficaces en la mediación verbal frente a un conflicto o en la transmisión cultural a través del lenguaje (Tusell, 2018). Los varones, en cambio, tienen mayor facilidad para la orientación y destreza visoespacial. En la mujer, el cuerpo calloso es mayor, lo que puede relacionarse con la mejor capacidad para la intuición, integrando la percepción con la información, que permite establecer juicios y decisiones acertados sin tanta necesidad de reflexión razonada.

Las diferencias planteadas, podrían ser base de indicadores que permitan orientar las elecciones de estudios superiores o áreas laborales y propiciar el desarrollo de competencias acorde al desarrollo hemisférico tanto en mujeres como en varones. Se tendrá en cuenta que, aunque se piense y sienta con las mismas estructuras nerviosas que los ancestros, estos modos de proceder pueden entrar en colisión con las expectativas y necesidades de las personas en la sociedad del siglo XXI, lo cual se torna un área muy interesante y fructífera para profundizar en la investigación del campo de las neurociencias.

La elección de carrera en la adolescencia

El adolescente debe poder encontrar un punto de anclaje o soporte simbólico para poder vivir y lograr una inserción social, razón por la cual juega un lugar primordial en este proceso -entre diversas instituciones sociales- la institución educativa.

La escuela como institución social representó durante el siglo XX un campo de fuerte contenido constitutivo en la subjetividad adolescente, subjetividad que el discurso pedagógico nombraba —y nombra— como *alumno*. La institución escuela viene, entonces, a cumplir una doble finalidad: una individual en cuanto a la producción de una subjetividad determinada -la del ciudadano- signada por el discurso de la igualdad, y otra social, en tanto constructora de un orden social.

Desde esta visión, el sujeto puede constituirse sólo a partir de que lo social se inscribe en él, a la vez que él se inscribe en lo social. Podría sostenerse, entonces, que el sujeto va produciéndose en la medida en que organiza sus experiencias dentro de *redes de experiencias*; no puede ser externo a la estructura social ni acomodarse a la misma, sino que se construyen recíprocamente (Schlemenson, 1998). Por otra parte, la estructura cambia permanentemente y nunca se completa, lo que mantiene a este proceso en un dinamismo

constante.

En Argentina, las particulares condiciones socio-históricas del siglo XXI encierran nuevos desafíos a la educación y a la escuela del presente y del futuro. Este contexto lleva a repensar y replantear la función de la escuela actual en la constitución de la subjetividad adolescente (Duschatzky, 2003) y las características de la transición entre la escuela, como

ámbito de acompañamiento familiar y localización cercana y los estudios superiores que ya no cumplen estas condiciones.

Orientación vocacional

Al inicio del siglo XX, etapa caracterizada por el modelo de la sociedad salarial, el trabajador podía armar un proyecto de vida concreto y ponerlo en práctica cotidianamente. La Orientación Vocacional se desarrollaba mediante técnicas de evaluación con la intención de ajustar rasgos de las personas con características del puesto a cubrir. En esta etapa primó la psicometría, coincidente además con los desarrollos psicológicos de la época.

Más tarde, el capitalismo postindustrial instala un estilo de individualización, se modifican las trayectorias individuales y predomina un modelo que demanda que cada uno se haga cargo del propio recorrido. Entre 1950 y 1970, surge el modelo clínico basado en teorías psicodinámicas de la personalidad, la fenomenología, el psicoanálisis y la psicología del desarrollo; señalando que la elección de carrera u ocupación se realiza en diferentes momentos de la vida del individuo (Rascovan, 2016).

A partir de los años 70, la orientación comienza a distanciarse de los enfoques clínicos y a considerar la influencia del contexto en las elecciones de los jóvenes.

Las formas de producción de la subjetividad se inscriben en condiciones sociales y culturas específicas. Los contextos sociales diversos también inciden en el moldeado de la elección vocacional de los adolescentes. Mientras en el marco de los Estados-nación y en las coordenadas de una cultura moderna, el sujeto devendría como tal por acción de los dispositivos familia y escuela, hoy en el contexto de la centralidad que ha cobrado el mercado

y la caída hegemónica de los Estados-nación, la base y características de constitución de los sujetos adolescentes parece estar presentando modificaciones (Duschatzky, 2002).

Actualmente en Orientación Vocacional, se trabaja desde un enfoque complejo y transdisciplinario que supone pensar en los atravesamientos entre lo singular y lo colectivo reconociendo la multidimensión en los fenómenos humanos, planteando la vocación no como una noción absoluta y cerrada sino como una búsqueda. Elegir es un proceso y un acto expresado en la toma de decisión, el sujeto elige un objeto, en este caso vocacional, esperando obtener algún tipo de satisfacción del mismo (Rascovan, 2015).

En el proceso de elección se evalúan intereses, motivaciones, características de la personalidad, situación familiar, deseos proyectados a futuro, entre otras variables dependiendo de las características de la consulta. De acuerdo a Damasio (1994) refiriéndose a los sentimientos, señala que son parte del afecto, un mundo paralelo a aquel que en general domina nuestra existencia, aquel más racional y además son experiencias mentales conscientes, de otra manera no se podría dar cuenta de tenerlos. Ocurren en el marco de la experiencia interna del organismo, de las sensaciones corporales, como algo separado de las imágenes externas. Se relacionan con *la valencia*, la cual traduce las condiciones de vida en estados mentales, reflejando cada momento como experiencias buenas, malas o intermedias. Por otro lado, distingue otro tipo de sentimientos, aquellos provocados que resultan de una variedad de respuestas *emocionales* que se generan a partir de estímulos sensoriales, o por la asociación de impulsos, *motivaciones* o emociones en el sentido convencional.

Actualmente, son cada vez más frecuentes los estudios realizados con el objetivo de conocer la influencia de la dominancia cerebral sobre la toma de decisiones relacionada con el interés

vocacional y el desempeño de una carrera profesional (Roque, 2020), las características de dominancia y el tipo de carreras elegidas. También se evalúa la dominancia cerebral y las posibilidades que brinda este conocimiento para diseñar estrategias de mejora para evitar el desgranamiento en los primeros años de las carreras

universitarias:

Alonso y Mendieta (2017) sostienen que la universidad podría beneficiarse al institucionalizar este tipo de diagnóstico, para así crear un mapa de las habilidades de sus estudiantes basadas en la teoría del cerebro total de Herrmann (citado en Alonso y

Mendieta, 2017). De esta manera se podría diseñar contenido teórico y práctico orientado específicamente al estilo predominante de una carrera o salón de clases, propiciando un mejor aprovechamiento de la educación superior y una disminución de los abandonos.

Diseño y método

Este trabajo posee un diseño de investigación teórico (Montero y León, 2007). Se buscó estudiar la relación existente entre el desarrollo neuropsicológico del adolescente y la elección vocacional.

Se tomaron de referencias fuentes primarias como libros, investigaciones, tesis; fuentes secundarias en base de datos de Scielo, Dialnet y Redalyc. Además, se utilizó el buscador de Google Académico.

Para la búsqueda de información se utilizaron palabras claves tales como neuropsicología del adolescente, orientación vocacional, elección carrera, adolescencia.

Una vez finalizada la búsqueda de información, se ficharon y utilizaron los artículos considerados relevantes para el propósito de la investigación.

Discusión y conclusiones

En la adolescencia el cerebro sigue perfeccionando sus capacidades cognitivas, la memoria, el lenguaje, el aprendizaje complejo. Aquellas habilidades que el adolescente ya domina y sigue utilizando consolidarán los circuitos que las sustentan. A la vez aparecen nuevos circuitos de las decisiones, más complejos, que precisan de áreas cerebrales más extensas, y a veces más alejadas, y que deben conectarse entre sí. La sede principal de estos "circuitos decisorios" es la corteza prefrontal, la que está en la parte más anterior del cerebro y por tanto la última en madurar, genéticamente hablando.

La corteza prefrontal humana es proporcionalmente mucho mayor que la de cualquier otra especie. En ella tienen lugar las funciones cognitivas más delicadas: la toma de decisiones, la planificación de tareas y tiempos, la inhibición de un comportamiento inadecuado y es la sede de nuestra autoconciencia. Pero el adolescente aún no ha desarrollado del todo, estas habilidades prefrontales. Además, para tomar decisiones no basta con el análisis frío de los datos objetivos que llegan a través de los sentidos, en las decisiones intervienen inevitablemente las emociones y aquí es donde participa el sistema límbico (Johnson et al., 2009). El sistema límbico nos permite procesar emociones y recompensas. Cuando nos lo estamos pasando bien, cuando hacemos cosas emocionantes, el sistema límbico nos recompensa con una descarga de dopamina, lo que nos produce una sensación placentera.

Durante la maduración cerebral de la adolescencia se integran los circuitos emocionales y cognitivos y precisamente lo hacen en las áreas frontales. Para que se produzca esta articulación más fluida entre lo racional y lo emocional se crean nuevos circuitos, nuevas sinapsis, que al principio serán débiles y fácilmente cambiantes, hasta que la habilidad de tomar decisiones mejore y, a fuerza de repetirse, se consoliden (Torralva, 2019).

La adolescencia entonces es una etapa vital que se caracteriza por el cambio y la transición a la edad adulta, que ha focalizado miradas multidisciplinares por sus particularidades biológicas y psicosociales. La motivación del adolescente para dinamizar planes de acción propios resulta una base fundamental en la construcción de su identidad y su proyecto personal.

En la adolescencia el cerebro sufre una reorganización y el desarrollo de áreas como la corteza prefrontal que hasta el momento no estaban. Como en las demás etapas del neurodesarrollo, el establecimiento y consolidación de los circuitos cerebrales se modela con la experiencia, la educación y la propia conducta (Lejarraga, 2004).

La adolescencia es un período de la vida en el que el cerebro tiene una gran plasticidad y por ello, se podría pensar que representa una oportunidad para el aprendizaje y para fomentar la creatividad.

Ello permite comprender el fenómeno de la motivación en los adolescentes y los diversos abordajes que se han hecho para promover su autodeterminación y optimizar posibilidades de acompañamiento en la construcción de sus proyectos de vida. Ese acompañamiento requiere por parte de los adultos de su entorno, la empatía con el adolescente, sus circunstancias y

preocupaciones, así como también brinda la posibilidad de promover una evaluación constructiva de sus experiencias, sus potencialidades y sus planes a futuro (Dutschazky, 2002).

Los procesos de Orientación Vocacional deberían tener en cuenta como premisa fundamental la paradoja temporal -encrucijada entre el momento en que la sociedad reclama una elección y una decisión de carrera y las condiciones neuropsicológicas propias del desarrollo del adolescente para realizarla.

Resultaría además muy enriquecedor y una base segura el acompañamiento de la familia, las instituciones educativas y los profesionales especializados en Orientación Vocacional en el proceso de búsqueda de la identidad personal de cada adolescente en su trayectoria educativa, que pudiera enlazarse con sus propias motivaciones, deseos e intereses propios de esta etapa vital que se encuentra atravesando.

Haciendo lugar al abordaje complejo y transdisciplinario que propone Rascován (2016), se considera que, no puede quedar por fuera de la consideración biopsicosocial de quién está transitando el momento de elección vocacional, los aportes de la neuropsicología al campo de la Orientación Vocacional.

A partir de las preguntas que dieron origen al escrito, se propone la profundización del estudio de la vinculación entre el desarrollo neuropsicológico y las condiciones contextuales de elección. Se estima, este conocimiento, relevante para el acompañamiento de los consultantes en las transiciones y para aporte al diseño de estrategias institucionales que propicien la inclusión y persistencia en los estudios elegidos.

Referencias

Alonso, M. R. M., y Mendieta, C. A. B. (2017). Dominancia cerebral y educación universitaria. *Revista Humanismo y Cambio Social*, 102-113.

Damasio, A. (1994). *El error de Descartes. La razón de las emociones*. Ed. Andrés Bello.

Duschatzky, S. (2002). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones.* Paidós.

Duschatzky, S. (2003). ¿Qué es un niño, un joven o un adulto en tiempos alterados? En *Infancias y adolescencias. Teorías y experiencias en el borde. Cuando la educación discute la noción de destino*. Novedades Educativas-CEM.

Ferrari, L. (1999). El tiempo, psicoanálisis y orientación vocacional. *Ensayos y experiencias*.5, 28. 36-49.

Fratícola, G. (2020). *Neuroanatomía clínica psiquiátrica*. Roche.

Johnson, S. B., Blum, R. W., & Giedd, J. N. (2009). Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal of adolescent health,* 45(3), 216-221.

Lejarraga, H. (2004). *Desarrollo del niño en contexto*. Paidós.

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and Health psychology*, 7(3), 847-862.

Müller, M. (2007). *Orientación vocacional. Aportes clínicos y educacionales*. Editorial Miño y Dávila.

Orón Semper, J. V. (2016). La educación emocional del adolescente entendida como integración de acuerdo con la maduración neuropsicológica. En Soler, J. L.; Aparicio,

L.; Díaz, O.; Escolano, E. y Rodríguez, A. (2016*). Inteligencia emocional y bienestar II*. Ediciones Universidad San Jorge.

Rascovan, S. (2015). *Orientación vocacional y escuela secundaria*. Ministerio de Educación de la Nación.

Rascovan, S. (2016). *La Orientación Vocacional como experiencia subjetivante*. Paidos.

Roque, M. (2020). *Relación entre el tipo de lateralidad cerebral y el interés vocacional en estudiantes cántabros preuniversitarios y universitarios*. [Tesis], Universidad Europea del Atlántico. https://repositorio.uneatlantico.es/id/eprint/4495/

Schlemenson, S. (1998). *El aprendizaje: un encuentro de sentidos*. Kapelusz.

Torralva, T. (2019). *Cerebro Adolescente. Riesgos y oportunidades*. Paidós.

Tusell, N. A. (2018). *El cerebro del rey*. RBA Libros.

Villasante, P. (2022). El circuito de Papez. *La mente es maravillosa*. https://lamenteesmaravillosa.com/el-circuito-de-papez/ .

REVISTA ESCRITOS EN SALUD MENTAL

Normas de publicación

Presentación de artículos

Escritos en Salud Mental acepta la publicación de trabajos de investigación teórica y aplicada originales y de relevancia en el campo de la Psicología en lengua española. Serán admitidos trabajos de estudio de caso cumpliendo los requisitos éticos de los consentimientos informados correspondientes.

Existen dos opciones de publicación.

Artículos: Aquí se presentarán trabajos en formato de procesador de texto Word cuya extensión sea entre 6.000 y 8.000 palabras.

Micro Artículos: En este caso se aceptarán trabajos en formato de procesador de texto Word cuya extensión sea menor a las 6.000 palabras.

En todos los casos, dicha extensión incluirá referencias, tablas y elementos gráficos. Los artículos deberán seguir el estilo de las normas de la American Psychological Association (APA) 7ma edición disponible en el sitio www.apastyle.org

Normas para autores

El formato de envío de los manuscritos propuestos deberá seguir las siguientes pautas:

En hoja aparte:

Datos de autoría: nombre(s) y apellido(s) – hasta dos- de cada autor, el grado académico más alto y la filiación institucional (En caso de no contar con filiación institucional, los matriculados del Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Bs. As. Dist XIII, podrán solicitarla en el distrito).

Para la presentación, se debe seleccionar un autor responsable del cual se indicará el nombre, domicilio, correo electrónico y un teléfono.
Se recomienda que en un primer pie de página se mencione si la publicación corresponde a un resultado de un proyecto financiado, especificando los datos del mismo. Al menos uno de los autores debe ser matriculado del Colegio de Psicólogos Distrito XIII, con matrícula vigente.

Estructura de los artículos

El artículo debe estar encabezado por un título, escrito primero en español y en inglés.

Se deberá acompañar de un resumen en español y un abstract en inglés de 250 palabras cada uno, y entre 5 y 10 palabras clave en castellano y en inglés.

a) En el caso de artículos empíricos el manuscrito deberá contemplar los siguientes apartados:

· Delimitación del objeto de estudio;
· Antecedentes y fundamentación teórica;
· Diseño y método;
· Resultados y/o discusión de resultados;
· Conclusiones, limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.

b) En el caso de un trabajo de Investigación Teórica se sugiere que el manuscrito tenga la siguiente estructura:

· Delimitación del objeto de estudio;
· Antecedentes y fundamentación teórica;
· Un párrafo que aclare qué se trata de una revisión narrativa o teórica.
· Discusión o conclusiones y futuras líneas de investigación.

Para facilitar el proceso de evaluación por pares “a ciegas”, los autores deberán omitir toda autoreferencia dentro del artículo ocultando su identificación tanto en las citas como en las referencias, Ej. (xxx, 2011).

Las citas y referencias deberán seguir también el formato APA 7ma edición.
Se incluirán sólo si son necesarios para complementar el texto, gráficos, tablas, entre otros. Los gráficos y tablas deberán ser insertados en el documento word.

El autor o autores deben adjuntar una Carta de presentación y cesión de derechos, donde harán constar:
El título del artículo completo.

Nombre/s del autor/es.
Solicitud de evaluación del artículo.
Declaración de autoría: en el caso de trabajos realizados por más de un autor, todos los autores deben certificar que han contribuido al contenido intelectual del trabajo.
Declaración de que el manuscrito es inédito, y no se encuentra en proceso de evaluación en ninguna otra publicación.
Cesión de derechos (copyright) del artículo a la Revista Escritos en Salud Mental.

Envío de artículos y documentación

Los artículos deben enviarse en formato electrónico a: revistaescritosensaludmental@gmail.com

Recepción de artículos

Se acusará su recibo, tras lo que la Secretaría de la Revista efectuará una primera valoración editorial consistente en comprobar: a) la adecuación al ámbito temático y el interés del artículo en función de los criterios editoriales de la Revista, y b) cumplimiento de los requisitos de presentación formal exigidos en las normas de publicación. La recepción del artículo no supone su aceptación.

Sistema de revisión por pares

Comprobados el cumplimiento de las normas de publicación el artículo será enviado por el equipo de dirección editorial a evaluación por parte de dos o más revisores expertos de forma confidencial y anónima, siguiendo la metodología llamada doble ciego. Estos revisores formularán un informe sobre la recomendación o no de su publicación, que será tomado en consideración por la Secretaría del Consejo Editorial. El protocolo de evaluación utilizado por los revisores se hace público como anexo a estas normas generales. En el caso de juicios disímiles entre los dos evaluadores, el trabajo será remitido a un tercer evaluador. El escrito revisado que se considere puede ser publicado condicionado a la inclusión de modificaciones, deberá ser corregido y devuelto por los autores a la Revista en el plazo máximo de un mes, tanto si se solicitan correcciones menores como mayores. De ser necesario, la nueva versión será enviada de nuevo a los revisores externos, procedimiento que se seguirá hasta su definitiva aceptación por la Revista. Los autores recibirán los informes de evaluación de los revisores, de forma anónima, para que éstos puedan realizar -en el caso que sea necesario- las adecuaciones oportunas.

Criterios de selección de revisores

La selección de revisores es competencia de los miembros de la Secretaría de Investigación CPLZ, quienes tienen en cuenta sus méritos académicos, científicos y la experiencia profesional, incluyendo especialistas tanto de origen nacional como internacional.

Criterios de política editorial

Los factores en los que se funda la decisión sobre la aceptación o rechazo de los trabajos por parte de los editores de la Revista son los siguientes:

Originalidad: totalmente original, información valiosa, repetición de resultados conocidos; Actualidad y novedad;
Relevancia: aplicabilidad de los resultados para la resolución de problemas concretos;
Significación: para el avance del conocimiento científico;
Fiabilidad y validez científica: calidad metodológica contrastada;
Presentación: buena redacción, organización.

Proceso de publicación

Una vez finalizado el proceso de evaluación, se enviará al autor principal del trabajo la notificación de aceptación o rechazo para su publicación. Asimismo, será informado de la llegada de las primeras pruebas de galera para facilitar su revisión dentro del plazo establecido por la Revista.

Permiso para reproducir material publicado

El contenido de los trabajos puede ser reproducido, total o parcialmente, citando procedencia y solicitando autorización escrita al Editor antes de la publicación de dicho material.

Principios éticos relativos a la investigación y la publicación

Es obligación de la Revista Escritos en Salud Mental detectar y denunciar las siguientes prácticas deshonestas sobre los diversos supuestos de fraude científico: a) fabricación, falsificación u omisión de datos y plagio; b) Publicación duplicada. c) Autoría y conflictos de interés.
Al citar trabajos publicados en esta Revista se debe incluir siempre la siguiente información: Revista Escritos en Salud Mental, número de la revista, página/s y año de publicación.

Recepción de trabajos

Se encuentra abierta la recepción de trabajos para las próximas ediciones.