

USO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA LA PESQUISA DE RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO DE LAS PUÉRPERAS QUE TUVIERON SU PARTO EN EL DEPARTAMENTO DE FLORIDA EN EL PERÍODO MAYO 2013 A JUNIO 2014

*Arianel Bruno; Javier López; Jorge Cuenca; Lilían Pacheco; Ana Laura Sagnol; María Jesús Giordano; Laura Vernengo; Laura Haro; Silvana Sánchez; Andrés Alzamendi*

ESTUDIO SOBRE SALUD BUCAL EN AFRODESCENDIENTES DE MONTEVIDEO

*Enrique Rotemberg; María Teresa Almaráz; Beatriz Ferreira; Natalia Acosta; Alicia López; Matías Muñoz; Andrés Urioste*

REFLEXIONES ENTRE EL HACER Y EL DECIR. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS MODELOS DE TRABAJO EN SALUD

*Debora Gribov; María Eugenia Viñar; Victoria Méndez*

LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN EL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: REFLEXIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA

*Fabiana Bartaburu*

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

*Luis Giménez; Zulema Suárez*

LA APRECIACIÓN DE LA CULTURA ARTÍSTICA Y LITERARIA CUBANA: TRIBUTO A LA FORMACIÓN INTEGRAL DE LOS ESTUDIANTES DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA CUJAE

*Isabel Fernández López*

Memorándum de Primer año de gestión 2016

*Equipo de Dirección: Débora Gribov Novogrebelsky; Asistentes Académicos: Gastón Duffour, Felipe Matontte, Andrés Techera*

Normas de publicación Revista Científica "it": APEX Cerro

*Laura Arispe, Nicolás Brum, Revisión: Víctor Barranco*

EVALUADORES

ÍNDICE DE AUTORES



Editorial

*Viginia Aquino*

ADULTO MAYOR Y DISFAGIA

*Ana Laura Coitiño; Miriam Ceppi; Ana Iris Kemayd Rotta*

Haití 1606 código postal 12800. Montevideo, Uruguay.  
Correo electrónico: [it@apex.edu.uy](mailto:it@apex.edu.uy) - [www.apex.edu.uy](http://www.apex.edu.uy)

**SALUD COMUNITARIA Y SOCIEDAD**





## REVISTA IT VOLUMEN 5 Nº 5

**Dirección general:** Lic. Débora Gribov  
Coordinación de la publicación: Lic. Annalet Viera, Federico Valdés,  
Nicolás Brum

### Comisión Editorial de la Revista Científica:

Universidad de la República  
Programa APEX-Cerro  
Haití 1606 código postal 12800  
Montevideo, Uruguay.  
E-mail: [it@apex.edu.uy](mailto:it@apex.edu.uy)  
Web: <http://www.apex.edu.uy/>

### Comité Editorial:

Lic. Psicom. Débora Gribov  
Lic. Nut. Raquel Palumbo  
Dra. María Teresa Almaraz  
Dra. Ana Kemayd  
Lic. Virginia Aquino  
Lic. Annalet Viera  
Lic. Miguel Olivetti  
Lic. Federico Valdés  
Doc. Nicolás Brum

**Secretaría Administrativa:** Gabriela Iglesias

**Imagen de portada:** *India con flores y frutas*, pintura mexicana  
de Alfredo Ramos Martínez 1871-1946 .



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



## SUMARIO

Editorial.....	2
<i>Virginia Aquino</i>	
ADULTO MAYOR Y DISFAGIA .....	5
<i>Ana Laura Coitiño; Miriam Ceppi; Ana Iris Kemayd Rotta</i>	
USO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA LA PESQUISA DE RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO DE LAS PUÉRPERAS QUE TUVIERON SU PARTO EN EL DEPARTAMENTO DE FLORIDA EN EL PERÍODO MAYO 2013 A JUNIO 2014 .....	27
<i>Arianel Bruno; Javier López; Jorge Cuenca; Lilian Pacheco; Ana Laura Sagnol; María Jesús Giordano; Laura Vernengo; Laura Haro; Silvana Sánchez; Andrés Alzamendi</i>	
ESTUDIO SOBRE SALUD BUCAL EN AFRODESCENDIENTES DE MONTEVIDEO .....	41
<i>Enrique Rotemberg; María Teresa Almaráz; Beatriz Ferreira; Natalia Acosta; Alicia López; Matías Muñoz; Andrés Urioste</i>	
REFLEXIONES ENTRE EL HACER Y EL DECIR. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS MODELOS DE TRABAJO EN SALUD .....	55
<i>Debora Gribov; María Eugenia Viñar; Victoria Méndez</i>	
LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN EL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: REFLEXIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA .....	69
<i>Fabiana Bartaburu</i>	
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS .....	78
<i>Luis Giménez; Zulema Suárez</i>	
LA APRECIACIÓN DE LA CULTURA ARTÍSTICA Y LITERARIA CUBANA: TRIBUTOS A LA FORMACIÓN INTEGRAL DE LOS ESTUDIANTES DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA CUJAE .....	100
<i>Isabel Fernández López</i>	
Memorándum de Primer año de gestión 2016 .....	123
<i>Equipo de Dirección: Directora: Débora Gribov Novogrebelsky; Asistentes Académicos: Gastón Duffour, Felipe Matontte, Andrés Techera</i>	
Normas de publicación Revista Científica "it": APEX Cerro .....	129
<i>Laura Arispe, Nicolás Brum, Revisión: Víctor Barranco</i>	
EVALUADORES .....	135
ÍNDICE DE AUTORES .....	137

## Programa APEX-CERRO UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

### EDITORIAL

**A**corde al planteo general de esta publicación, reunimos, en el presente número, una serie de trabajos que constituyen aportes sobre diversos temas del quehacer universitario, vinculados a la salud y la comunidad. Se trata, por tanto, de artículos que conjugan la calidad científica y académica con un valor siempre aplicable a la vida social y comunitaria, es decir, con un componente, potencial o efectivo, de extensión y contacto profundo con el medio humano que motiva dichos aportes.

Entendemos la investigación y la extensión, así como la docencia, en cuanto dominios cognoscitivos y pragmáticos con su especificidad respectiva, pero formando un entramado complejo, complementario e imprescindible para el logro de una calidad integral del trabajo universitario. Calidad que en los tres ámbitos indicados ha de articular otros aspectos igualmente imprescindibles como teoría y práctica, saber disciplinario e interdisciplinario, consistencia interna o epistemológica y aplicabilidad, contribuciones locales e internacionales.

La revista Científica IT, de nuestro Programa APEX Cerro, facilita de este modo la difusión de temáticas desarrolladas por las distintas facultades y unidades, y reafirmando la necesidad de la multi e interdisciplinarietà, así como la atención al medio y sus demandas. Es así que en la presente edición podrán apreciarse trabajos que integran gerontología y gastroenterología; perinatología y depresión; odontología y etnología; la salud como práctica y construcción social; la salud infantil y adolescente y los derechos del niño/niña; las intervenciones psicológicas en su marco laboral e institucional; la necesidad de formación artística y literaria en Ingeniería y Arquitectura.

A. Coitiño, M. Ceppi y A. Kemayd presentan un estudio cuyo tema es la aplicación, por parte del especialista en medicina familiar y comunitaria, del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MEC-V) para detección de la disfagia orofaríngea en pacientes adultos mayores institucionalizados. La presencia de este trastorno puede repercutir negativamente en la persona a nivel de su estado nutricional, predisponiéndolo además a situaciones clínicas graves e incrementar la morbimortalidad en este grupo etario. Ante esta situación, el MEC-V se muestra particularmente confiable, fácil de reproducir, no genera molestias a la persona y aporta elementos que permiten intervenir precozmente en la adaptación de la dieta de los adultos mayores con trastornos deglutorios.

Por su parte, A. Bruno; J. Cuenca; A. Sagnol [et al] estudian las ventajas de aplicación de la escala de Edimburgo para prever y evaluar el riesgo de la depresión post-parto en las puérperas del departamento de Florida durante el período 2013-2014. Esta aplicación se vuelve especialmente necesaria, dado que los trastornos anímicos en el puerperio son muy frecuentes y generan considerables repercusiones en la mujer, la cual ve disminuido su nivel de salud y capacidad para procesar en forma adecuada y placentera su maternidad. Ante la ausencia de los protocolos de pesquisaje correspondientes, la escala de Edimburgo resulta una herramienta especialmente adecuada por constituir una técnica de observación indirecta, fácil de aplicar y breve, mediante el uso de un cuestionario científicamente validado y autoadministrado.

E. Rotemberg; Ma. Almaraz; B. Ferreira; N. Acosta; A. López; M. Muñoz y A. Urioste nos acercan una investigación descriptiva sobre la salud bucal en afrodescendientes de Montevideo, en relación con el resto de la población capitalina. Los autores consideran factores histórico-sociales como la esclavitud, la discriminación racial y la profundización de las diferencias en materia de acceso a derechos y servicios entre personas de origen afro y no afro, y sus posibles consecuencias en los afrodescendientes actuales. Asimismo, recomiendan la necesidad de continuar la investigación respecto a la salud bucal en éstas y otras minorías étnicas.

D. Gribov; Ma. Viñar y V. Méndez abordan la incidencia de las concepciones sobre salud y enfermedad en los modelos de atención vigentes, destacando la condición peculiar de tales nociones como construcciones sociales, entre otros aspectos, y sus diversos enfoques. Desde este marco general, corroboran la tendencia actual a la persistencia del modelo biomédico tradicional como hegemónico y la necesidad de su revisión. El artículo reviste especial interés por su abordaje profesional interdisciplinario, desde la psicología, la antropología y la psicomotricidad.

F. Bartaburu defiende y fundamenta la formación de estudiantes universitarios respecto del derecho a la participación de niños/niñas y adolescentes, particularmente con motivo de la última declaración internacional de dichos derechos y el cambio cualitativo que implican: el pasaje de los niños/niñas y menores de edad en general como objetos de protección y tutela a sujetos de derechos, debiendo ser el Estado y los adultos garantes de los mismos. Este cambio conlleva otros en la experiencia cotidiana, en particular el de deconstruir viejas prácticas donde los adultos decidían sobre los asuntos que afectaban a niños/niñas y adolescentes.

L. Giménez y Z. Suárez concentran su atención en las intervenciones psicológicas dentro del Hospital de Clínicas, para caracterizar la actividad y el perfil laboral e institucional de los profesionales en cuestión. Constatan que sus servicios son valorados y reconocidos en ese contexto y por el resto

de sus profesionales, pero ello no condice con una inserción y remuneración laboral acorde. También confirman la prevalencia del perfil médico como el predominante a nivel institucional y laboral.

Desde Cuba y su Instituto Superior Politécnico, I. Fernández López reivindica la apreciación de la cultura artística y literaria como parte de la formación integral de los estudiantes de Ingeniería y Arquitectura, en una nueva muestra de la necesidad de la comunicación interdisciplinaria, desde la propia instancia formativa y docente, tanto más pertinente y enriquecedora en ámbitos tradicionalmente distanciados o fuertemente demarcados entre sí como las ciencias y las artes.

Agradecemos, en suma, el conjunto de estas colaboraciones, así como la atención e interés de los lectores, y reafirmamos el compromiso con ellos tanto como con la comunidad en general para seguir difundiendo y desarrollando por este medio los aportes del trabajo universitario.

**Virginia Aquino**

## ADULTO MAYOR Y DISFAGIA

**Aplicación, por parte del especialista en medicina familiar y comunitaria, del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea en pacientes adultos mayores institucionalizados**

## ADULT MAJOR AND DYSPHAGIA

***Application by the specialist in family and community medicine of the method of clinical examination volume-viscosidad (MECV-V) for him in institutionalized older adults oropharyngeal dysphagia screening***

**Ana Laura Coitiño  
Miriam Ceppi  
Ana Iris Kemayd Rotta**

**Palabras claves:** adulto mayor, disfagia, medicina familiar y comunitaria, detección

**Keywords:** adult major, dysphagia, family medicine and community, detection

### Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad presentar los resultados de la aplicación del método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V) en adultos mayores, institucionalizados, por parte del médico familiar y comunitario a cargo de los mismos. Partimos de la definición de adulto mayor, del proceso de deglución, importancia de la disfagia, abordaje clínico, objetivo del trabajo, diseño y aplicación para llegar a los resultados y las conclusiones del mismo.

### Abstract

This paper aims to present the results of the application of the method of clinical examination volume viscosity (MECV-V) in institutionalized older adults by the family and community physician in charge of them. We start from the definition of elderly, of the swallowing process, importance of dysphagia, approach to clinical, objective work, design, and implementation, to the results and conclusions of the same.

## Introducción y Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió, en 1982, a los adultos mayores no sólo tomando en cuenta la franja etaria de mayores de 65 años, sino introduciendo el concepto de **funcionalidad** en este grupo, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de **mantenimiento de la capacidad funcional** y proponiendo la siguiente clasificación:

- Sano: sin alteración funcional, mental o social ni enfermedad.
- Enfermo: tiene una enfermedad aguda o crónica, sin problemas funcionales, mentales o sociales.
- Frágil o Vulnerable: presenta enfermedad médica crónica invalidante, polifarmacia, deterioro funcional o mental, problemas sociales o es mujer mayor de 80 años, que son factores de riesgo de dependencia, institucionalización y muerte.

Uruguay es uno de los países más envejecidos de las Américas, 19% de su población es mayor de 60 años y un 14% mayor de 65 años (Censo, Fase 1, 2011). Montevideo concentra casi el 50% de estos adultos mayores y asimismo, el subgrupo más frágil y vulnerable de los adultos mayores, los mayores de 75 años, crece aceleradamente, estimándose que para el año 2025 representarán el 40% de estos.<sup>1</sup>

Según el estudio SABE-OPS-1999, el 20 y 30% de los adultos mayores en la comunidad padecen dificultades en Actividades Básicas de la Vida Diaria y, el número de cuidadores familiares potenciales por adulto mayor (razón de dependencia) se reduce progresivamente, estimándose que pasará de 55 mayores cada 100 cuidadores en 1995, a 93 mayores cada 100 cuidadores en 2025.<sup>2</sup>

El envejecimiento de la población conlleva a un aumento en la prevalencia de diversos síntomas y signos que atentan sobre la salud de este grupo etario; entre éstos, pretendemos ocuparnos en este trabajo de la disfagia, la que repercute negativamente sobre el estado nutricional de los pacientes, predispone a situaciones clínicas graves e incrementa la morbimortalidad en esta población.<sup>3</sup>

Si bien los adultos mayores presentan una elevada prevalencia de enfermedades, fundamentalmente las enfermedades crónicas no transmisibles y, dependencia funcional, es una etapa del ciclo vital individual que se caracteriza por una disminución funcional y un aumento de la vulnerabilidad, con una menor respuesta a las situaciones estresantes biopsicosociales.

Como médicos de familia y comunidad, al realizar una atención longitudinal al individuo y su familia, entre nuestros objetivos estará preservar la capacidad funcional, y no simplemente prolongar la vida de esta población, así como trabajar desde etapas anteriores en promoción de salud y prevención de enfermedades.

En el trabajo actual planteamos el estudio de la disfagia orofaríngea desde los estadios iniciales de detección por métodos prácticos y fiables, hasta su confirmación con exploraciones instrumentales que nos ayudan, no sólo a diagnosticar la disfagia sino también a determinar las estrategias terapéuticas más eficaces en cada caso (nutricionales y de rehabilitación), y a controlar su evolución. En una primera instancia en esta investigación, lo planteamos en pacientes adultos mayores institucionalizados, para promover luego la validación del método en los adultos mayores ambulatorios de nuestro territorio de referencia, Unidad Docente Asistencia, UDA APEX Cerro.

## **Deglución**

En cuanto a la deglución normal, sabemos que supone la acción coordinada de un grupo de estructuras situadas en cabeza, cuello y tórax, e implica una secuencia de acontecimientos en los que unos esfínteres funcionales se abren para permitir la progresión del bolo, transportándolo desde la boca al esófago y se cierran posteriormente al paso de éste para proteger la vía aérea.<sup>4</sup>

Definimos la deglución como la actividad de transportar sustancias sólidas, líquidas y saliva desde la boca hasta el estómago. Esto se logra gracias a fuerzas, movimientos y presiones dentro del complejo orofaríngeo-laríngeo.<sup>3</sup>

El objetivo de la deglución es la nutrición del individuo, teniendo la deglución dos características:

- 1) La eficacia, que es la posibilidad de ingerir la totalidad de las calorías y agua necesarios para mantener una adecuada nutrición e hidratación.
- 2) La seguridad, que es la posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias.

## **Disfagia**

La disfagia es un síntoma altamente prevalente que puede deberse a múltiples procesos patológicos, tanto estructurales como funcionales, y localizarse a nivel orofaríngeo o esofágico. La disfagia orofaríngea puede causar desnutrición hasta en 1/3 de los pacientes que la padecen, como consecuencia de alteraciones en la eficacia del transporte del bolo, y ocasionar alteraciones en la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones) hasta en 2/3 de los pacientes que la presentan, con un elevado riesgo de neumonías por aspiración e infecciones respiratorias. En enfermos neurológicos, ancianos o personas institucionalizadas, su prevalencia puede oscilar entre un 30% y un 60%, con grados de severidad variables que pueden llegar a hacer necesaria una alimentación no-oral. Se la relaciona además con mayor discapacidad, estancias hospitalarias prolongadas y

mayor mortalidad, por lo que parece necesario realizar un análisis de los métodos actuales para emitir un diagnóstico precoz y fiable que permita poner en marcha tratamientos eficaces que ayuden al clínico a evitar las complicaciones, tanto nutricionales como respiratorias.<sup>5</sup>

La disfagia, o sensación de detención del bolo alimenticio durante la deglución, es el síntoma fundamental de los trastornos motores esofágicos (TME). Se ha extendido a lo largo del tiempo, debido al incremento en la esperanza de vida mundial y a que los avances de las ciencias médicas han reducido la mortalidad de algunas patologías.<sup>5</sup> La disfagia suele ser intermitente y no progresiva, aumentando su prevalencia con la edad y la clasificamos en orofaríngea y esofágica. Una detallada historia clínica nos aportará los datos suficientes para llegar a su diagnóstico hasta en el 80% de los casos.<sup>3,6</sup>

En la sintomatología característica de la *disfagia*, tanto para sólidos como para líquidos, el paciente experimenta sensación de parada del bolo, que suele localizar con precisión, aunque no siempre, en el cardias. Otras veces refiere la necesidad de beber para permitir el paso del bolo al estómago. La regurgitación de alimentos y saliva, especialmente por la noche, también es un síntoma frecuente, con el riesgo añadido de neumonía por aspiración y abscesos pulmonares. El dolor torácico, en ocasiones desencadenado por el acto de la deglución, se da con mayor frecuencia en fases iniciales de la enfermedad. En algunos casos refieren pirosis y, si la disfagia es franca, pueden llegar a desnutrirse y presentar una pérdida ponderal importante.<sup>6,7</sup>

El término Disfagia proviene de las palabras griegas “dys” (dificultad) y “phagia” (comer). Por lo que podemos definir la disfagia como “la sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase desde la boca al estómago”. Anatómicamente la clasificamos en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea incluye las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y es el 80% de las disfagias. La disfagia esofágica involucra a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y cardias, y habitualmente se debe a causas mecánicas, y son el 20% de las disfagias.<sup>4</sup>

La disfagia no es una enfermedad, es un síntoma que podemos encontrar en múltiples patologías. Y como ya hicimos referencia, la causa de la misma podemos hallarla en enfermedades neurogénicas, estructurales y/o enfermedades respiratorias.<sup>3</sup> El diagnóstico de la disfagia tiene como objetivo identificar cualquier fallo anatómico o fisiológico que pueda influir en la deglución y evaluar las dos características principales: la eficacia y la seguridad. Poder realizar un diagnóstico a tiempo nos permitirá una intervención que compense las alteraciones deglutorias y, de esta forma, poder iniciar o mantener la alimentación por vía oral, evitando complicaciones.<sup>6</sup> Surge la necesidad de aplicar un método no invasivo con el que, el médico de familia y comunidad

pueda reconocer, en los pacientes, la disfagia como un conjunto de síntomas, establecer una valoración de la gravedad de la misma, poder individualizar el tratamiento y, eventualmente, continuar con etapas diagnósticas específicas que involucren las valoraciones por especialistas (ORL, fonoaudiólogos) o los estudios imagenológicos complementarios. Nos permitirá, además, poder determinar, en los pacientes con disfagia orofaríngea funcional, la consistencia y volúmenes más adecuados para cada paciente y, de esta forma, facilitar una deglución segura y eficaz.

## **Epidemiología**

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre la incidencia y la prevalencia de la disfagia, pero se conoce que una gran variedad de cuadros clínicos son capaces de ocasionarla. En las enfermedades neurodegenerativas, las cifras de prevalencia de disfagia orofaríngea son muy altas. Hay publicados datos del 100% en las ELA bulbares y del 60% en el resto de formas clínicas.

En los pacientes con enfermedad de Parkinson existen cifras de entre el 35 y el 45%, aunque muchos de ellos no sean siquiera conscientes de dicho problema, en la Esclerosis Múltiple la prevalencia ronda el 45%.

Hasta el 84% de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer pueden presentar disfagia y más del 60% de los pacientes institucionalizados o ancianos. La literatura aporta datos de que hasta el 30% de los pacientes con un accidente vascular cerebral presentan disfagia en fases agudas y entre el 2-6% en fases crónicas.<sup>4</sup>

## **Abordaje Clínico**

Como médicos de familia y comunidad, la sospecha de disfagia la debemos plantear en pacientes que refieren síntomas muy diversos, algunos ejemplos son los pacientes que tosen y/o se atragantan al comer, y que, probablemente, estén teniendo una aspiración de la vía aérea. La voz húmeda nos indica secreciones en la glotis, con probable penetración y aspiración de contenido oral.

Hay pacientes que nos refieren dificultades para hacer progresar el bolo por la faringe, o sensación de residuos en la garganta, con necesidad de realizar varios intentos deglutorios. Esto nos puede estar indicando síntomas de hipo motilidad faríngea.

Cuando vemos degluciones fraccionadas, pérdida de peso progresiva, alargamiento en el tiempo de las comidas o que los pacientes comienzan a evitar determinados alimentos, debemos sospechar síntomas de alteración en la eficacia de la deglución y una posible desnutrición.<sup>4</sup>

Las infecciones respiratorias repetidas deben de hacernos pensar en disfagia neurógena, ya que hay estudios que muestran que, hasta el 40% de las aspiraciones son silentes en los enfermos neurológicos.

La evidencia científica sólo nos brinda datos en relación con los accidentes cerebro-vasculares y se recomienda la realización de un cribado antes de iniciar una alimentación oral, por el riesgo que supone de neumonía, desnutrición y deshidratación.

En cualquier paciente que estemos sospechando la existencia de una disfagia, independientemente de cuál sea la etiología, parece indicado realizar después de la historia clínica y antes de cualquier otro procedimiento diagnóstico, un test clínico. En este estudio se decidió aplicar como test, y para probar su utilidad, el método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Dicho método ha demostrado ser muy útil en la práctica clínica y fue desarrollado por el Dr. Clavé y su equipo en España.<sup>7</sup> Es un método clínico que nos permite identificar precozmente a los pacientes con disfagia orofaríngea y, por lo tanto, con riesgo de presentar alteraciones de la eficacia y seguridad de la deglución que podrían desencadenar en el paciente desnutrición, deshidratación y aspiraciones.<sup>7</sup> El test se basa en el hecho de que, en los pacientes con disfagia neurógena, la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad mejoran la seguridad de la deglución. Con los alimentos viscosos se ve aumentada la resistencia al paso del bolo y el tiempo de tránsito por la faringe, aumentando también el tiempo de apertura del esfínter cricofaríngeo.<sup>7</sup> Por lo que, podríamos concluir, que en los pacientes con disfagia neurógena, asociada a la edad o con deglución retardada, la prevalencia de penetraciones y aspiraciones es máxima si utilizamos líquidos y, disminuye, con la textura néctar y pudding.<sup>4</sup>

El método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V), estaría entonces indicado frente a cualquier sospecha de disfagia y en pacientes vulnerables, que puedan presentar riesgo de tener un trastorno deglutorio. Permittiéndonos seleccionar a qué pacientes debemos estudiar de manera más exhaustiva con una video fluoroscopia.

## Objetivo

El objetivo del estudio es aplicar el método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V) en nuestro medio y, explorar así, las alteraciones de la eficacia y de la seguridad de la deglución en las fases oral y faríngea en pacientes vulnerables de sufrir disfagia orofaríngea, con un beneficio hacia la calidad de vida de nuestros pacientes, ya que, nos permitiría a posteriori, seleccionar el volumen y la viscosidad más adecuados para cada uno de ellos, de modo de que se compense la dificultad en ingerir la totalidad de nutrientes, calorías y agua

necesarios, sin que se produzcan complicaciones respiratorias. Nos permitiría evaluar y optimizar la pertinencia, necesidad de estudios más exhaustivos y, eventuales tratamientos especializados, tendientes a mejorar y evitar las complicaciones secundarias a la disfagia y evidenciar la existencia de aspiraciones silentes en esa población. Interesa ver la aplicabilidad del test como parte de la evaluación que puede realizar el médico de familia y comunidad en su práctica diaria en la consulta del paciente adulto mayor. Interesa poder demostrar la aplicación de un método clínico como es el MECV-V, que pueda ser utilizado por el médico de familia y comunidad desde su ámbito de trabajo, para poder reconocer en los pacientes la disfagia como sintomatología y, según la etapa deglutoria que marque, crear un nuevo patrón deglutorio eficaz y seguro.

## **Material y Método**

### **Diseño**

Se realizó un estudio transversal en el que, el Método MECV-V fue aplicado a una muestra de 45 pacientes institucionalizados, cuya atención médica está a cargo de un especialista en medicina familiar y comunidad, en los que se sospechaba la existencia de disfagia orofaríngea, ancianos frágiles, pacientes con enfermedades neurológicas y neurodegenerativas y pacientes con mal nutrición de causa no identificada, en el período comprendido entre enero y febrero de 2014. Los pacientes y/o sus cuidadores principales, consintieron en la participación luego de ser informados.

Se relacionaron los resultados de la aplicación del MECV-V con las siguientes variables: valoración nutricional, estado cognitivo y funcional, número de patologías crónicas (diabetes, deterioro cognitivo, insuficiencia cardíaca, anemia, dislipemia, osteoporosis, hipotiroidismo, enfermedad neurológica e hipertensión) y la incidencia en los pacientes de la muestra de infecciones respiratorias bajas en los últimos 6 meses. Para la evaluación de los pacientes, respecto a la ficha patronímica, patologías crónicas e infecciones respiratorias en los 6 últimos meses anteriores al estudio, se recurrió a la historia clínica del Centro Residencial LAR, donde residen. Se midieron parámetros antropométricos como peso, talla y perímetro braquial. La evaluación cognitiva se realizó aplicando test de Pfeiffer, por la facilidad en aplicarlo a pesar de déficits motrices y sensoriales. Para la evaluación funcional se aplicó test de Barthel modificado. La evaluación nutricional se realizó aplicando el Mini-nutricional Assessment. Se utilizó saturómetro digital.

## Aplicación del método

El método MECV-V es un método de screening sencillo, seguro, reproducible e inócuo. Se puede aplicar en la cabecera del paciente o en el consultorio, lo que lo vuelve muy útil para el médico de familia. Permite el diagnóstico precoz de las alteraciones de la deglución. Consiste en administrar al paciente series de 5, 10 y 20 ml de agua en texturas néctar, pudding y líquido (insípidas y no modificables con diferentes temperaturas), obtenidas con espesante comercial, a base de almidón de maíz modificado. Durante la aplicación del método se mide en forma continua con un saturómetro digital la concentración de oxígeno en la sangre basal y en el momento de tragar, dado que el descenso de la saturación basal de O<sub>2</sub> es un signo de aspiración silente aunque no se encuentren otras alteraciones en la seguridad de la deglución.

## Preparación del paciente

- 1) Debe presentar un mínimo de alerta para colaborar con la prueba.
- 2) Debe estar sentado lo más recto posible.
- 3) Se controla la saturación basal de oxígeno.
- 4) Se explica nuevamente en qué consiste la prueba.
- 5) Se verifica tono y timbre de voz.

## Materiales

Para la aplicación se necesita el siguiente material: agua mineral sin gas a temperatura ambiente, espesante comercial.

- Medida dosificadora.
- Cuchara de postre para remover la mezcla de modo de que quede homogénea.
- 3 vasos.
- Jeringas de 20 ml.
- Servilletas de papel.
- Bandeja para apoyar materiales.
- Hojas de registro.
- Saturómetro digital.

La preparación de las distintas viscosidades se realizó 5 minutos antes de cada prueba.

*Néctar:* a un vaso con 100 ml de agua mineral sin gas a temperatura ambiente se le agrega 4,5 grs. de espesante comercial y se agita bien hasta obtener una mezcla homogénea.

*Pudding*: a un vaso con 100 ml de agua mineral sin gas a temperatura ambiente se le agrega 9 grs. de espesante comercial y se agita hasta obtener una mezcla homogénea.

*Líquido*: agua mineral sin gas a temperatura ambiente.

## **Metodología de la aplicación del MECV-V**

Se comienza con la administración de bolos de viscosidades y volúmenes crecientes en 3 series con jeringa.

En primer lugar, con viscosidad media (néctar) y a volúmenes bajos (5ml) y se observa y registra la saturación de oxígeno basal y luego de cada exploración. Se observa y registra la detección de signos de seguridad y eficacia en cada deglución. La aparición de estos signos puede indicar la necesidad de aumentar la viscosidad y o disminuir el volumen o suspender la prueba. Signos de alteración de la seguridad: (producen riesgo de complicación respiratoria). Tos indica que parte del bolo llegó a las cuerdas vocales y tal vez a la vía respiratoria. Cambios en la calidad de la voz.

- 1) 5% de disminución de la saturación de oxígeno sugiere una aspiración.
- 2) Signos de alteración de la eficacia: (producen riesgo de desnutrición y deshidratación, no obligan a suspender la prueba).
- 3) Pérdida del bolo por falla del sello labial.
- 4) Residuos orales indica alteración de la propulsión lingual.
- 5) Deglución fraccionada, es la imposibilidad de tragar el bolo de una sola vez.
- 6) Síntomas de residuos faríngeos, sensación de que aún no se ha tragado todo.

## **Flujo de exploración**

Se comienza con consistencia néctar y 5 ml de volumen, si no aparecen signos de alteración de la seguridad se pasa a mayor volumen y si sigue sin problemas se prueba la tolerancia a líquido sin espesar y a volúmenes crecientes, si hay problemas de seguridad se suspende la prueba. Si hubiera problema de seguridad con consistencia néctar se pasa a consistencia pudding.

Evaluación final de la aplicación del MECV-V

- 1) Paciente sin alteraciones de la seguridad ni de la eficacia deglutoria: se concluye que la prueba es negativa y que el paciente no tiene trastornos de la deglución.

- 1) Paciente con alteraciones de la eficacia pero no de la seguridad deglutoria: se concluye que puede peligrar su estado nutricional y de hidratación. La viscosidad y el volumen más eficaz para la ingesta de fluidos, corresponde a la viscosidad más baja y al volumen más alto que el paciente sea capaz de deglutir sin que se evidencien alteraciones de la eficacia.
- 2) Paciente con alteraciones de la seguridad con y sin problemas de eficacia: se concluye que el paciente según el MECV-V presenta una disfagia oro faríngea y presenta signos sugestivos de posibles aspiraciones. La viscosidad aconsejada es la que el paciente pueda deglutir sin presentar signos de alteraciones de la seguridad.

## Análisis Estadístico

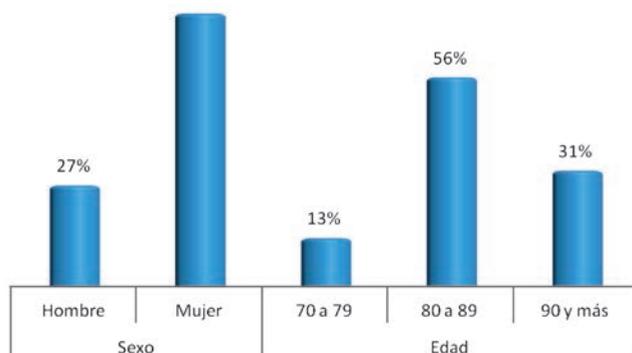
Los datos fueron almacenados en planillas de Excel y el análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 20. El análisis que se realizó fue de tipo descriptivo, relacionando los resultados de las diferentes variables entre sí.

## Características de la muestra

Participaron en el estudio 45 pacientes, de los cuales 12 (27%) son hombres y 33 mujeres (73%). Se dividieron en 3 rangos de edad (ver gráfico 1):

- 1) de 70 a 79 años - 6 pacientes (13%),
- 2) de 80 a 89 años - 25 pacientes (56%),
- 3) de 90 años y más -14 pacientes (31%).

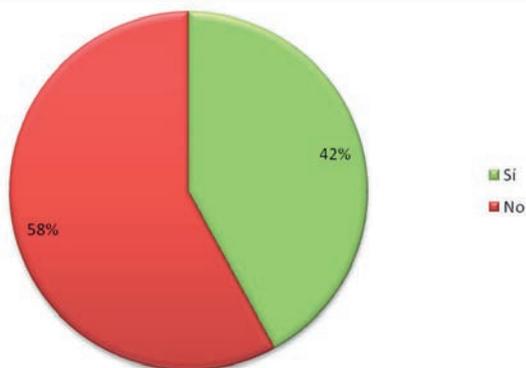
**Gráfico 1. Características de la muestra**  
Sexo y Edad



La edad promedio fue de 86 años, con un mínimo de 72 años y un máximo de 96 años.

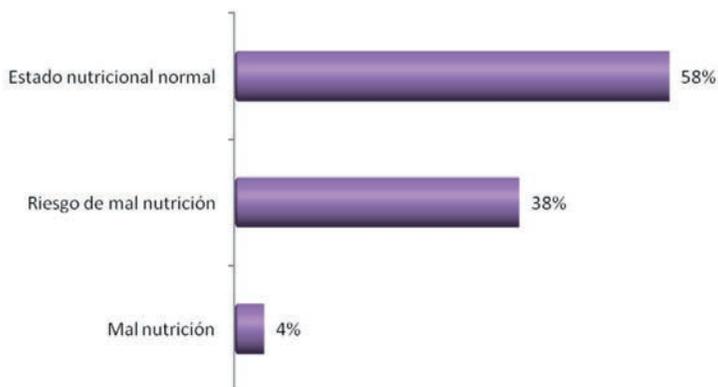
El 42% de de los participantes había sufrido una infección respiratoria baja en los últimos 6 meses (19 pacientes) (ver gráfico 2).

**Gráfico 2. Infección respiratoria en los últimos 6 meses**



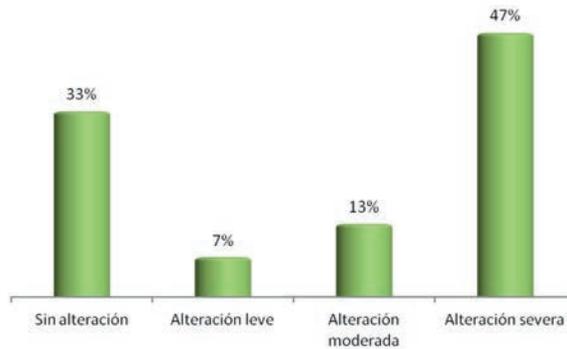
El 58% presentó estado nutricional normal (26 pacientes en el que el MNA mostró de 24 a 30 puntos), el 38% riesgo de malnutrición (17 pacientes con MNA de 17,5 a 23,5) y un 4% (2 pacientes) están en situación de desnutrición según el test de valoración nutricional Mini Nutricional Assessment con 17 puntos o menos (ver gráfico 3).

**Gráfico 3. Estado nutricional (MNA)**



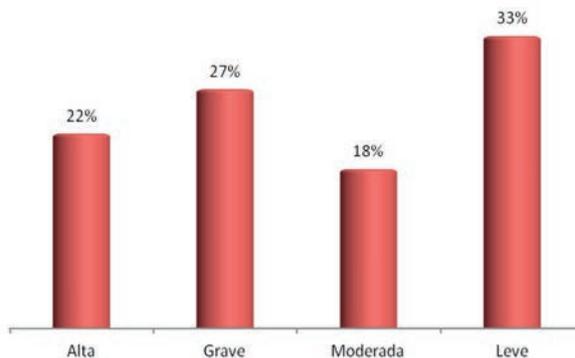
Con relación a la evaluación cognitiva se destaca que un 33% no tiene alteración cognitiva (15 pacientes con un test de Pfeiffer entre 0 y 2 errores), el 7% tiene alteración cognitiva leve (3 pacientes con Pfeiffer entre 3 a 4 errores), mientras que el 13% presenta alteración cognitiva moderada con Pfeiffer entre 5 y 7 errores (6 pacientes) y el 47% presenta alteración cognitiva severa (21 pacientes con Pfeiffer de 8 a 10 errores) (ver gráfico 4).

**Gráfico 4. Alteraciones intelectuales (PFEIFFER)**



Respecto a la valoración funcional, un 22% de los pacientes mostraron alta dependencia (10 pacientes con Barthel modificado entre 0 y 19 puntos). El 27% tiene dependencia grave (12 pacientes con un puntaje en el test de Barthel modificado entre 20 a 44 puntos). El 18% mostró dependencia funcional moderada (8 pacientes con Barthel modificado entre 45 y 59 puntos). Y el 33% con dependencia leve (15 pacientes con Barthel entre 60 y 100 puntos) (ver gráfico 5).

**Gráfico 5. Alteraciones Funcionales (BARTHEL)**



## Resultados

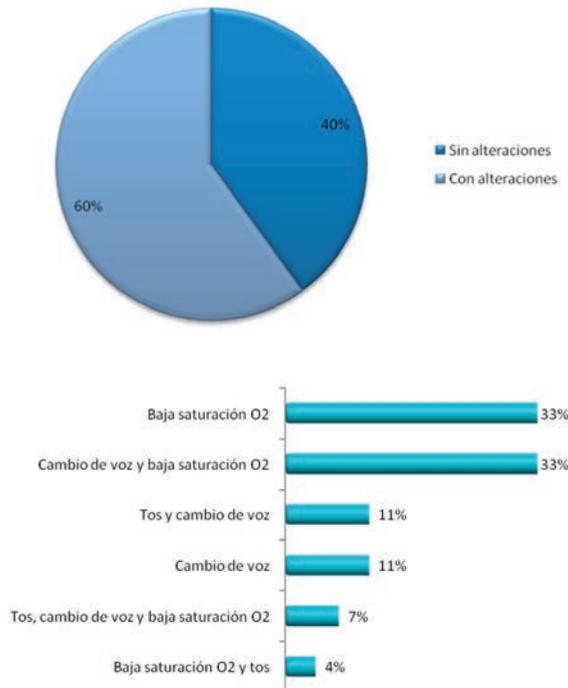
### Relación de los signos de seguridad de la deglución con las diferentes variables

La aplicación del MECV-V evidenció que el 60% de los pacientes mostró signos de alteración de la seguridad. Las alteraciones de la seguridad fueron más frecuentes dentro del sexo femenino.

De estos signos los más frecuentes fueron el descenso de la saturación de oxígeno 33% (9 pacientes); cambio de voz y descenso de saturación de O<sub>2</sub> 33% (9 pacientes); tos y cambio de voz 11% (3 pacientes); sólo cambio de voz 11% (3 pacientes); tos, cambio de voz y descenso en la saturación de O<sub>2</sub> 7% (2 pacientes); baja saturación y tos 4% (1 paciente).

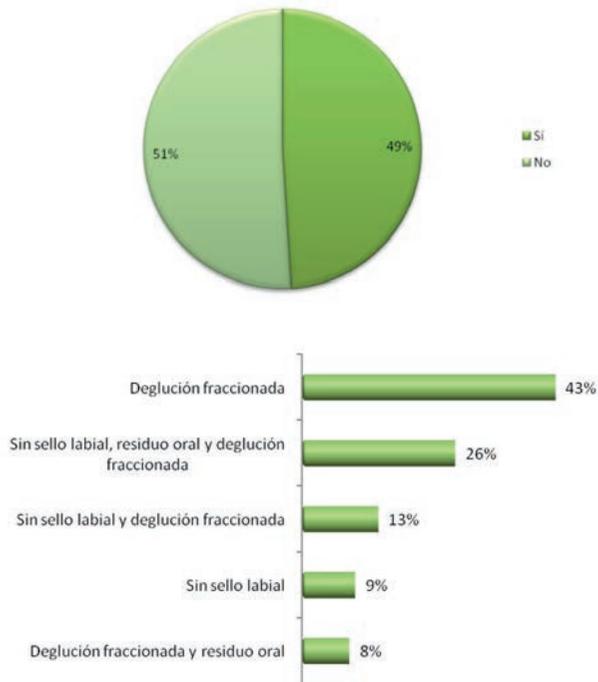
La saturación de O<sub>2</sub> no bajó en 44% de los pacientes (20 pacientes). Bajó menos de 2% en un 11% de los pacientes (5 pacientes). Bajó entre 2 y 4% en 36% de los pacientes (16 pacientes). Bajó 5% o más en 9% de los pacientes (4 pacientes) (ver gráfico 6 y 7).

Gráfico 6 y 7. Alteraciones en la seguridad



Presentaron signos de la alteración de la eficacia el 49% de la muestra (22 pacientes). El signo de mayor frecuencia fue la deglución fraccionada, 43%. Respecto a la tolerancia a los líquidos el estudio mostró que el 7% de los pacientes requirió una consistencia pudding y un 49% néctar, mientras que el 44% toleró la forma líquida (ver gráficos 8 y 9).

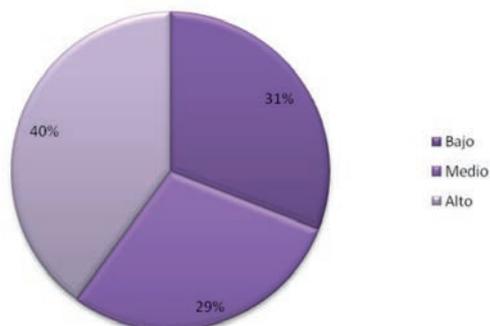
### Gráficos 8 y 9. Alteraciones de la eficacia



En lo relacionado a la tolerancia de volumen, el 31% toleró volúmenes bajos (5ml), el 29% volúmenes medios (10ml) y un 40% volumen alto (20ml). Los hombres toleraron mejor los volúmenes altos (ver gráfico 10).

Tienen alteraciones mixtas de la deglución 47% de los pacientes (21 pacientes).

**Gráfico 10. Tolerancia de volumen**

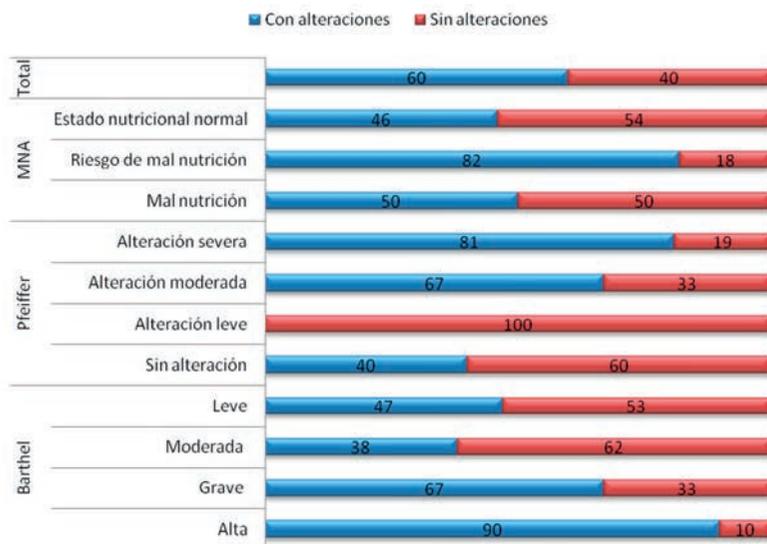
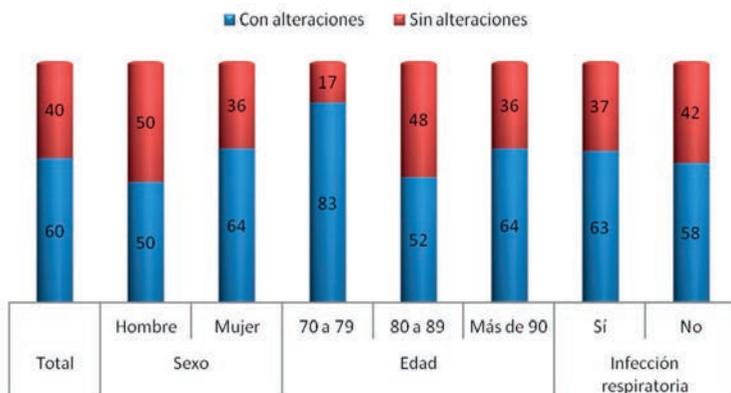


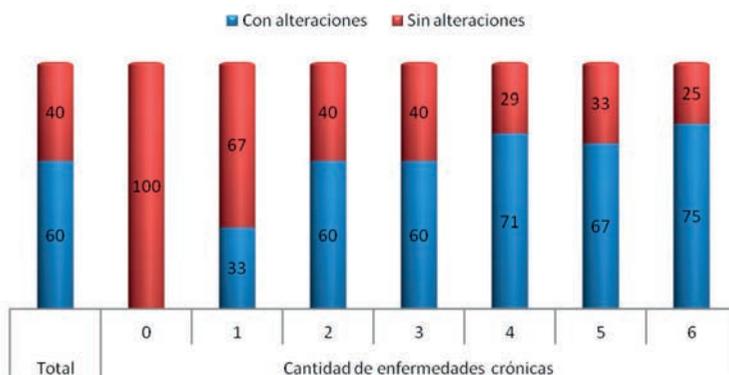
La relación entre alteraciones de la seguridad e infección respiratoria en los últimos 6 meses previos al estudio mostró que el 63% de los pacientes que habían sufrido infección respiratoria presentaron alteraciones de seguridad.

En relación a la alteración de la seguridad en la deglución y la dependencia funcional, resultó que el 90% de los pacientes con alta dependencia funcional presentó alteraciones de la seguridad, el 67% de los pacientes con dependencia grave, el 37% de los pacientes con dependencia moderada y el 46% de los pacientes con dependencia leve.

De la alteración de la seguridad respecto al grado de dependencia cognitiva (deterioro cognitivo), se vio que no presentaron alteraciones de la seguridad los que tenían una alteración cognitiva leve, mientras tanto presentaron alteraciones de la seguridad el 66,7% de los pacientes con deterioro cognitivo moderado y el 81% de los pacientes con alteración cognitiva severa. Respecto a la alteración de la seguridad y el estado nutricional resultó que el 50% de los pacientes mal nutridos tiene signos de alteración de la seguridad y el 82,4% de los pacientes con riesgo nutricional tiene signos de alteración de la seguridad, mientras tanto los pacientes con nutrición normal los mostraron en un 46,2%. La relación de los signos de alteración de la seguridad con el número de enfermedades crónicas resultó que: el 33% de los pacientes con una enfermedad crónica presentaron signos de alteración de la seguridad, el 60% de los pacientes con dos enfermedades crónicas, el 60% de los pacientes con tres enfermedades crónicas, el 71% de los pacientes con cuatro enfermedades crónicas, el 67% de los pacientes con cinco enfermedades crónicas, el 75% de los pacientes con seis enfermedades crónicas (ver gráficos 11, 12 y 13).

**Gráfico 11, 12 y 13. Alteración de la seguridad segmentado por sexo, edad, infección respiratoria, alteraciones funcionales y cognitivas, estado nutricional y cantidad de enfermedades crónicas**





## Resultados de la relación entre signos de la eficacia de la deglución y las diferentes variables

Respecto a los signos de alteración de la eficacia de la deglución, la aplicación del MECV-V mostró que el 50% de la muestra presentó signos de alteración de la eficacia. La distribución por sexo fue de 50% cada uno. El 58% de los pacientes que habían sufrido infección respiratoria baja, en los últimos 6 meses previos al estudio, presentaron alteraciones de la eficacia de la deglución. La relación entre la alteración de la eficacia y la dependencia funcional mostró que un 80% de los pacientes con alta dependencia funcional presentaron alteraciones de la eficacia de la deglución, el 66,7% de los pacientes con dependencia grave, el 37,5% de los pacientes con dependencia moderada, el 26,7% de los pacientes con dependencia leve. En relación a la alteración de los signos de eficacia y el deterioro cognitivo se vio que presentaron alteraciones de la eficacia: el 20% de los pacientes sin deterioro cognitivo, el 33% de los pacientes con deterioro cognitivo leve, el 66,7% de los pacientes con deterioro cognitivo moderado, el 71,4% de los pacientes con deterioro cognitivo severo. Respecto a la alteración de la eficacia de la deglución y la valoración nutricional con MNA: encontramos que presentan alteraciones de la eficacia el 50% de los pacientes mal nutridos, el 70% de los que están en riesgo de mal nutrición, el 38,5% de los que presentan una nutrición normal. La relación entre alteraciones de la eficacia y enfermedades crónicas mostró que: el 33% de los pacientes con una enfermedad crónica presentan alteraciones de la eficacia de la deglución, el 40% de los que tienen dos enfermedades crónicas, el 40% de los que tienen tres enfermedades crónicas, el 64,3% de los que tienen cuatro, el 66,7% de los que tienen cinco y el 75% de los que tienen seis enfermedades crónicas.

## **Resultados en relación con la tolerancia a las diferentes viscosidades y las diferentes variables**

La tolerancia a determinada viscosidad, en relación a las infecciones respiratorias sufridas en los últimos 6 meses, mostró que el 58% de los pacientes que tuvieron infección respiratoria requirieron viscosidad aumentada (53% néctar y 5% pudding). Respecto a la dependencia funcional se vio que: el 60% de los pacientes con alta dependencia funcional requirieron consistencia néctar y el 20% consistencia pudding. El 67% de los pacientes con dependencia funcional grave requirieron consistencia néctar y 8% pudding. La viscosidad relacionada con la valoración nutricional mostró que los pacientes con riesgo de mal nutrición mostraron mayor necesidad de espesar los líquidos, 65% néctar y 18% pudding. La viscosidad relacionada con las enfermedades crónicas mostró que: el 33% de los pacientes con una enfermedad crónica requirió viscosidad néctar, el 60% de los pacientes con dos enfermedades crónicas requirió viscosidad néctar, el 50% de los pacientes con tres enfermedades requirió viscosidad néctar y 10% pudding, el 36% de los pacientes con cuatro enfermedades requirió viscosidad néctar y 7% pudding, el 67% de los que tienen cinco enfermedades crónicas requirió néctar y 17% pudding, el 100% de los pacientes que tiene seis enfermedades crónicas requirió consistencia néctar.

## **Resultados de la relación entre el volumen tolerado y las diferentes variables**

El volumen relacionado con la dependencia funcional mostró que: el 60% de los pacientes con alta dependencia toleran volúmenes bajos (5ml), 20% medios (10ml) y el 20% de ellos toleró volúmenes de 20ml. De los pacientes con dependencia grave el 25% toleró volumen bajo, 58% medio y 17% alto. De los pacientes con dependencia moderada, el 13% toleró volumen bajo y 88% volumen alto. De los pacientes con dependencia funcional leve 27% toleró volúmenes bajos, 27% medio y 47% alto. El volumen relacionado con la alteración cognitiva mostró que el 66% de pacientes con alteración cognitiva moderada y el 86% de los pacientes con alteración severa no toleraron volúmenes mayores de 10 ml. El volumen relacionado a la valoración nutricional mostró que el 88% de los pacientes con riesgo de mal nutrición y 42% de los normales no toleró volúmenes superiores a 10 ml. El volumen relacionado con el número de enfermedades crónicas mostró que: el 100% de los pacientes con seis enfermedades crónicas no toleró volúmenes altos, el 67% de los que tienen cinco enfermedades crónicas, el 71% de los que tienen cuatro, el 40% de los que tienen dos enfermedades crónicas no toleraron volúmenes superiores a 10 ml por bocado.

## Conclusiones

En esta muestra de adultos mayores institucionalizados, hemos encontrado, con la aplicación del MECV-V, alteraciones en la seguridad de la deglución orofaríngea en el 60% de los casos, alteraciones de la eficacia en el 51% y alteraciones mixtas en el 47% de los casos. Los signos de alteración de la seguridad más frecuentes fueron el descenso de la saturación de oxígeno y el cambio en la voz relacionado con la deglución (66% entre ambos). Constatamos que en 4 pacientes (9% de la muestra) el descenso de la saturación de oxígeno fue mayor de 5% por lo que sospechamos aspiración silente en estos casos. La alteración de la eficacia más frecuente es la deglución fraccionada (43%). El 56% de los pacientes no toleró líquido sin espesar, sin sufrir signos de alteración de la seguridad o la eficacia de la deglución. El 60% de los pacientes no toleró líquidos a volúmenes superiores a 10 ml sin sufrir signos de alteración de la seguridad o la eficacia de la deglución. Un 63% de los pacientes con signos de alteración de la seguridad sufrieron infección respiratoria baja en los últimos 6 meses previos a la realización de este estudio. Los signos de alteración de seguridad y/o eficacia de la deglución aumentaron en esta muestra exponencialmente con respecto a la dependencia funcional (90% de los pacientes con alta dependencia funcional), al deterioro cognitivo (81% en la alteración cognitiva severa) y al número de enfermedades crónicas (75% de signos de alteración de la deglución en pacientes con 6 enfermedades crónicas). Se encontraron signos de alteración de la eficacia en 70% de los pacientes con riesgo de mal nutrición, en el 50% de los mal nutridos y el 38,5% de los con nutrición normal. La aplicación del método se produjo sin inconvenientes, con supervisión médica, con un mínimo de molestias y riesgos para el paciente. Lleva 15 minutos por paciente todo el proceso de traslado, realizar y registrar las mediciones. La aplicación del MECV-V no requiere un costo excesivo.

Ante los resultados obtenidos podemos concluir que, este estudio muestra la utilidad y aplicabilidad del MECV-V como método de diagnóstico clínico de las alteraciones de la eficacia y seguridad de la disfagia orofaríngea. Nos permite determinar qué consistencia y qué volumen pueden ser seguros para cada paciente. Es aplicable como método de diagnóstico clínico para la disfagia y la aspiración silente, ya que objetiva la disfagia y el descenso de la saturación de oxígeno durante la deglución.

Identificamos también, cómo elementos predictores de alteraciones de la deglución, el deterioro cognitivo y funcional de los pacientes, así como las infecciones respiratorias previas. Puede aplicarse, como parte de la valoración del adulto mayor, si sospechamos disfagia o, periódicamente, si hay declinación funcional crónica o aguda, ocurrencia de enfermedades neurológicas, respiratorias recurrente o descenso de peso de causa desconocida.

Surge, de forma indudable, la necesidad de una intervención precoz en la adaptación de la dieta del paciente con alteraciones de la deglución.

La existencia en nuestra plaza de espesante comercial tiene poco tiempo y hasta ahora para espesar líquidos se usaban fórmulas artesanales. El uso del espesante comercial facilita en gran manera la alimentación e hidratación de los pacientes con disfagia.

Creemos, se trata entonces, de una prueba recomendable para nuestra práctica diaria, desde la especialidad de medicina familiar y comunitaria, tanto en consultorio como en el domicilio de los pacientes, fácilmente instrumentable y reproducible, confiable, de costo adecuado, que no genera molestias importantes a nuestros pacientes, y sí aporta información útil para etapas diagnósticas y acciones de prevención en el cuidado a la salud integral de nuestros adultos mayores.

## Referencias Bibliográficas

1. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIGESA. División Salud de la Población- Programa Nacional del Adulto Mayor ASSE: Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo Red de Atención del Primer Nivel INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO: División Salud Servicio de Atención a la Salud Secretaría del Adulto Mayor. Programa Nacional del Adulto Mayor. 2005-2010. Disponible en [www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa\\_Adulto\\_Mayor%5B1%5D.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf)
2. OPS-OMS. Salud bienestar y envejecimiento en las Américas. Estudio SABE.1999. Disponible en [www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020...](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020...)
3. CAMPORA, H., FALDUTI, A. Artículo: Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. Instituto Fleni, Hospital Fernández-SCIELO. Disponible en [www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v12n3/v12n3a04](http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v12n3/v12n3a04)
4. VELAZCO, M., GARCÍA PERIS-P., MSCO, M., GARCIA-PERIS-P. Suplemento de nutrición hospitalaria, causas y diagnósticas de la disfagia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica, Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutrición Hospitalaria*, vol. 2, núm. 2, Grupo Aula Médica, S. L., mayo, 2009, pp. 56-65.
5. CAMPORA, H. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista Medicina Respiratoria* 2012, 3 98-107.
6. CANALS GELE DUCHS. *Abordaje integral a la disfagia y tratamiento nutricional*. Curso On line. Disponible en [cursos.gan-bcn.com/cursosonline\\_info.php?curso=67](http://cursos.gan-bcn.com/cursosonline_info.php?curso=67)
7. CLAVÉ, P., TERRÉ, R., de KRAS, M. and SERRA, M. Approaching oropharyngeal dysphagia. Madrid: *Revista Esp Enfermedades Dig* 2004; Vol. 96, 2: 119-131.

## Bibliografía accesoria

- AMESTOY, A. Disfagia, diagnóstico y tratamiento nutricional. *II jornadas de integración en terapia nutricional*, Maldonado, Uruguay, Octubre 2011.
- RUBINSTEIN, A. *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. 3ª edición. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina. 2016.
- VELASCO, M., GARCÍA PERIS, P. Causas y diagnóstico de la disfagia; *Nutrición hospitalaria*, vol. 2, núm. 2, mayo de 2009, Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- ZURRO, M. *Atención familiar y salud comunitaria*. 7ª edición. España. Editorial Elviesier. 2016.



# USO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA LA PESQUISA DE RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO DE LAS PUÉRPERAS QUE TUVIERON SU PARTO EN EL DEPARTAMENTO DE FLORIDA EN EL PERÍODO MAYO 2013 A JUNIO 2014

## *BY USING THE EDINBURGH STAGE METHOD TO DETERMINE POST BIRTH DEPRESSION IN THOSE WOMEN WHICH BIRTHED CHILDREN IN FLORIDA'S DEPARTMENT IN THE PERIOD FROM MAY 2013 TO JUNE 2014*

<b>Arianel Bruno</b>	<b>Javier López</b>
<b>Jorge Cuenca</b>	<b>Lilían Pacheco</b>
<b>Ana Laura Sagnol</b>	<b>María Jesús Giordano</b>
<b>Laura Vernengo</b>	<b>Laura Haro</b>
<b>Silvana Sánchez</b>	<b>Andrés Alzamendi</b>

**Palabras Claves:** embarazo, Escala Edimburgo, depresión

**Keywords:** pregnancy, Edinburgh Scale, depression

### **Agradecimientos**

A todas las mujeres que accedieron a participar respondiendo dicho cuestionario.

A todos los profesionales y estudiantes —UDA rural Florida, referentes de policlínicas urbanas y rurales que no pertenecen a las UDAs, estudiantes de medicina CBCC— que colaboraron en la implementación del trabajo.

A la Dirección del Hospital Florida y sus funcionarios.

A los funcionarios de los distintos servicios de la Red de Atención Primaria.

Todos hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

GRACIAS

**Resumen:** La depresión posparto es un trastorno muy frecuente a nivel mundial (8 a 25%)<sup>1</sup> y genera considerables repercusiones en la mujer, que ve disminuido su nivel de salud y capacidad para

experimentar de forma adecuada y placentera su maternidad. En Uruguay, dentro de la atención al puerperio no existen protocolos de pesquizaje de la depresión posparto, si bien hay herramientas disponibles para su detección, seguimiento y tratamiento. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia del riesgo de depresión puerperal, mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo, a mujeres usuarias de ASSE que tuvieron su parto en el período comprendido entre mayo de 2013 y junio de 2014, en el departamento de Florida. Se trata de un estudio observacional, de prevalencia, de 101 mujeres que asistieron su embarazo y parto en ASSE-Florida, en base a la aplicación de la Escala de Edimburgo. Dicho cuestionario, es un método muy usado para la detección del riesgo de depresión posparto. Es una técnica de observación indirecta, fácil de aplicar, breve, mediante el uso de un cuestionario científicamente validado y auto-administrado.<sup>7</sup> Aquellas mujeres que presentaron resultado positivo según la escala de Edimburgo para el riesgo de depresión posparto fueron posteriormente derivadas con Psiquiatra para una evaluación en mayor profundidad. El total de mujeres en puerperio en el período del estudio, que controlaron su embarazo en los servicios de salud de ASSE, donde se desempeñan tanto la Unidad Docente Asistencial (UDA) urbana, como la UDA rural de Florida, fue de 292. De este número (N) total se logró aplicar la Escala de Edimburgo a 101 (n) mujeres en etapa de posparto de hasta 4 meses, se logró llegar a un 35% del total de puérperas del período. La prevalencia del puntaje Edimburgo positivo en la población donde fue aplicada dicha escala fue de un 40%. De estas 41 mujeres; 36 pertenecían a la zona urbana, 23 se encontraban en estado civil "unión de hecho", 21 tenían secundaria incompleta, 11 tenían 1 hijo y 11 tenían 2 hijos previos, 25 no planificaron su embarazo, 23 tuvieron una captación precoz del mismo, 38 fueron embarazos bien controlados en número de controles, 22 de los embarazos con Edimburgo positivo no tuvieron ninguna patología durante el mismo, 9 y 8 eran madres adolescentes y  $\geq$  a 35 años respectivamente. De las variables con las que se testeó la existencia de relación estadística en las puérperas que tuvieron un resultado positivo en la Escala de Edimburgo, la edad materna  $\geq$  a 35 años fue la que presentó asociación estadísticamente significativa (Odds de prevalencia = 2,8 con un 95% de confianza), pero, para poder comprobar esta relación debería diseñarse un estudio analítico. Este estudio muestra una prevalencia de un 40% del puntaje Edimburgo positivo en la población donde fue aplicada esta escala. Si bien es un porcentaje considerable, el n de la muestra es sólo de 101, 35% del total de 292 puérperas en el período (un año). Además debe considerarse que la muestra no fue tomada aleatoriamente, sino por conveniencia, lo que sin dudas altera la validez externa del resultado obtenido.

**Abstract:** The depression during puerperium are very frequently and provokes repercussions in the women, it decreases her health condition and ability for pleasure and available maternity experience.

In Uruguay, there are not research protocols to know depression after childbirth, but there are tools for the detection, monitoring and treatment. The goal of this research is to decide prevalence of the risk and puerperium depression; we work on Edinburg scale for female patients of ASSE which had birth between May 2013 and June 2014 at Florida's Uruguay region.

This is an observational and prevalence investigation based on Edinburgh scale of 101 women who were admitted their pregnancy and birth at ASSE- Florida's general hospital.

This questionnaire is a usual method to know the risk of depression after childbirth. This is an indirect observational technic, easy to apply and fast to do with the help of a questionnaire scientifically approved and auto managed. Those women who got positive results according to Edinburgh scale for the risk of depression after childbirth were sent to psychiatric evaluation.

All the women during the puerperium investigation period who got controlled their prenatal care at ASSE health service, where there is urban docent care unit (UDA) and country side Florida, were 292. From this quantity (N) would it apply the Edinburgh scale to 101 (n) women from after childbirth period till 4 months, it would get 35% from the total women in puerperium. The prevalence of positive Edinburgh scale in the population where was applied this scale was 40%. From 41 women from the city, 23 were unmarried, 21 uncompleted high school, 11 had one kid and 11 two kids before, 25 didn't plan their pregnancy, 23 were capted before this one, 38 were pregnant as well controlled, 22 pregnancies scored by Edinburgh positive did not get any disease during it self, 9 and 8 were teenage mothers and  $\geq$  to 35 years old respectively. The exception which found statistic relation in women in puerperium who got a positive result on Edinburgh scale was maternity age  $\geq$  35 years old (Odds prevalence of 2,8 with 95% reliability), to compare this relation should make an analytic research.

This research shows 40% of prevalence from positive Edinburgh scale on the population where was applied.

A good available percentage, where "n" is just 101.35% from 297 women in puerperium in the period of one year. It should also be considered that the sample was not taken randomly, but for convenience, which undoubtedly alters the validity of the result.

## Introducción

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo muy frecuente<sup>1</sup> en las primeras semanas tras el parto, y genera considerables repercusiones en la mujer, que ve disminuido su nivel de salud y capacidad para experimentar de forma adecuada y placentera su maternidad.

Además la Depresión Puerperal tiene posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y conlleva al deterioro de las relaciones conyugales y familiares. En Uruguay, dentro de la atención al puerperio no existen protocolos de pesquizaje de la depresión post parto, si bien hay herramientas disponibles para su detección, seguimiento y tratamiento.

Es por eso, que dentro de la búsqueda de una atención integral a la mujer, consideramos que debe ser contemplada la detección temprana de la depresión post parto dentro de los programas para reducir la morbilidad materno-infantil.

El médico de familia juega un papel fundamental en la identificación de este problema, por esto se hace necesario tener un instrumento de fácil manejo, comprensible y científicamente probado para dicho fin. La Escala de Edimburgo cumple con estas características, por lo que se convierte en la herramienta ideal para identificar la depresión puerperal.<sup>7</sup>

Este test fue generado en Inglaterra, para esos efectos, y ha sido validado en diferentes países.<sup>7</sup>

Si bien las cifras de incidencia son muy dispares, estudios recientes apuntan a tasas más bajas de depresión, que oscilan entre un 10 a 25%.<sup>7</sup> En Europa, gracias a la utilización de la escala, se ha logrado identificar que la depresión post-natal afecta a por lo menos 10%<sup>5</sup> de las madres. En Uruguay, un estudio de prevalencia realizado en el 2011 determinó un 16% de mujeres afectadas.<sup>4</sup>

## Objetivo General

Determinar la prevalencia del riesgo de depresión puerperal, mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo a mujeres usuarias de ASSE, que tuvieron su parto en el período comprendido entre mayo de 2013 y junio de 2014, en el departamento de Florida.

## Objetivos Específicos

- Establecer las características demográficas de la población estudiada.
- Determinar la prevalencia de las mujeres con valores elevados de la Escala de Edimburgo.

- Definir las características sociodemográficas de las mujeres con puntaje positivo.
- Identificar variables relacionadas a puntajes elevados de la escala.

## Metodología

Se trata de un estudio observacional, de prevalencia, de 101 mujeres que asistieron su embarazo y parto en ASSE-Florida, en base a la aplicación de la Escala de Edimburgo. Dicho cuestionario, es un método muy usado para la detección del riesgo de depresión post-parto. Es una técnica de observación indirecta, fácil de aplicar, breve, mediante el uso de un cuestionario científicamente validado y auto-administrado.

Además de la aplicación de la escala de Edimburgo —fuente primaria—, se obtuvo información de fuentes secundarias de datos, a saber: libro de partos del Hospital Florida e historias clínicas con sus respectivas hojas SIP.

La muestra de puérperas a las que se aplicó la escala, fue seleccionada por conveniencia. Se extrajeron los datos patronímicos periódicamente de las mujeres que tuvieron sus partos en el Hospital Florida en el período antes mencionado. Se georeferenciaron y se repartieron por policlínica de referencia, tanto urbanas como rurales. De ellas las que fueron localizadas telefónicamente se visitaron y previo lectura y firma de consentimiento informado se aplicó la escala. Cabe destacar que se contó con la participación de la UDA rural Florida, referentes de policlínicas que no pertenecen a ninguna de las UDAs, y distintos grupos de estudiantes para la aplicación del cuestionario.

Aquellas mujeres que presentaron resultado positivo según la escala de Edimburgo, para el riesgo de depresión post parto, fueron posteriormente derivadas con Psiquiatra de la UDA para una evaluación en mayor profundidad.

## Aspectos éticos

Se diseñó un consentimiento informado para solicitar la autorización a las mujeres a las que se les aplicó la Escala de Edimburgo (ver Anexo). En el mismo se deja explícito que la información que se use para el trabajo, sea a través de la encuesta o historia clínica es absolutamente confidencial. No se incluyó ningún dato que pueda hacer posible la identificación de la persona o la de el/la recién nacido/a en publicaciones o reportes posteriores. Debe destacarse que se explicó que si la mujer que responde el cuestionario se encontrara en situación de riesgo de depresión sería derivada para su atención y seguimiento. Se especificó que la participación es libre y voluntaria, y que este estudio no involucra ningún riesgo físico para el binomio madre-hijo/a

## Resultados

El total de mujeres en puerperio en el período del estudio —Mayo 2013 a Junio 2014—, que controlaron su embarazo en los servicios de salud de ASSE, donde se desempeñan tanto la UDA urbana, como la UDA rural de Florida, fue de 292. De este número (N) total se logró aplicar la Escala de Edimburgo a 101 (n) mujeres en etapa de post parto de hasta 4 meses, es decir, se logró llegar a un 35% del total de púerperas del período. Del total de las 101 mujeres que respondieron el cuestionario, 41 tuvieron puntaje elevado de la escala, es decir que la prevalencia de riesgo resultó en 40%.

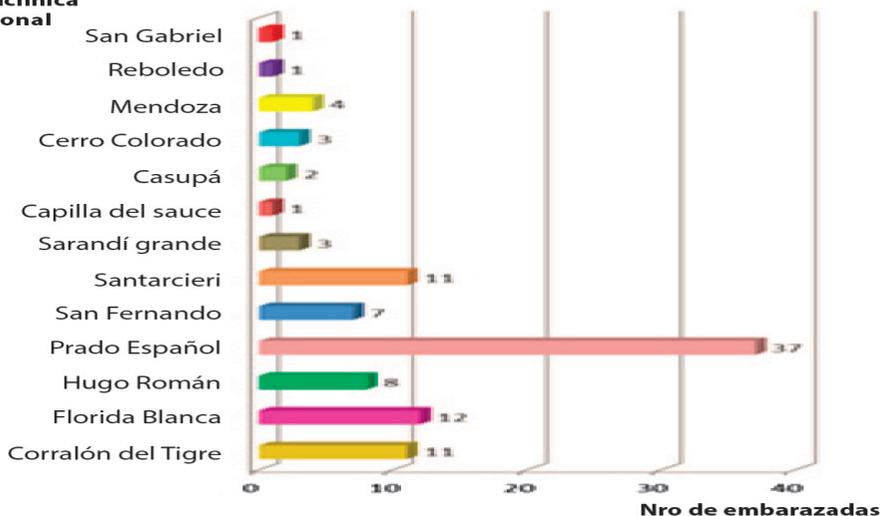
## Características socio-demográficas

### Distribución Geográfica

En relación a la distribución geográfica de las púerperas se agruparon según lugar de residencia. El 90% de las mujeres a las que se les aplicó la escala pertenecen a la zona urbana, y por lo tanto 10% a la zona rural.

Distribución de las púerperas a las que se aplicó el cuestionario Edimburgo por policlínica donde se realizó el control, Florida Mayo 2013 - Junio 2014.

#### Policlínica zonal



De las usuarias de policlínicas urbanas, se puede observar que la mayoría controlaron su embarazo en la Policlínica “Prado Español”, y esto se explica porque en dicho barrio reside población más joven en comparación con las demás policlínicas de la zona urbana. En el caso de las usuarias de la zona rural

la distribución es más uniforme a pesar de las diferencias en población de las distintas localidades.

## **Edad Materna**

La media de edad de la población en estudio fue de  $25,1 \pm 6,8$  años, siendo las madres de menor edad de 15 años y las de mayor edad de 42 años en este grupo. El 50% de la población es menor de 24 años (población joven). Si analizamos la edad por grupos etarios, 27% eran adolescentes, 60% tenían entre 20 y 34 años y 13% 35 años o más.

## **Estado Civil**

En relación al estado civil, un 58% estaban en unión de hecho, 14% estaban casadas, y un 28% eran solteras.

## **Nivel Educativo**

Con respecto al nivel educativo del grupo se encontró que un 91% tenían como máximo nivel educativo alcanzado secundaria incompleta, es decir que desagregado un 11% tenían primaria incompleta, un 28% primaria completa y un 53% secundaria incompleta.

## **Antecedentes Perinatales**

### **Paridad**

Los antecedentes de paridad del grupo de mujeres estudiado mostraron que un 60% habían tenido como máximo 2 partos/cesáreas previos, que desagregados serían; 36% un parto previo, y 23% 2 partos previos. Tres partos o más fueron el 41% restante.

### **Planificación del embarazo**

En relación a la planificación del embarazo tal como se registró en el carné de control prenatal, se obtuvo que en un 51% de los casos el embarazo no fue planificado, mientras que un 38% sí, con un 12% sin dato.

## Captación precoz del embarazo

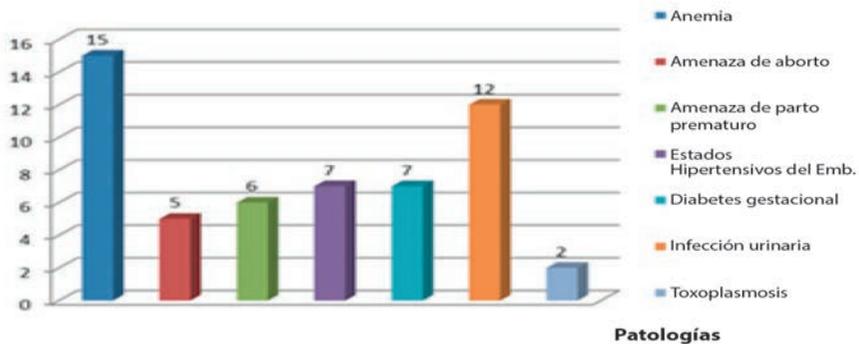
En el 52% de los casos estudiados los embarazos fueron de captación precoz.

## Control del embarazo

Un 91% estuvieron bien controlados con respecto al número de controles.

Distribución de las púérperas a las que se aplicó Edimburgo por tipo de patologías presentes durante el control del embarazo, Florida, Mayo 2013 - Junio 2014

**Nro. de púérperas**

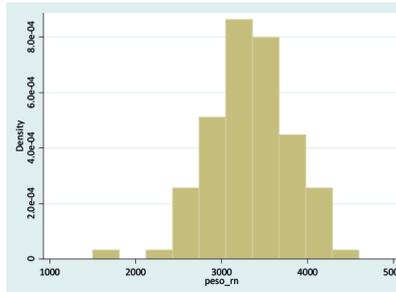


## Patologías durante el embarazo

De las 101 mujeres estudiadas, a las que se les aplicó el cuestionario, un 48% presentaron patologías durante el embarazo. Sin embargo, no presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación a los resultados del puntaje de las que no presentaron patologías durante el embarazo. El 50% de las mujeres no presentaron patologías durante el embarazo, de las restantes un 33% presentaron una patología, y un 15% dos patologías. Las patologías que se registraron en este grupo fueron; anemia, amenaza de aborto (AA), amenaza de parto prematuro (APP), estados hipertensivos del embarazo (EHE), diabetes gestacional (DG), infección urinaria (IU) y toxoplasmosis. Como se puede ver en el gráfico anterior, las más comunes fueron la presencia de anemia (14%) y la IU (12%), durante el embarazo. Se testeó con cada una de ellas la presencia de diferencias estadísticamente significativas en relación a los resultados del puntaje de Edimburgo, no constatándose ninguna diferencia.

## Vía de Finalización del Embarazo

La vía de finalización del embarazo de mayor frecuencia fue el parto vaginal (PV) —70%—, mientras que el 30% restante requirió cesárea (CST). En relación a las semanas de finalización del embarazo, sólo 7% fueron de pretérmino, el resto llegaron al término.

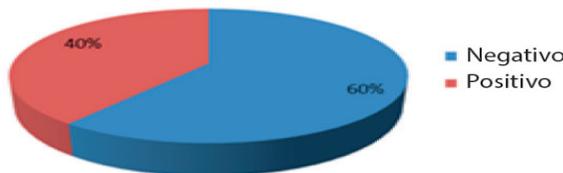


## Peso del Recién Nacido

La media del peso de los recién nacidos del grupo fue de  $3340,1 \pm 481,9$  gramos, siendo el menor peso 1500 gramos y el de mayor peso 4600 gramos. El 50% del peso de los recién nacidos de este grupo es menor de 3340 gramos. El histograma de frecuencia del peso de los recién nacidos mostró una distribución normal. Sólo 9 recién nacidos (RN) presentaron un peso inadecuado al nacer. De éstos 9 RN, 7 fueron macrosómicos, mientras que sólo 2 fueron de bajo peso, del total de RN con peso inadecuado.

## Escala de Edimburgo

Distribución de las púérperas por resultado del puntaje de Edimburgo aplicado, Florida, Mayo 2013 - Junio 2014.



Como se mencionó al inicio de los resultados, la prevalencia del puntaje Edimburgo positivo en la población donde fue aplicada dicha escala fue de un 40%.

De estas 41 mujeres:

- 36 pertenecían a la zona urbana,
- 23 se encontraban en estado civil “unión de hecho”,
- 21 de las mujeres tenían secundaria incompleta,
- 11 tenían 1 hijo y 11 tenían 2 hijos previos,
- 25 no planificaron su embarazo,
- 23 tuvieron una captación precoz del embarazo,
- 38 fueron embarazos bien controlados en número de controles,
- 22 de los embarazos con Edimburgo positivo no tuvieron ninguna patología durante el embarazo,
- 9 y 8 eran madres adolescentes y  $\geq$  a 35 años respectivamente.

De las variables en las que se testeó relación estadística en las puérperas que tuvieron un resultado positivo de la Escala de Edimburgo, la edad materna  $\geq$  a 35 años fue la que presentó asociación estadísticamente significativa (Odds de prevalencia de 2,8 con un 95% de confianza), pero dado que para comprobar este tipo de asociaciones debe diseñarse un estudio analítico de los resultados obtenidos puede plantearse la hipótesis de que la edad materna  $\geq$  a 35 años puede estar vinculado a un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto.

## Discusión

La depresión posparto, es una condición seria, común y tratable, y tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud del niño y la madre, es habitualmente subdiagnosticada por los profesionales de la salud, por lo que se requiere implementar estrategias de tamizaje para aumentar la tasa de detección.

La detección temprana conlleva una intervención oportuna y disminución de las complicaciones ocasionadas por esta enfermedad. Puede aceptarse que, la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 25%<sup>7</sup> de las puérperas, con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y, con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%.

Este estudio muestra una prevalencia de un 40% del puntaje Edimburgo positivo en la población donde fue aplicada esta escala. Los resultados obtenidos superan ampliamente los de otros estudios, incluyendo el realizado en el 2011 en el país.<sup>4</sup> Ante estos resultados debe considerarse que, desde el punto de vista metodológico, el “n” de la muestra es sólo de 101 —35% del total de 292 puérperas en el período—, y que la muestra no fue tomada aleatoriamente, sino por conveniencia, lo que altera la validez externa del resultado obtenido. Sin

embargo, cabe plantearse que estamos ante un problema de salud pública subdiagnosticado.

Cabe destacar que de este trabajo se desprenden algunas hipótesis que deben profundizar el estudio de la depresión y su vínculo a variables asociadas a un mayor riesgo de depresión posparto. Es el caso de la edad materna  $\geq$  a 35 años, que demostró en el grupo estudiado una relación estadísticamente significativa en los casos de puntaje de Edimburgo positivo.

En suma, la Depresión Posparto es un problema que no se agota en lo personal ni en lo psicopatológico, sino que engloba, además, del binomio madre hijo, a la pareja, a la familia y a la comunidad toda. Por lo tanto es importante abordarlo con recursos flexibles, culturalmente aceptados y científicamente fundados, como lo es la Escala de Edimburgo.

## Referencias Bibliográficas

1. ALVAREZ, A., E. PONCE, A. IRIGOYEN. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 9, (4), 2008, 133-136.
2. ARANZ, L., W. AGUIRRE, J. RUIZ, S. GAVIÑO, J. CERVANTES, E. CARSI, M. CAMACHO, M. OCHOA. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Revista Ginecol Obstet Mex*; 2008, vol. 76 (6), 341-348.
3. CARRO GARCIA, T., J. M. SIERRA MANZANO, M. J. HERNANDEZ GOMEZ, E. LADRON MORENO, E. ANTOLIN BARRIO. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Revista de Medicina General, Revisión*, Centro de Salud de Soria Norte, Junio 2000, 452-456.
4. DEFEY, D., N. D'OLIVEIRA, G. CORBO. *De-presiones maternas: depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudios de prevalencia*, Montevideo: OIT, 2011.
5. DENNIS, CL., K. ALLEN. *Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008.
6. DIAZ, S. El período posparto. *Revista AcPI*, vol. I: 77-88; 2009. <http://www.icpsi.cl>
7. MAROTO, G., M. GARCIA, A. FERNANDEZ. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2005, vol. 5(2), 305-318.
8. NAVAS, W. Depresión Posparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2017, vol. 20 (608), 639-647.
9. OVIEDO, G. F., V. JORDAN. Trastornos afectivos posparto. *Revista Universitas Médica*, 2006, vol. 47(2), 131-140. 2006.
10. SIERRA MANZANO, J.M, T. CARRO GARCÍA y E. LADRON MORENO. Introducción variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Revista de Atención Primaria*, 30 junio 2002, vol. 30 (2), 103-111 | 105.
11. URDANETA, J., A. RIVERA, J. GARCIA, M. GUERRA, N. BAABEL, A. CONTRERAS. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo, Trabajos Originales. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecológica* 2010, vol. 75 (5), 312-320.

## **Anexo: Consentimiento informado**

Aplicación del cuestionario de depresión postparto de Edimburgo Florida.

Ud. ha sido seleccionada para participar en un estudio de investigación. Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que pueda ayudarla a Ud., a su hijo/a y a otras personas en el futuro.

### **¿Cuál es el propósito de este estudio?**

El propósito de esta investigación es conocer cuántas mujeres luego del parto o cesárea tienen riesgo de tener una depresión postparto para prevenir y tratar este problema de salud que puede traer complicaciones tanto para la madre como para el niño/a y su entorno. Es de esta forma que pretendemos mejorar la calidad de la atención brindada a embarazadas, puérperas y recién nacidos.

### **¿Dónde se va a realizar este estudio?**

Este estudio se llevará a cabo en la ciudad de Florida en las policlínicas urbanas y rurales de Florida, y participarán las usuarias que las mismas.

### **¿Cuál es el objetivo de este trabajo?**

El objetivo de este trabajo es recolectar datos a través de un breve cuestionario acerca de su estado de ánimo en relación al embarazo y parto o cesárea, y algunos datos de la historia como su edad, estado civil, número de controles en el embarazo, etc.

### **¿Me traerá algún problema participar en este estudio?**

La información que Ud. nos dé ya sea a través de la encuesta o su historia clínica es absolutamente confidencial. No incluiremos ninguna información que pueda hacer posible su identificación o la de su hijo/a en publicaciones o reportes posteriores. No hay costos para Ud. por tomar parte de esta investigación. Si Ud. se encuentra en situación de riesgo de depresión será derivada para su atención y seguimiento. Su participación es voluntaria. Ud. tiene derecho a decidir si desea participar o no. Este estudio no involucra ningún riesgo físico para Ud.

### **¿Quién organiza este estudio?**

Este estudio es coordinado por la UDA Florida-Facultad de Medicina UdelaR/ Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)-Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria, con la colaboración de la RAP-ASSE Florida.

Por favor tómese el tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda.

Ud. recibirá una copia de este consentimiento.

Declaración de Consentimiento

He leído atentamente y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio y estas preguntas fueron contestadas y estoy de acuerdo con las respuestas. Voluntariamente acepto participar de este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme sin que esto signifique ningún perjuicio para mí. Firmando este consentimiento no confío ningún derecho legal que me pertenezca.

*Firma:*..... *Fecha:* ..... /..... /.....

*Aclaración:*.....

## ESTUDIO SOBRE SALUD BUCAL EN AFRODESCENDIENTES DE MONTEVIDEO

### STUDY OF AFRO-DESCENDANTS' ORAL HEALTH IN MONTEVIDEO

**Enrique Rotemberg**  
**María Teresa Almaráz**  
**Beatriz Ferreira**  
**Natalia Acosta**  
**Alicia López**  
**Matías Muñoz**  
**Andrés Urioste**

**Palabras Clave:** salud bucal, equidad, afrodescendientes, adolescentes y adultos jóvenes  
**Key Words:** oral health, equity, afro-descendants, adolescents and young adults

#### Resumen

El tráfico transatlántico de esclavos hasta la abolición de dicha condición en nuestro país, junto a la discriminación racial y profundización de la brecha en materia de acceso a derechos entre personas de origen afro y no afro, trajo consecuencias en la población afrodescendiente.

**Objetivos:** estudiar los conocimientos en salud buco-dental, hábitos de higiene oral, acceso a la atención odontológica y prestador de salud en un colectivo afrodescendiente y otro sin ascendencia afro.

**Material y métodos:** estudio de carácter descriptivo, comparativo y de corte transversal. Criterios de inclusión: a) pertenecer a la franja etaria de 15 a 35 años, b) residir en Montevideo. Se entrevistaron 40 individuos afrodescendientes y 40 personas que declararon carecer de antepasados de origen afro, de similar situación socio-demográfica. Ambos grupos, integrados por 20 individuos de cada género. Los participantes contestaron el cuestionario al equipo investigador tras la firma de consentimiento informado. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología-UdelaR.

**Resultados:** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el presente estudio.

**Conclusiones:** sería recomendable continuar la investigación en relación a la salud bucal para ésta u otras minorías étnicas.

## **Abstract**

The transatlantic slave trade until the abolition of that condition in our country along racial discrimination and deepening of the gap in access to rights between people of African and non-African origin, brought consequences on people of African descent.

**Objectives:** to study the knowledge on dental health, oral hygiene habits, access to dental care and health care provider in both African descent and non- African descent collectives.

**Materials and Methods:** descriptive, comparative and cross-sectional. Inclusion criteria: a) to belong to the age group of 15 to 35 years old, b) to reside in Montevideo. 40 individuals of African descent and 40 people who reported lack of ancestors of African origin, of similar socio-demographic situation were interviewed. Both groups made up of 20 individuals of each gender. The participants answered the interview to the research team after signing an informed consent. The work was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Dentistry - UdelaR. **RESULTS:** No statistically significant differences between the two groups were found in this study.

**Conclusions:** it would be suitable to deepen the study of oral health in this and other ethnic minorities.

## Antecedentes

Los africanos fueron capturados y forzados a venir a América para ser incorporados al sistema de trabajo en condiciones de extrema explotación y discriminación. Esa situación los marcó a ellos y a sus descendientes, que por diversas vías procuraron resistir la dominación y conservar sus tradiciones culturales. La abolición de la esclavitud en Uruguay fue un proceso lento y conflictivo, con avances y retrocesos. Luego de dicho proceso, los afrodescendientes fueron integrados a la sociedad bajo las pautas de los sectores dominantes (MEC, 2007). “Reconócese que la población afrodescendiente que habita el territorio nacional ha sido históricamente víctima de racismo, discriminación y estigmatización desde el tiempo de la trata y tráfico de esclavos, acciones estas últimas que hoy son señaladas como crímenes contra la humanidad de acuerdo al Derecho Internacional” (Parlamento, 2013).

Según el VIII Censo Nacional de Población 2011, el primero en incluir una pregunta sobre pertenencia étnico-racial, la población afrodescendiente representa la minoría étnica más grande del país con un 8,1%, respecto a la indígena, 5,1% y la asiática, 0,5%. Alcanza sus mayores porcentajes en Rivera, 17,3%, Artigas, 17,1%, Cerro Largo, 10,9%, Salto y Tacuarembó, 9,9% y Montevideo, 9%. En Montevideo, la población con ascendencia afro se concentra en los barrios de la periferia, siendo menor al 5% en barrios en los que reside la población de ingresos medio y alto, y asciende entre 15 y 20% en algunos barrios ubicados en el cinturón de pobreza (MIDES, 2015a). En el Departamento de Montevideo, el mayor porcentaje de población que declara ascendencia afro se registra en los Centros Comunales Zonales (CCZ) 9, 10, 11 y 17, destacando que, en los CCZ 9 y 11 el total de personas afrodescendientes supera las 10.000 en cada uno (IMM, 2013).

El término etnia ha tendido a suplantar el de raza para evitar la carga estigmática de este último. Mientras la raza es el resultado de una categorización social externa, etnia responde a una definición interna que refiere al sentimiento de pertenencia a una comunidad (INE, 2006).

La ascendencia étnico-racial establece como criterio de respuesta la autoidentificación de las personas con una o más de las opciones disponibles. Se consideran afrodescendientes las personas que declaran: a) exclusivamente tener ascendencia afro o negra; b) más de una ascendencia, señalando la afro como principal; c) además de la afro otra/s ascendencia/s, e identifican otra ascendencia como principal. No afrodescendientes son quienes declaran otra/s ascendencia/s que no incluyen la afro (INE, 2011).

En el marco del Proyecto Población Afrodescendiente y Desigualdades étnico-raciales en Uruguay que llevó adelante el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Uruguay (PNUD, 2008), se develó que las dificultades de acceso

a los Servicios de Salud están relacionadas con las limitaciones económicas que padece la mayoría de la población afrodescendiente, sin representar para ellos una discriminación o lesión a sus derechos ciudadanos. Tampoco se consideró discriminación que sus condiciones de vida los expongan a sufrimientos evitables. Hay escasa o defectuosa información acerca de enfermedades de propensión étnica y su situación en Uruguay (INE, 2008).

Aun cuando en los últimos años la caída de la pobreza ha beneficiado a toda la población, este proceso no ha sido acompañado por una reducción de la brecha racial en relación a la tasa de pobreza de la población afrodescendiente (INE, 2013). A esto se suma la prevalencia de algunas enfermedades en la población de origen afro y la falta de información que persiste en la materia para adaptar la prevención y el tratamiento a las necesidades de este colectivo étnico-racial (MIDES, 2015a). Estudios que indagaron, entre otros puntos, el conocimiento de ciertas afecciones a la salud que tienen mayor prevalencia en la población afrodescendiente, encontraron en habitantes del barrio Palermo, que las personas afro declararon menor conocimiento que los no afro de patologías como hipertensión arterial, anemia falciforme, síndrome del tamborilero entre otras (MIDES, 2015b). El 46% de la población de origen afro se atiende en los servicios de salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), porcentaje que desciende a 28,2% en la población no afro (Fuente: elaboración en base a Encuesta Continua de Hogares ECH 2014) (MIDES, 2015a).

Al considerar la cobertura de los servicios de salud se observó que entre personas de 0 a 19 años de edad no existe diferencia en el acceso a los servicios de salud respecto a la raza, sin considerar su calidad, en la infancia y adolescencia (INE, 2008).

La salud, como derecho humano, significa garantizar las condiciones para que las personas alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, sin distinción de sexo, religión, ideología política o condición económica y social (MSP, 2014). La integralidad exige que los servicios que provean prestaciones incluyan acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y asesoramiento para el autocuidado. La acción integrada requiere de la coordinación entre todas las partes del sistema de salud, para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud (Benia, W. et al, 2008). La necesidad de situar a grupos de personas desfavorecidas al mismo nivel sustantivo que los demás pueden exigir en ocasiones medidas especiales que garanticen la equidad (MIDES, 2008).

Este trabajo fue motivado a partir de la inquietud de promotores de salud acerca de indicadores de salud bucal en la población de origen afro residente en Uruguay, en ocasión de asistir al Primer Congreso de la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria en la ciudad de Salto, en mayo de 2012.

Posteriormente, se conformó un equipo con participación de la Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria (SUOC), de la Asociación Odontológica Uruguaya (AOU), el Programa APEX-UdelaR y el Grupo Promotor Afro para la presente investigación. La Casa de la Cultura Afrouruguaya contribuyó también con la difusión del proyecto a los jóvenes que cumplían los criterios de inclusión. Se brindó a los participantes información acerca de las enfermedades bucales más prevalentes como caries y paradenciopatías e instrucciones de higiene oral.

## Objetivos

Evaluar los conocimientos del proceso salud-enfermedad y hábitos de higiene buco-dental de la población adolescente y adulta joven, de ambos sexos, residente en Montevideo, en un colectivo que declare tener antepasados de origen afro y otro de origen no afro. Relevar información sobre prestador de salud y servicio odontológico al que acceden los sujetos interrogados.

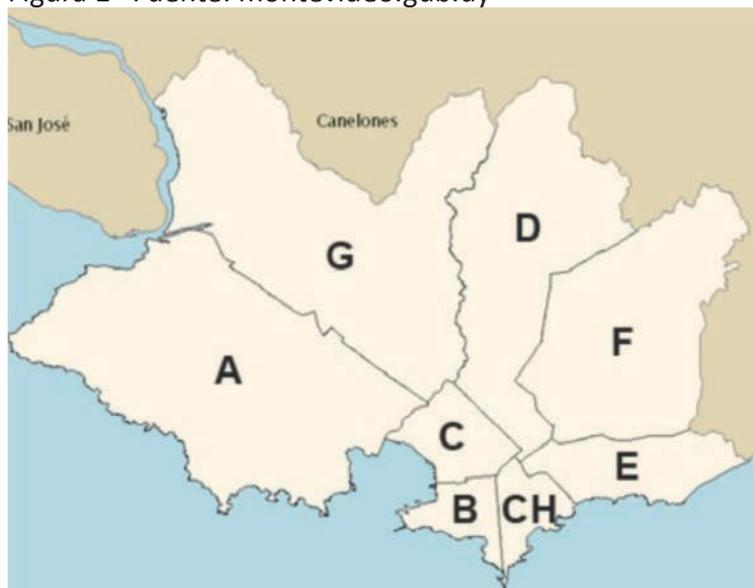
## Material y métodos

Estudio de carácter descriptivo, comparativo y de corte transversal. Criterios de inclusión: a) pertenecer a la franja etaria de 15 a 35 años, b) residir en Montevideo. El tamaño total fue de 80 individuos, con un promedio de edad de 26,6  $\pm$  6,4 años. La muestra afrodescendiente resultó con un promedio de edad superior a la no afrodescendiente: 28,9  $\pm$  6,1 versus 24,2  $\pm$  6 años. Para alcanzar el tamaño de ambas muestras se difundió el estudio con los jóvenes y sus referentes por parte del equipo investigador con la colaboración del Grupo Promotor Afro y la Casa de la Cultura Afrouruguaya, sumado a la promoción de los propios participantes. La muestra de origen afro no pretendió ser representativa de la población afrodescendiente residente en Montevideo, ya que se trató de un estudio piloto (ver cuadro y figura 1).

**Cuadro 1**

<b>Municipio</b>	<b>Afrodescendiente</b>	<b>No afrodescendiente</b>
A	24	35
B	4	3
CH	4	0
D	2	0
E	1	0
F	2	0
G	3	2

Figura 1 Fuente: montevideo.gub.uy



El relevamiento, realizado con examinadores previamente calibrados, consistió en un cuestionario elaborado por docentes del Programa APEX-UdelaR, miembros de la SUOC-AOU y del Grupo Promotor Afro (ver anexo). Las preguntas fueron formuladas por el examinador y contestadas por el participante en forma individual, tras firmar el consentimiento informado. Se interrogó sobre prestador de salud médica y acceso a la atención odontológica, conocimientos de salud buco-dental y hábitos de higiene oral.

## Consideraciones éticas

El protocolo fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología en Montevideo en el año 2013.

## Resultados

En referencia al Prestador de Salud, al Servicio Odontológico al que acceden y la vigencia del carné de salud la prevalencia encontrada fue (ver cuadros 2-4):

### Cuadro 2

#### ¿A qué servicio de salud pertenece?

<b>Prestador de Salud</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
Afrodescendiente	19 (47,5%)	21 (52,5%)
No afrodescendiente	19 (47,5%)	21 (52,5%)

### Cuadro 3

#### ¿En qué servicio odontológico se atiende?

<b>Servicio Odontológico</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
Afrodescendiente	20 (50%)	20 (50%)
No afrodescendiente	16 (40%)	24 (60%)

### Cuadro 4

#### ¿Tiene carnet de salud vigente?

<b>Carné de salud vigente</b>	<b>Tiene</b>	<b>No tiene</b>
Afrodescendiente	24 (60%)	16 (40%)
No afrodescendiente	27 (67,5%)	13 (32,5%)

El análisis estadístico realizado por los docentes del Departamento de Métodos Cuantitativos-Facultad de Medicina-UdelaR consistió en tablas de frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) en cada pregunta formulada, además de test Chi cuadrado de Pearson en caso de percibir diferencia de porcentajes. En la utilización de servicios odontológicos la diferencia entre ambas muestras no resultó estadísticamente significativa dado que el valor Chi cuadrado fue de 0,80808, con 1 grado de libertad y p-valor = 0,3687. El análisis estadístico de vigencia de carnet de salud mostró que las diferencias encontradas tampoco fueron estadísticamente significativas: valor Chi cuadrado = 0,486682, grados de libertad = 1 y p-valor = 0,4854.

En relación a la edad y motivo de la primera consulta odontológica, éstos son los resultados (ver cuadros 5 y 6):

### Cuadro 5

#### ¿A qué edad concurrió por primera vez al odontólogo?

Edad de la primera consulta odontológica	Afrodescendientes	No afrodescendientes
Antes de los 6 años	14 (35%)	16 (40%)
Entre los 6 y 18 años	21 (52,5%)	20 (50%)
Mayor a 18 años	5 (12,5%)	2 (5%)
No recuerda	0	2 (5%)

### Cuadro 6

#### ¿Por qué concurrió la primera vez a la consulta odontológica?

Motivo de la primera consulta	Control	Dolor y/o urgencia	No recuerda
Afrodescendiente	27 (67,5%)	13 (32,5%)	0
No afrodescendiente	26 (65%)	13 (32,5%)	1 (2,5%)

Las enfermedades más frecuentes de dientes y encías son las caries y periodontopatías, ambas estrechamente relacionadas con la presencia de placa dental bacteriana (Limonta B. et al, 2009). Con respecto al conocimiento sobre dichas enfermedades y su prevención se consultó (ver cuadros 7-9).

### Cuadro 7

¿Recibió enseñanza de cepillado dental?	Sí	No
Afrodescendiente	34 (85%)	6 (15%)
No afrodescendiente	35 (87,5%)	5 (12,5%)

### Cuadro 8

¿Tiene conocimiento que la caries dental es una enfermedad evitable?	Sí	No
Afrodescendiente	37 (92,5%)	3 (7,5%)
No afrodescendiente	39 (97,5%)	1 (2,5%)

**Cuadro 9**

<b>¿Sabe que las encías se pueden enfermar?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Afrodescendiente	28 (70%)	12 (30%)
No afrodescendiente	30 (75%)	10 (25%)

Con respecto a la última consulta odontológica, los datos obtenidos al preguntar: **¿Cuándo fue la última vez que concurrió al odontólogo?** fueron:

**Cuadro 10**

<b>Última consulta odontológica</b>	<b>Actualmente</b>	<b>Hace 1 año</b>	<b>2 años o más</b>	<b>No sabe/no contesta</b>
Afrodescendiente	22 (55%)	9 (22,5%)	9 (22,5%)	0
No afrodescendiente	24 (60%)	10 (25%)	5 (12,5%)	1 (2,5%)

En relación a la **percepción de la calidad de la atención odontológica** se recibieron las siguientes respuestas:

**Cuadro 11**

<b>Cómo percibe la atención odontológica</b>	<b>Mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Buena</b>	<b>Muy buena</b>	<b>No sabe/no contesta</b>
Afrodescendiente	2 (5%)	2 (5%)	28 (70%)	8 (20%)	0
No afrodescendiente	0	1 (2,5%)	32 (80%)	5 (12,5%)	2 (5%)

Considerando hábitos de higiene buco-dental se encontraron los siguientes valores al consultar (ver cuadros 12-15):

**Cuadro 12**

**¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes?**

<b>Frecuencia diaria de cepillado dental</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Más de 3</b>
Afrodescendiente	1 (2,5%)	4 (10%)	12 (30%)	16 (40%)	7 (17,5%)
No afrodescendiente	0	4 (10%)	12 (30%)	15 (37,5%)	9 (22,5%)

**Cuadro 13****¿Complementa su higiene bucal con hilo dental?**

<b>Uso de hilo dental</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Afrodescendiente	8 (20%)	32 (80%)
No afrodescendiente	9 (22,5%)	31 (77,5%)

**Cuadro 14****¿Qué pasta dental elige: con o sin flúor?**

<b>Utilización de pasta dental con flúor</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe/no contesta</b>
Afrodescendiente	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0
No afrodescendiente	37 (92,5%)	2 (5%)	1 (2,5%)

**Cuadro 15****¿Qué cepillo dental dispone?**

<b>Consistencia del cepillo dental</b>	<b>Duro</b>	<b>Medio</b>	<b>Blando</b>	<b>No utiliza</b>	<b>No sabe/no responde</b>
Afrodescendiente	12 (30%)	20 (50%)	7 (17,5%)	1 (2,5%)	0
No afrodescendiente	12 (30%)	24 (60%)	3 (7,5%)	0	1 (2,5%)

Finalmente se preguntó al participante: **¿Considera que su boca refleja su imagen personal?**, obteniendo una respuesta casi unánime.

**Cuadro 16**

<b>Imagen personal</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Afrodescendiente	39 (97,5%)	1 (2,5%)
No afrodescendiente	38 (95%)	2 (5%)

## Conclusiones

Los datos relevados en el cuestionario no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En las dos muestras, un importante porcentaje: a) desconoce el proceso salud-enfermedad en la cavidad bucal, b) concurre tardíamente a la primera consulta odontológica y c) carece del hábito de utilizar hilo dental.

Sería recomendable continuar esta investigación a fin de obtener datos epidemiológicos sobre el estado de salud general y buco-dental de la población con ancestros africanos y poder así elaborar estrategias para preservar la salud en ésta u otras minorías étnicas y procurar la equidad.

## Referencias Bibliográficas

- BENIA, W.; DE MUCIO, B.; LEON, I.; CAVIGLIA, C.; ALEGRETTI, M., 2008. *Situación epidemiológica del Uruguay*. Cap. 6: 65-95. En: *Temas de Salud Pública Tomo 1*. Departamento de Medicina Preventiva y Social 2008. Oficina del Libro FEFMUR. Universidad de la República. Facultad de Medicina: Montevideo
- INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO. 2013. *Planificación estratégica. Informe Censos 2011 Montevideo y Área Metropolitana*. Montevideo: IMM.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Bucheli, M., Cabella, W. *Informe temático. Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial: Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006*. [Fecha de consulta: 20 diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_file?uuid=0d5d2e5d-898c-49f6-8465-c3a5b606a284&groupId=10181](http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=0d5d2e5d-898c-49f6-8465-c3a5b606a284&groupId=10181)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Cabella, W., Nathan M., Tenenbaum, M. *Atlas Socio Demográfico y de la Desigualdad del Uruguay*. La población afro-uruguaya en el Censo 2011. Fascículo2. [Fecha de consulta: 24 diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas\\_fasciculo\\_2\\_Afrouuguayos.pdf/ec7ecb3f-ca0a-4071-b05f-28fdc20c94e2](http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas_fasciculo_2_Afrouuguayos.pdf/ec7ecb3f-ca0a-4071-b05f-28fdc20c94e2)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Scuro Somma, L. (coord.). *Población Afrodescendiente y Desigualdades étnico-raciales en Uruguay*. PNUD: 2008. [Fecha de consulta: 12 setiembre 2015]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/Afrodescendientes.pdf/779de886-e409-45db-868d-d4bd5ff4e92a>
- LIMONTA VIDAL E., et all. *Conocimiento sobre salud bucal en pacientes del consultorio odontológico Barrio Bolívar en Venezuela*. Medisan [en línea] 2009, vol 13, nº 6. [Fecha de consulta: 12 noviembre 2016]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san05609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san05609.htm)
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. *Discriminación. Sección 2. Declaraciones y principios generales*. Montevideo: MIDES, 2011, 115-143.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. *Decenio Internacional de las personas afrodescendientes. Quilombo 2015. "Afrodescendientes y derecho a la salud"*. Documento base. Montevideo: 21 agosto 2015. [Fecha de consulta: 12 febrero 2016]. Disponible en: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57249/1/doc\\_base\\_quilombo\\_2015.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/57249/1/doc_base_quilombo_2015.pdf)
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. División de Estudios Sociales y Trabajo de Campo DES y TC. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo. DINEM MIDES. *Informe sobre relevamiento étnico-racial en el Barrio Palermo. Documento de trabajo*. Marzo 2015. [Fecha de consulta: 25 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/55621/1/>

presentacion-de-informe.-relevamiento-etnico-racial-en-barrio-palermo.pdf

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA. Comisión del Patrimonio Cultural de la Nación. *Culturas afrouruguayas. 6-7 de octubre Día del Patrimonio 2007*. [Fecha de consulta: 9 junio 2009]. Disponible en: [http://www.patrimoniouruguay.gub.uy/innovaportal/file/33763/1/dia\\_del\\_patrinio-revista\\_2007\\_-\\_culturas\\_afrouruguayas.pdf](http://www.patrimoniouruguay.gub.uy/innovaportal/file/33763/1/dia_del_patrinio-revista_2007_-_culturas_afrouruguayas.pdf)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. División Economía de la Salud. Dirección General del Sistema Integrado de Salud. *Derechos en salud y determinantes sociales. Medición para la acción*. [Fecha de consulta: 8 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Derechos%20en%20salud%20y%20determinantes%20sociales.pdf>

PODER LEGISLATIVO. LEY 19122. *Afrodescendientes. Normas para favorecer su participación en las áreas educativa y laboral*. 2013. [Fecha de consulta: 4 de marzo 2014]. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytempo1380731.htm>

## Anexo:

	<b>Evaluación del estado de salud buco dental en la población afro uruguaya</b>	
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------



### *Evaluación del estado de salud buco dental en la población afro uruguaya*



Nombre: ----- C.I. -----

Fecha de Nac. ----/----/---- Edad: ----- Género: ----- Grupo: -----

1) ¿A qué servicio de salud pertenece?      Público -----      Privado -----

2) ¿En qué servicio odontológico se atiende?      Público -----      Privado -----

3) ¿Tiene carnet de salud vigente?      Si -----      No -----

4) ¿Concurrió alguna vez al Odontólogo?      Si -----      No -----

5) ¿Sabe dónde concurrir si necesita atención odontológica?      Si -----      No -----

6) ¿A qué edad concurrió por primera vez?

    Antes de los 6 años: -----      Entre los 6 y los 18 años: -----      Luego de los 18 años: -----

7) ¿Por qué concurrió la primera vez?      Control -----      Dolor y/o urgencia -----

8) ¿Le enseñaron como cepillar sus dientes?      Si -----      No -----

9) ¿Sabe que la caries dental es una enfermedad que se puede evitar?      Sí -----      No -----

10) ¿Sabía usted que sus encías pueden enfermar?      Sí -----      No -----

11) ¿Cuándo fue la última vez que concurrió al odontólogo?

    Actualmente -----      1 año -----      Hasta 2 años -----

12) ¿Actualmente cómo percibe la atención odontológica que recibe?

    Buena-----      Muy buena-----      Regular-----      Mala-----

13) - Higiene buco dental:

A) ¿Cuántas veces diarias cepilla sus dientes?

Una -----

Dos-----

Tres-----

Más de tres-----

B) ¿Utiliza hilo dental?

Si-----

No-----

C) ¿Utiliza pasta dental con flúor?

Si-----

No-----

D) Que tipo de cepillo dental utiliza (consistencia)

Duro-----

Medio-----

Blando-----

14) ¿Considera que su boca refleja su imagen personal?

Si-----

No-----

NR - No recuerda

NC - No contesta

NS - No sabe

## REFLEXIONES ENTRE EL HACER Y EL DECIR. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS MODELOS DE TRABAJO EN SALUD

### *REFLECTIONS BETWEEN THE DO AND SAY CRITICAL ANALYSIS OF MODELS OF WORK IN HEALTH*

**Debora Gribov  
María Eugenia Viñar  
Victoria Méndez**

**Palabras claves:** integralidad en salud, participación comunitaria, política de salud  
**Keywords:** integrity in health, participation community, political of health

#### **Resumen**

En el presente trabajo nos proponemos reflexionar acerca del modo en que las concepciones sobre salud y enfermedad condicionan los modelos de atención vigentes. Entendemos que el proceso de salud-enfermedad implica una complejidad donde varios factores interactúan: biológicos, sociales, psicológicos, históricos, culturales, institucionales, etc. A partir de una situación concreta ejemplificamos las contradicciones que se nos presentan al desempeñar la tarea, quedando en evidencia la hegemonía del modelo biomédico.

Pretendemos, a partir de este trabajo, generar un espacio reflexivo donde pensar otras prácticas posibles, con la intención política de legitimarlas como tales.

#### **Abstract**

In this paper we propose to reflect on ways in which concepts about health and sickness conditionate existing models of care. We consider that health-disease process is complex, involving various interacting factors, such as biological, social, psychological, historical, cultural, institutional factors, among others. Starting from a particular case we illustrate the contradictions we face to when performing the task, giving evidence of biomedical model hegemony.

This article is aimed to create a reflective space to think about other possible practices, politically intending that they become legitimate.

## A modo de introducción

**E**n el presente trabajo, que busca ser una contribución en la categoría “reflexión”, partimos de la premisa de pensar la salud de modo integral: “Ordenada en instituciones, en conocimientos técnicos, en saberes populares, en prácticas y discursos, la salud es en todos los casos una resultante de compleja composición” (Romero Gorski, 2003:13). En este sentido, la salud también es un constructo producido bajo determinadas condiciones que tienen que ver no sólo con lo biológico, sino también con condiciones psicológicas, históricas y sociales, etc. Es entonces que, a partir de esta idea, nos proponemos presentar, a modo de reflexión, algunas cuestiones relacionadas con las diversas concepciones sobre el término “salud” y cómo éstas condicionan nuestro modo de pensar y encarar la práctica en el trabajo comunitario.

Las creencias sobre los procesos de salud-enfermedad darán diferentes respuestas a cómo abordarlas, limitando los tipos de ayuda buscada, es decir, condicionarán el proceso de atención, tanto de los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, como de quienes acuden a ellos para atenderse.

Diferenciamos el trabajo en tres partes: la primera está abocada a historiar, de forma sintética, definiciones de “salud” que resultan paradigmáticas para ejemplificar de qué modo se ha construido el proceso de salud/enfermedad/atención en la medicina occidental.

En un segundo momento, proponemos un ejemplo concreto, a modo de viñeta, para reflexionar sobre algunos términos que a pesar de concebir otros modos de hacer en el trabajo cotidiano, se “cuelan” en nuestros discursos, reproduciendo la hegemonía biomédica. En la última parte, comentamos algunos elementos que surgen de nuestro trabajo particular, para pensar espacios “alternativos” de abordaje en salud comunitaria.

La intención es pensar en estas contradicciones o discursos antagónicos, a modo de hacer posible el inicio de un proceso de cambio en las acciones, para pensar modelos superadores del actual.

## La salud y la enfermedad como construcción

Para abordar la temática que aquí queremos desarrollar, nos parece importante partir de la premisa de pensar la salud-enfermedad-atención como una construcción inscrita dentro de un proceso histórico, en donde las relaciones de poder forman parte para delimitar qué se considera enfermedad y qué se considera salud. Prueba de esto son las variadas y cambiantes definiciones que estos conceptos han tomado a lo largo de la historia.

Por otra parte, nos resulta interesante y necesario para comprender la temática tener en cuenta que las conceptualizaciones que proponemos tienen

incorporadas, no siempre de forma explícita, formulaciones sobre el cuerpo. En este sentido, Morales Calatayud nos dice “(...) es evidente que en esta representación popular, históricamente arraigada, se resume, no solamente una reflexión sobre el cuerpo, sino sobre la ‘disposición’ del sujeto para hacer sus cosas, y a la larga, también lleva implícita una valoración sobre lo que puede considerarse la actividad “normal” que se espera del propio sujeto en un contexto familiar o económico determinado” (1997: 15).

También en las consideraciones sobre los parámetros de lo normal/anormal, la medicina se ha vuelto a lo largo de las décadas el factor definidor de estos significados.

Resultaría imposible desarrollar aquí cómo la medicina se ha transformado en el discurso hegemónico en relación a la salud y enfermedad, pero reconocemos que en este proceso, el componente biológico se volvió predominante a la hora de las definiciones. Así, el lenguaje médico y sus instituciones se han transformado en el saber hegemónico de explicación de las enfermedades, sus causas y respectivas formas de atención. El modelo de atención de tipo biomédico se volvió, entonces, como el eje estructurador de la práctica de atención de padecimientos. El antropólogo Eduardo Menéndez nos dice lo siguiente: “(...) el eje estructurador sigue estando colocado en el biologicismo de la manera de pensar y actuar biomédica. La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar a explicaciones biológicas de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como incide en la constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a” (2003: 193).

Pretendemos en este primer momento analizar, por una parte, algunas definiciones de salud que se han ido elaborando desde diferentes espacios y ámbitos, como organismos internacionales y disciplinas. De ningún modo es una recopilación exhaustiva de estas definiciones, pero sí ponen al descubierto los paradigmas que las sustentan y han condicionado las acciones en el área.

Nuestra intención es describirlas y compararlas desde los diferentes marcos teóricos que las sostienen, visualizar sus contradicciones, alcances y limitaciones, para esbozar desde la actualidad y desde experiencias prácticas, la complejidad de pensar salud en una perspectiva integral y visualizar los aspectos psicológicos que son insoslayables.

Pensar a partir de estas definiciones nos resulta interesante e inspirador dado que en el trabajo práctico, insertos en programas sociales y de salud, estos enunciados se deslizan incidiendo en el propio trabajo, pero sobre todo, quedan en evidencia en las contradicciones de sus postulados.

Por otra parte, introduciremos la temática con algunas reflexiones sobre el cuerpo, como significante importante en el proceso histórico de definir la salud y enfermedad y sus respectivos modos de atención.

## Los sentidos del cuerpo

Podemos decir, para comenzar, que cada sociedad construye un saber particular sobre el cuerpo: las partes que lo componen, sus usos, etc. Es decir, le otorga un cierto sentido.

Es muy amplia la literatura sobre el tema, pero se reconoce, de forma generalizada, al siglo XIX como quiebre en el sentido que hoy en día le damos al cuerpo. En este siglo se realizaron profundos avances en el estudio de la anatomía y fisiología del cuerpo, lo que ayudó a caracterizar las enfermedades. Los hallazgos de las ciencias biológicas contribuyeron a la hora de interpretar las causas etiológicas de la enfermedad, otorgando a la interpretación organicista y unicausal un peso por demás significativo y que aún hoy podemos reconocer en las sociedades occidentales. Es decir, impera aún una búsqueda de certeza, en una relación directa de que, frente a determinado mal se corresponde una “anomalía” posible de ser ubicada en un lugar de la biología humana.

Nuestras actuales concepciones del cuerpo están vinculadas con el ascenso del individualismo como estructura social, con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares locales y, también, con la historia de la medicina que representa, en nuestras sociedades, un saber en alguna medida oficial sobre el cuerpo (Le Breton, 2002: 8).

Desde el punto de vista epistemológico, la medicina toma al cuerpo como punto de partida, pero un cuerpo, que a partir de la modernidad, se concibe separado de la persona, se percibe como el receptor de la enfermedad. Esto trae consecuencias en la práctica de atención de las enfermedades; instaura una metodología dualista, en donde se consagra la diferenciación entre el cuerpo y el sujeto que padece.

En esta visión del cuerpo, y por lo tanto también de la enfermedad, se visualiza a las personas como pasivas,

La enfermedad es algo distinto de él (...) El paciente no es llevado a preguntarse sobre el sentido íntimo del mal que lo aqueja, ni a hacerse cargo de él. Lo que se le pide, justamente es que sea paciente, tome los remedios y espere los efectos” (Le Breton, 2002: 180).

Siguiendo a Saforcada (1992), este modelo representa el paradigma individual-reduccionista, pero más o menos en paralelo se desarrolló la medicina social, sostenida en el paradigma social-expansivo. Este segundo paradigma se sustenta en que, la práctica y las concepciones de salud deben concebir al ser

humano en su contexto social, y en la responsabilidad del Estado en el cuidado de la salud de la población. (Morales Calatayud, 1997).

Este modelo comenzó a surgir y consolidarse a partir del siglo XVIII en Europa, con las revoluciones liberales burguesas y los principios del desarrollo urbano.

“En este contexto se fraguan diversas ideas que van a construir los fundamentos de la Salud Pública. Incluían la necesidad de estudiar las relaciones entre la salud y las condiciones de vida determinadas por la posición social” (Comelles, Martínez Heráez, 1993: 17).

Este modo de entender los problemas de salud fue llamada medicina social, como disciplina, procede del desarrollo de la higiene pública, la doctrina microbiológica y la discusión de la explicación biológica por sobre la social-político en la causalidad de la enfermedad y en las políticas destinadas a intervenir sobre ella (Comelles, Martínez Heráez, 1993).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la biomedicina se caracteriza por su constante cambio, no sólo en referencia a los cambios técnicos y científicos, sino a cambios en el modo de organizarse; y uno de los aspectos más importantes de las modificaciones que se observan en la biomedicina son las que se visualizan a través de su proceso de expansión (Menéndez, 2003).

Una de las principales crisis se dio a mediados de los años '60 y fines de los '70. Desde diferentes disciplinas se comenzó un fuerte cuestionamiento a la práctica médica en varios aspectos: su pérdida de eficacia a la hora de curar ciertas enfermedades, la relación médico-paciente que negaba la subjetividad de los sujetos, el desarrollo de la curación por sobre la prevención, etc.

## Definiciones de salud

En este apartado expondremos algunas definiciones que consideramos interesantes a la hora de pensar los modelos de atención vigentes.

El cirujano francés, Rene Leriche (1879-1955), definió la salud como “En la vida la salud es el silencio de los órganos”. Esta frase nos resulta paradigmática, pues reafirma lo que expusimos más arriba: corresponde a una concepción de salud que responde a un modelo positivista y biologicista que visualizamos en la práctica hasta el día de hoy (reconocemos sin embargo, a nivel de discurso, un cambio cualitativo en lo referido, sobre todo a cómo debemos encarar la misma). Es decir, la salud no implica solamente que no habría “defectos” a nivel de lo visible, de lo orgánico, dicho de otro modo, del “cuerpo real”.

En 1946 la OMS, en Nueva York, plantea que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Canetti, A., s/d: 71) y en 1948 esta definición encabeza la carta Magna de la Salud. Esta definición surge en un momento histórico que pretende, a partir de enunciados universales, paliar las duras consecuencias y el terror de

la última guerra mundial. Indudablemente es la declaración de un deseo luego de tanto horror, sin embargo, no podemos ubicarla en una dimensión utópica, pues niega la necesaria dialéctica de construcción de procesos de salud; está implícita en ella una idea de total satisfacción y equilibrio, lo que niega, por lo tanto, los necesarios desequilibrios que provocan, conmueven y que posibilitan por su existencia el avance, la búsqueda, el desarrollo del conocimiento. Esta definición es, por otra parte, totalmente fragmentaria, pues incluye los aspectos psicológico y social, aunque no logra una integración efectiva de los mismos. Se prioriza, en la práctica, la variable biológica, es decir, que la misma se sostiene sobre un paradigma biologicista y reduccionista, simplificando el complejo entramado de la salud.

En 1976 Gol la define: “como una forma de vivir libre, gozosa y solidaria” (Canetti, A., s/d: 72), introduciendo la dimensión emocional en el concepto de Salud. En 1989 (Canetti, A., s/d: 72) Salleras la define como “El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la comunidad”. Se introduce como otra dimensión más lo social, complejizando la idea de salud.

Se realiza un cambio sustancial, al considerar la salud ya no como un estado sino como un proceso dinámico y dialéctico entre salud-enfermedad, en este sentido los aportes, en el Río de la Plata, de Pichón Rivièrè y su concepción de salud en tanto adaptación activa a la realidad, resultan en un marco teórico interesante para poder pensar en términos complejos y dinámicos.

Stolkiner, A. (en Canetti, s/d) ubica al campo de la salud como un campo de discusión epistemológico y político.

Siempre que hablamos de salud nos referimos a la enfermedad y no a la salud positiva, incluso muchas veces es difícil desligar la promoción de salud de la prevención de enfermedades.

Se vuelve un ejercicio muy complejo poder pensar en términos de integración y alejarse del paradigma positivista que tiende a ver los problemas como realidades dicotómicas. Entonces, a pesar de los discursos que complejizan y postulan otras miradas, aún resulta en una “Imposibilidad de abandonar el paradigma cartesiano y mecanicista de los académicos, los dirigentes y funcionarios públicos gestores del Estado y comprender la naturaleza sistémica de la realidad” (Saforcada, E., 2010: 9).

“(…) la práctica del equipo de salud y sus sistemas de representaciones tienden a ignorar que su acción es una acción institucionalizada (...) y que parte de sus acciones y representaciones obedecen a racionalidades constituidas históricamente” (E. Menéndez, en Romero Gorski, 2003: 89).

El punto de partida epistemológico de la medicina como ciencia, se autopercibe como objetivo y por lo tanto a-político, lo que redundará en consecuencias

negativas, pues no permite ver lo político dentro del campo científico, y por lo tanto las relaciones de poder que median los discursos y las prácticas en los modelos de atención.

## La realidad nos interpela

Para iniciar esta segunda parte, nos resulta oportuno dejar en evidencia lo que denominamos: un proceso de “filtración de palabras”, como son, por ejemplo, intervención, paciente. Esta filtración de palabras resulta interesante para pensar, más allá de los enunciados, que las prácticas resultan difíciles de modificar. A pesar de la evolución que hemos reseñado en las concepciones de salud, hay una convivencia y predominio de algunas en particular, que generan la utilización de ciertas nociones (¿y por ende también acciones?) a ellas asociadas. Las palabras con su poder performativo, en tanto organizadores del pensamiento, resultan interesantes para analizar cómo en la acción quedamos atrapados en lógicas de poder que aún imperan más allá de los discursos que inauguran otras prácticas. Cómo pensar en una concepción activa cuando, como planteábamos con Le Breton, en las ideas mencionadas en la primera parte, continuamos nombrando al que padece “paciente” y cuando desde la palabra intervención se anula, por su propia acción el deseo del otro, en tanto actor indispensable del proceso de sanación. Con esto de las palabras queremos plantear cómo en su enunciación dejamos ver concepciones que contradicen los deseos, los proyectos y las prácticas a las que apostamos cotidianamente. Entonces, como lo planteamos en la primera parte, problematizamos los enunciados que definen acciones en salud y delimitan un escenario que resulta esencial para entender las producciones que surgen, en tanto acciones que intentan comprender y pretenden “sanar” los sufrimientos.

Es en este sentido que nos preguntamos dónde se ubican los procesos de subjetivación en el surgimiento del sufrimiento, pero sobre todo, y fundamentalmente, en los procesos de salud-enfermedad-atención.

No se puede negar la importancia de la acción del Estado en tanto garante de los Derechos Humanos fundamentales, entre los que se encuentran, bogar por condiciones de vida que promuevan una vida cotidiana más saludable, lo que involucra el trabajo, la vivienda y el acceso a los servicios que garanticen el mantenimiento de la salud y la cura de la enfermedad. Sin embargo, estas acciones, de apariencia tan sencilla en su enunciación, se vuelven sumamente complejas y de difícil resolución, debido a la multiplicidad de factores que se ponen en juego: económicos, ideológicos, políticos, etc. En relación a esto, recordemos la cita ubicada en la primera parte sobre la imposibilidad de reconocer la naturaleza sistémica de la realidad por parte de los gestores del Estado.

Además, si pensamos en la existencia de la demanda, como un constructo entre el pedido y la oferta, en la que el segundo implica un movimiento en el que los sujetos piden ayuda a un otro para satisfacer ciertas necesidades o transformar ciertas realidades, podemos ver que muchas veces, en las políticas sociales este movimiento no se da. En pro de aquella garantía se da una oferta de trabajo para satisfacer necesidades no necesariamente inferidas por los sujetos. Esto suma otros procesos complejos que es importante generar: construcción de la demanda, y con ella la necesidad de “transitar por la construcción de un vínculo para la producción de un trabajo” (Alicia Rodríguez, et. al., 2001).

Para este trabajo, nos interesa dejar en evidencia la relación entre la universalidad y la singularidad, equilibrio de difícil resolución y logro. Es entonces que esta dimensión de lo singular se debe incluir en términos insoslayables, es decir, el discurso subjetivante y subjetivado es esencial para que los sujetos sean actores de los procesos de comprensión del dolor y la cura. Consideramos imprescindible crear espacios donde el otro pueda dar lugar a su palabra. Palabra que deja ver su cotidianeidad, sus deseos y frustraciones pero, indudablemente, también la sabiduría sobre sí mismo, lo que en su emisión da cuenta de posibles rutas de tránsito hacia la transformación. Dicho de otro modo, es la oportunidad de autoría. Este posicionamiento entra en confrontación claramente con una visión mercantilista, homogeneizadora del concepto de salud, propio de una etapa que al decir de Guattari se define como de Capitalismo Mundial Integrado: “El CMI no interviene sólo a escala mundial sino también en los ámbitos más personales” (Guattari, s/d: 64).

Para explicarnos introducimos una viñeta que articula estas ideas y las desarrolla:

Pensemos en el caso de una familia que vive en la zona oeste de Montevideo, en territorio inundable junto a un arroyo. El grupo familiar está compuesto por la pareja parental y cuatro niños pequeños, la mayoría preescolares, incluyendo un bebé. Se atienden en los servicios de salud de la zona, y son beneficiarios de una serie de programas de políticas públicas focalizadas. En este sentido, la familia ingresa a un programa, en el marco de políticas sociales, focalizado en la familia y la primera infancia. Se exige como contrapartida cumplir con ciertas obligaciones: asistencia a centros educativos, alimentación, controles pediátricos, etc.

La asistencia regular a los centros educativos (obligatoria) resulta imposible, ya que se dan diferentes circunstancias asociadas a las condiciones de vida de esta familia, por ejemplo la inundación de la vivienda, por lo que la vestimenta y otros objetos se mojan. Esto resulta en posibles sanciones desde la escuela y en el riesgo de perder los beneficios desde el Estado.

La exigencia a nivel de salud es la asiduidad de los controles de los niños y de toda la familia. Algunos de los actores que “intervienen” en/con esta familia perciben esta especie de “círculo vicioso” del “te doy esto y te pido esto otro que difícilmente puedas lograr”. Las concepciones y exigencias de los programas, y también muchas veces las concepciones desde las que los propios intervinientes actúan, implican poca o nula articulación intersectorial, desconocimiento de algunas de las dimensiones de la situación, y por lo tanto una dificultad de pensar acciones que permitan transformaciones y que tengan a la familia como protagonista activo y no como agente pasivo que recibe sin aportar sus preocupaciones, sufrimientos, posibles soluciones, etc.

En este escenario, donde el estado debe cumplir las acciones de protección y cuidado, se debate en el riesgo de vigilar y controlar y no realizar acciones de cuidado, contribuyendo a los procesos de subjetivación, es decir, y en todo caso de construcción de sujetos con derechos y obligaciones pero que, sobre todo, puedan definir con la autonomía relativa que sabemos existe, su destino y su proyecto de vida.

Esta situación nos permite dejar en evidencia cómo las políticas sociales del Estado son una herramienta que debe estar en permanente cuidado y revisión, y que, obligatoriamente, debemos pensar desde qué sistema político-económico se ubica. Este es un problema no menor, pues en el marco de la superestructura que exista, será la forma en que los mecanismos y las concepciones de

subjetividad que se tengan se desplegarán. Con esto queremos decir que resulta difícil, o surge una contradicción de compleja resolución, pensar acciones que promuevan autoría y posiciones críticas, en el marco de una organización del Estado que se sostiene en función de un sistema que en sus propias acciones promueve un desenfrenado consumismo. Consumismo que a su vez le permite perpetuarse. En este nivel de análisis es que se pueden ubicar las diferencias entre acciones asistencialistas y acciones transformadoras.

Pensamos que queda evidente, en el ejemplo de la viñeta, la confrontación de un modelo que aún mantiene muchísimas de las características de los modelos individuales y restrictivos pero que aspira, por ahora más en las intenciones que en los hechos, a introducir una visión desde un modelo social expansivo.

Las definiciones se traducen en prácticas, y a pesar de las definiciones de salud más amplias, complejas y actuales que responden a paradigmas que integran otros ámbitos, la mayor parte de los ejemplos de intervenciones en salud parten de los ámbitos de salud si no tradicionales al menos sí evidentes: por ejemplo las policlínicas. Se piensa que el profesional debería salir de la policlínica emprendiendo acciones hacia afuera, pero pocas veces se trae como ejemplo acciones en otros ámbitos, pocas veces se sale de la policlínica desde las propias ideas de salud. En la viñeta se adelanta el avance en algunas concepciones para dar lugar a acciones en territorio con modalidad de cercanía, reconociendo las dificultades de la vida cotidiana de las personas que hacen obstáculo para cumplir con las exigencias solicitadas. Sin embargo, en el hacer propiamente, los tiempos institucionales y de los técnicos no acompañan muchas veces los tiempos de familias que han estado por generaciones en situación de vulnerabilidad total, generando un proceso de naturalización de sus condiciones de vida además de una terrible apropiación de un estado de ánimo de “es lo que hay”.

Entendemos que los protocolos son valiosos y necesarios, pero no pueden transformarse en recetas o en obstaculizadores de acciones concretas. No todas las situaciones se ven contempladas en los mismos, por lo que deberá haber un trabajo sobre la singularidad de cada situación.

## **Aportes desde nuestras prácticas**

La psicología de la salud “(...) se ocupa no sólo de la atención o curación de los enfermos. Esto, que ha sido una práctica extensa y que ha producido diversos resultados teóricos y de investigación, es también de su interés, pero ahora también queda incluida la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades” (Morales Calatayud, 1997: 58).

En ese sentido, pensamos que la misma puede aportar a espacios que van más allá de aquellos tradicionalmente considerados como parte del sistema de atención en salud, por lo que a continuación aportamos ideas surgidas desde

algunas de nuestras experiencias que podrían vincularse a esta rama de la psicología.

A partir de la viñeta y de las experiencias personales de trabajo, pensamos algunos elementos comunes, que atraviesan nuestras prácticas y, según creemos, definen acciones que promueven salud en un sentido amplio, así como buscan ir más allá de los paradigmas dominantes y sus prácticas.

Como primer elemento imprescindible pensamos en la existencia de un equipo de trabajo interdisciplinario. Entendemos la interdisciplina como “el proceso por el cual diferentes perspectivas disciplinarias pueden recrear y establecer nuevas formas comunicativas, superando las limitaciones metodológicas propias de cada cuerpo disciplinar, como forma de fortalecer el intercambio disciplinar y expandir las fronteras establecidas en cada disciplina” (Kravzov Appel, s/d: 3). Así, la interdisciplina permitiría una mirada integral de las problemáticas, buscando un abordaje que trascienda la simple sumatoria de los distintos saberes disciplinares, y que pueda hacer confluir conceptos y métodos de abordaje común.

Según plantea Alicia Stolkiner (2012), la interdisciplina/transdisciplina implica relaciones que deben ser pensadas como relaciones de poder entre personas, la relación es entre las personas más allá de las disciplinas que cada una de ellas representa. Nos parece potente la búsqueda de un trabajo interdisciplinario más que multidisciplinario, en el sentido que, mientras el segundo es una suerte de sumatoria de enfoques que tienen diversos objetos que hacen a la persona, a su cuerpo, a su entorno, a su psiquis, etc; desde el primero se busca abordar las situaciones como campo de problemas con diferentes niveles y multideterminado. Se va generando de esta forma un entendimiento y un modo de comunicarse que no desconoce las especificidades disciplinares, pero va más allá de ellas, las hace dialogar, usándolas en su favor. El equipo es entonces un espacio para pensar este campo de problemas, donde todos aportan. Retomando nuevamente planteos de Stolkiner, puede haber una persona con tareas de coordinación, pero dicha posición no se liga al liderazgo. El liderazgo rotará en función de la experticia de las diferentes personas y el foco o los focos que como equipo decidamos darle al problema en ese momento, pero esto no significa que los otros integrantes del equipo no aporten.

Es sabido que existen diversas representaciones en torno a las posiciones jerárquicas de quienes ostentan determinadas disciplinas; esto, así como otras características de las personas, deberán ser tenidas en cuenta a la hora de pensar las relaciones de poder a la interna del equipo, de modo de poder trabajar fluidamente y que las posiciones o funciones roten de modo funcional a las estrategias. Además, dado que las situaciones nos afectan, por ser complejas y, en muchos casos atravesadas de violencia, el equipo podrá funcionar como sostén “afectivo”.

El propio equipo de trabajo es un dispositivo grupal que funciona como sostén teórico-metodológico de las personas que lo integran, como sostén afectivo, y que requiere a veces de una mirada externa respecto de su funcionamiento como grupo. Se trata de un grupo particular, por su *función digestiva* (Escobal, 2001), para disminuir la tensión propia de trabajar con estos temas, tomando por ende gran importancia el cuidado sobre la dimensión vincular, sostén de aquella “digestión”.

Otro aspecto a tener en cuenta, que consideramos un aporte desde estas experiencias, es la coordinación con otros equipos como acción indispensable. Consideramos que es necesario buscar formas para evitar la contradicción entre acciones desde diversos ámbitos, como se describe en la viñeta en el apartado anterior. Una manera posible es, justamente, esta coordinación, este diálogo entre equipos, mediante el cual poder buscar estrategias comunes que aborden las situaciones en su complejidad y en forma sinérgica.

Además, en algunas de estas experiencias, se trata también de construir espacios de diálogo entre los “beneficiarios” de las políticas sociales y quienes las elaboran y las ejecutan, un espacio que puede ser de comprensión colectiva de las situaciones y de denuncia, así como de búsqueda de alternativas.

En este sentido, buscar que las acciones no se lleven a cabo “sobre” una persona o una familia, sino con ella, que el sujeto singular o colectivo sea protagonista de las acciones y tome parte en las decisiones. Para ello será indispensable, condición sine qua non, el análisis de las relaciones de poder no sólo en el equipo sino también en la “intervención” con los sujetos con los que trabajamos. De lo contrario será muy difícil generar condiciones para una participación real en los procesos.

Es importante plantear que estas ideas o formas de posicionarnos en relación a los otros no son inocentes, ni se impregnan en nosotras sin causa aparente. Vale aclarar que los espacios desde los que trabajamos se ligan a la universidad, por lo que podríamos vislumbrar aspectos de corte extensionista en estos planteos.

La psicología comunitaria en Uruguay ha surgido de la mano de los procesos de extensión (Giorgi, V., Rodríguez, A., Rudolf, S., 2011), por lo que no llama la atención el hecho de que aún hoy, muchas de las propuestas de trabajo a nivel comunitario se asemejen en cuanto a la importancia del diálogo de saberes, de la participación protagónica de los actores implicados para transformar las realidades, la salud entendida amplia e integralmente y, la interdisciplina como fundamental en dichos procesos.

Podemos, en este aspecto, considerar la concepción de Nuñez de educación popular, quien entiende que ésta es “(...) el proceso continuo y sistemático que implica momentos de reflexión y estudio sobre la práctica del grupo o la organización; es la confrontación de la práctica sistematizada, con elementos de interpretación e información que permitan llevar dicha práctica consciente a

nuevos niveles de comprensión. Es la teoría a partir de la práctica y no la teoría sobre la práctica” (1996: 55).

Como decíamos al principio, Gol define la salud “como una forma de vivir libre, gozosa y solidaria”. Entonces, no se trata sólo del proceso de salud-enfermedad como tal, sino de apostar a transformaciones de las condiciones de vida y de los proyectos que permitan construir esa forma de vida, de “buen vivir”. Entendemos que para ello es necesario apostar a pasar de lógicas individuales a lógicas colectivas, construir con los otros.

## Referencias Bibliográficas

- Acosta, B. et al (2010). Matriz de indicadores integrales. *Memorias del IV Congreso Nacional de Extensión Universitaria*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo.
- Blanco, R.; Portillo, J. (1989). *Teoría Social de la Salud*. Montevideo: Publicaciones Universidad de la República (UdelaR).
- Canetti, A. et al. (s.f). *Enseñanza Universitaria en el ámbito comunitario*.
- Comelles, J.; Martínez Hernández, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Ed. Eudema Antropología.
- Escobal, A., et al. (2001). *Violencia familiar. "El faro". Un punto de partida en el proyecto de vida*. Montevideo: El Faro.
- Giorgi, V., Rodríguez, A., Rudolf, S. (2011). "La Psicología comunitaria en Uruguay". En: Montero, M.; Serrano, I. (Ed). *Historias de la Psicología comunitaria en América Latina. Participación y transformación*. (pp. 399-421). Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Guattari, F. Plan sobre el Planeta. En: [es.escribd.com/doc/49837/Felix-Guattari-Plan-sobre-el-Planeta-Capitalismo-Mundial-Integrado](http://es.escribd.com/doc/49837/Felix-Guattari-Plan-sobre-el-Planeta-Capitalismo-Mundial-Integrado).
- Kravzov, A. E. Una experiencia interdisciplinaria. En: <http://www.ceiich.unam.mx/Interdisciplina/kravzov.html>
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 185-207. En: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014)
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de psicología de la salud*. México: Ed. UniSon.
- Núñez H. C. (1996). *Educar para transformar, transformar para educar*. Argentina: Lumen-Humanitas.
- Romero Gorski, S. (2003). *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil*. Montevideo: Nordan Comunidad.
- Saforcada, E. (2010). *Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Argentina: Editorial Paidós.
- Rodríguez, A., et. al. (2001). "De ofertas y demandas: una propuesta de intervención en Psicología Comunitaria" en *Revista de Psicología*, 10 (2) pp. 101-109 En: [http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/\\_de\\_ofertas\\_y\\_demandas\\_\\_una\\_propuesta\\_de\\_intervencia3n\\_en\\_psicologaa\\_comunitaria\\_.pdf](http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/_de_ofertas_y_demandas__una_propuesta_de_intervencia3n_en_psicologaa_comunitaria_.pdf)
- Stokilner, A. (2012). "Derribando barreras. Diálogo sobre interdisciplina con Alicia Stokilner" en *En Diálogo* (2012), número 12, año 4, en: [http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/edn12\\_web.pdf](http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/edn12_web.pdf)

## Relato de experiencia

# LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN EL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: REFLEXIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA

## *THE TRAINING OF UNIVERSITY STUDENTS IN THE NOTION OF PARTICIPATION RIGHTS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: REFLECTIONS BASED ON EXPERIENCE*

**Fabiana Bartaburu**

**Palabras claves:** derecho a la participación, convención internacional de los derechos del niño, sujeto de derecho, formación, rol del adulto

**Key words:** participation rights, international convention on the rights of the child, subject of law, education, role of adults

### **Resumen**

Tomando la experiencia de formación llevada adelante por el Programa de Participación Infantil y Adolescente del INAU (PROPIA) en el APEX-UdelaR, dirigido a estudiantes universitarios y profesionales de distintas disciplinas, se pretende reflexionar sobre la formación de estudiantes universitarios en el derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes.

Se analiza cómo el cambio de paradigma que constituyó la Convención Internacional de los Derechos de Niño, pasando de la consideración del niño como objeto de protección y tutela a la concepción del niño como sujeto de derechos, debiendo ser el Estado y los adultos garantes de derechos, implica deconstruir viejas prácticas en la que los adultos decidían sobre los asuntos que afectaban la vida de los niños, niñas y adolescentes.

Se plantea la importancia del rol del adulto en el efectivo ejercicio del derecho a la participación, como habilitador de la escucha seria y atenta hacia los niños, niñas y adolescentes. Relación intergeneracional que implica cambios y, por tanto, requiere de un proceso educativo. Las viejas concepciones conviven con la nueva concepción del niño como sujeto de derecho. Se presenta cómo los cambios en las legislaciones requieren de un proceso de aprendizaje para consolidarse en las prácticas cotidianas y crear así una cultura de derechos.

## **Abstract**

Based on the educational initiatives implemented in the context of INAU's PROPIA program (Spanish acronym for "*Program for the Participation of Children and Adolescents*"), part of UdelaR's APEX program, aimed at university students and professionals from diverse disciplines, the objective of this work is to reflect on the training of university students in the notion of participation rights for children and adolescents.

The analysis is focused on how the International Convention on the Rights of the Child implied a paradigm shift, insofar children went from being considered subjects of protection and tutelage to being subjects of law, with the State and adults playing the role of guarantors of rights, and the abandonment of old practices in which adults decided on the issues that affected the lives of children and adolescents.

The role of adults in the effective exercise of participation rights, as active and committed listeners for children and adolescents, is discussed. Intergenerational relationships imply changes and thus an educational process is required. Old conceptions coexist with the new concept of children as subjects of law. Changes in legislation and the resulting learning processes required to consolidate such changes into daily practices, thus creating a culture of rights, are also discussed.

## Introducción

**S**e plantea, en el siguiente artículo, reflexionar a partir de la experiencia de formación en el derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes, llevada adelante en el APEX-UdelaR, dirigida a estudiantes y profesionales provenientes de distintas disciplinas, psicología, odontología, medicina, enfermería, educación social, trabajo social, ciencias de la comunicación, ciencias sociales, profesorado, abogacía, así como actores de la comunidad interesados en la temática.

Dicha formación surge en el marco del convenio establecido entre el APEX-UdelaR y el Programa de Participación Infantil y Adolescente (PROPIA) del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), consiste en un curso de carácter presencial semestral en modalidad teórico-práctica.

El Programa PROPIA viene desarrollando, desde el año 2006, acciones de promoción y conocimiento de la perspectiva de derechos de infancia y adolescencia y, en especial, el derecho a la participación. Su marco normativo lo constituye la Convención Internacional de los Derechos del Niño, aprobada en 1989 y, ratificada por Uruguay, en 1990 y el Código de la Niñez y Adolescencia del Uruguay Ley N° 17.823 de 2004.

Entendiendo que el ejercicio del derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes se efectiviza en una relación intergeneracional, en la que los adultos tienen el deber de generar las condiciones favorables para dicho ejercicio, es que el Programa PROPIA viene llevando adelante cursos de formación en herramientas conceptuales y metodológicas para el conocimiento y promoción de este derecho.

El rol del adulto, tanto en la familia, en el barrio, en las instituciones educativas, en todos los ámbitos por los que transita la vida de los niños, niñas y adolescentes, es fundamental para una participación genuina, que incluya el informar e informarse, escuchar atentamente sus opiniones y posibilitar las acciones para que las mismas sean tenidas en cuenta y así tengan incidencia en las temáticas y asuntos de su interés.

El ejercicio del derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes, se construye en un proceso de aprendizaje en el que los adultos tienen que proveer las condiciones para el mismo, a través del respeto mutuo, la escucha seria y atenta, la convivencia democrática y el clima adecuado para que los niños, niñas y adolescentes sientan la confianza para expresarse de diferentes maneras.

La formación de los adultos en el derecho a la participación implica deconstruir viejas prácticas y concepciones que consideraban al niño objeto de protección y tutela, niños sin voz para opinar sobre asuntos de su interés, prácticas en las que los adultos decidían por los niños, niñas y adolescentes sin considerar sus opiniones.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño, aprobada en 1989 por las Naciones Unidas, constituyó un cambio de paradigma en la concepción del niño, de ser objeto pasa a ser considerado sujeto de derechos. Derechos que para un efectivo ejercicio deben ser garantizados por los adultos, padres o tutores y el Estado.

De la comprensión de este cambio de paradigma en la concepción de la niñez y la adolescencia y en particular de la participación como derecho y principio, es que nos dedicamos en la formación de estudiantes universitarios. El cómo ser facilitador y promotor del derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes desde sus diversas disciplinas y prácticas.

## **La formación en el derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes**

Algunos de los cuestionamientos realizados por los y las estudiantes universitarios están relacionados con la dificultad de visualizar cambios significativos en la concepción de infancia desde la aprobación de la Convención de los Derechos del Niño y la adecuación de la legislación uruguaya. Si bien los cambios normativos no conllevan igualmente cambios en las cotidianidades, los mismos deberían ser aspiraciones, objetivos que nos debemos proponer alcanzar en los distintos ámbitos por los que transitan los niños, niñas y adolescentes, sean estos: familia, centro educativo, clubes, barrio comprendiendo que es obligación de los Estados y la ciudadanía cumplir con dichas normativas.

Muchas veces los discursos hacen pensar en prácticas que concuerdan con una concepción del niño como sujeto de derechos, en las que sus opiniones son escuchadas, pero quedan en meras expresiones que nada producen.

Cuando se les consulta al inicio del curso a los y las estudiantes sobre su comprensión de la participación como derecho, es habitual que la misma sea definida como participación adjetivada, por ejemplo, participación ciudadana en el sentido de ser parte de o formar parte. O participación valorada o no valorada. La participación entendida desde la perspectiva de derechos, es un derecho inherente al ser humano que transversaliza todos los derechos y un principio rector guía para todos los Estados que aprobaron y ratificaron la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Participación es el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser informados e informarse, de forma que puedan expresar su opinión, en todas las formas posibles, con respecto a los asuntos relacionados con su vida, de forma individual y colectiva, y que su opinión sea escuchada y ponderada en las decisiones, con el mismo valor que la visión adulta y de acuerdo a su autonomía

progresiva (INAU. PROPIA. *A participar también se aprende. Apuntes para promover la participación infantil y adolescente*, p.31).

La participación como derecho y su formación conlleva deconstruir viejas concepciones, y por tanto, constituye un proceso educativo de toma de conciencia de la participación como derecho esencial que transversaliza todos los derechos y como principio rector guía de la Convención de los Derechos del Niño.

Comprender la participación infantil como derecho implica entender el rol del adulto. El ejercicio efectivo del derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes se da en una relación intergeneracional, en la que el adulto tiene que estar dispuesto a la escucha seria y atenta, a generar una relación de respeto de ese otro niño, niña o adolescente como sujeto con ideas propias, con posibilidad de opinar sobre los asuntos que les competen. Relación que implica al adulto posicionarse desde un lugar asimétrico, sin duda por la diferencia intergeneracional, pero horizontal desde el respeto y la escucha. **A d u l t o** que promueva y facilite que los niños, niñas y adolescentes se empoderen de sus derechos.

Las acciones que los y las estudiantes puedan llevar adelante en pos de promover la participación infantil y adolescente deben ir acompañadas de otras que sensibilicen y capaciten a los adultos en la concepción de los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos, para que sean efectivas.

Como parte de la formación los y las estudiantes han llevado adelante durante el curso actividades de extensión, prácticas con grupos de niños, niñas o adolescentes en distintas instituciones a elección. Las mismas tienen determinadas pautas que deben seguir, deberán ser realizadas por lo menos de a dos estudiantes con la supervisión docente, la temática a trabajar es a elección, lo primordial debe ser promover el derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes y realizarse en una serie de tres encuentros como mínimo y con un grupo de no más de 30 participantes dentro de la misma franja etaria. Las prácticas han consistido en una serie de encuentros con metodología de taller y con temáticas diversas elegidas por los/as estudiantes, pero teniendo como objetivo general y central el sensibilizar y promover el derecho a la participación con los niños, niñas y adolescentes. Es así que las temáticas han sido variadas, teniendo en cuenta la diversidad de disciplinas de donde provienen las/os estudiantes, como ser: derechos en general, derecho a la educación, construcción de ciudadanía, salud bucal, dengue, alimentación saludable, buenas prácticas de convivencia, violencia. Los centros donde se realizaron las prácticas también fueron diversos: Escuelas, Liceos, UTUs, Policlínicas, Centros Juveniles, Clubes de Niños, Centros de Primera Infancia, Hogares de INAU y Centro del SIRPA con medidas no privativas de libertad.

En la mayoría de las prácticas realizadas resaltan como dificultad, al momento de promover el derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes, las actitudes de los adultos que acompañan a dichos grupos y son referentes. Esto se ve con mayor claridad en el sistema educativo. En él, docentes, maestras y directores responden a un sistema que reproduce viejas concepciones sobre la infancia y la adolescencia con mecanismos institucionales restrictivos, que resultan incompatibles con una concepción de la infancia y adolescencia como sujetos plenos de derechos. En las evaluaciones realizadas por los/as estudiantes, se plantea la existencia de consideraciones estigmatizantes de la niñez y la adolescencia por parte del mundo adulto. Esto puede verse en discursos del tipo “éste siempre es el que la complica en el grupo” o “no te preocupes por ella nunca habla, siempre está así, tiene problemas en su casa(...)”. Es en este sentido donde aparecen, desde los/as estudiantes, las contradicciones entre lo que las normativas plantean debería ser y lo que en las prácticas cotidianas se visualiza y se da efectivamente. Cómo hacer para que adultos que trabajan con niños, niñas y adolescentes promuevan, faciliten, habiliten la escucha, la expresión de diferentes formas, no obturando el aprendizaje y por supuesto habilitando el pleno ejercicio de sus derechos. Es que las viejas concepciones tutelares, en las que los/as niños/as y adolescentes eran considerados objetos de protección, conviven con la concepción de la infancia y adolescencia como sujetos de derechos, con derecho a opinar, expresarse, ser informado y escuchado, tenido en cuenta en las decisiones tanto como los adultos. Los cambios de concepciones implican un aprendizaje, ubicarse desde el lugar adulto como garante de los derechos de niños, niñas y adolescentes no se logra sólo con cambios en las legislaciones, sino haciendo cultura y estando convencidos que dichos cambios promueven ciudadanos responsables, protagonistas de sus vidas, constructores de democracia.

La evaluación del trabajo de campo y la evaluación del curso se incluyen en un trabajo final que los/as estudiantes deben presentar para lograr la aprobación del curso. Las mismas proponen, en general, que la formación en el derecho a la participación implica comprender y asimilar una concepción del niño en una relación de comunicación, no como mero receptor de mensajes o información, sino formando parte de la misma. Adultos y niños tienen el poder de comunicar algo, en una relación en la que ambos pueden opinar, expresarse y tomar decisiones.

“El proceso de formación para la participación posibilita a los formadores renunciar al deseo de ‘poner en sus cabezas nuestros pensamientos y en sus bocas nuestras palabras’”. (IIN-OEA. *La participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas*, 2010, p.50).

Implica dejar las concepciones del niño como “tabla rasa” a ser llenado de conocimientos por parte de los adultos, quienes además son los que detentan el saber. Para que esta asimilación sea posible, los adultos deben ser autocríticos en sus formas de relacionarse con los niños, niñas y adolescentes desde diferentes ámbitos, sea la familia, la institución educativa, el Estado. Adultos que en sus prácticas cotidianas consideran que los niños, niñas y adolescentes no tienen las capacidades aún, por su condición de “menores”, de opinar y tomar decisiones, están en un acuerdo con viejas concepciones, previas al cambio de paradigma establecido por la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Aún hoy asistimos a algunos discursos en los que se expresa, que la escuela como institución educativa dadora de saberes es para algunos niños, niñas y adolescentes, los que podríamos denominar en “situación irregular” recordando la doctrina anterior a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, los que poseen dificultades de carácter, de aprendizaje, socioeconómicas, etc., quedan en situación de exclusión, ya sea por repetición o abandono escolar. Dichos discursos se acercan a la concepción en la que la escuela era solo para algunos privilegiados.

En la formación los/as estudiantes a través de sus experiencias de extensión, visualizan la coexistencia de ambas concepciones, la de la situación irregular de la niñez y la adolescencia y la de la protección integral de los derechos pos Convención de los Derechos del Niño, esto genera contradicciones, incongruencias, decepciones en muchas ocasiones.

Las evaluaciones realizadas en relación a las experiencias de campo van de la mano como planteaba una estudiante “con el espíritu de progresar, de repensar los conocimientos adquiridos y rediseñar las acciones con base en los resultados”, implica una transformación en las prácticas. Se intenta pasar de lo meramente discursivo en torno a los derechos de niños, niñas y adolescentes, a incorporar en las prácticas cotidianas desde las diferentes disciplinas, una concepción del niño y el adolescente, con voz para opinar e incidir en los asuntos de su interés y concernientes al desarrollo de una vida plena.

Por tanto, la formación constituye un aprendizaje en el sentido de asimilar que las legislaciones no se acompañan en forma inmediata con las prácticas, éstas constituyen un aprendizaje de comprensión, deconstrucción de matrices de aprendizaje y asimilación de nuevas concepciones.

(...) el desafío es construir una cultura de derechos. Esto requiere cambios profundos en las prácticas sociales, culturales y en los significados que se construyen a partir de ellas. A la dimensión legal debe sumarse la política entendida como política de la vida cotidiana y la ética llevando la participación y el respeto a las opiniones de los niños a la categoría de valor que regule las relaciones intergeneracionales. Estas transformaciones habilitan y facilitan la

participación, pero a su vez los niños, niñas y adolescentes deben participar activamente en estas transformaciones. No se trata de esperar sino de practicar los derechos y demostrar lo que son capaces de hacer y aportar a la construcción de una convivencia que respete la dignidad de todos. (IIN OEA. *La participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas*, p.26)

## **A modo de conclusión**

La formación en derechos de infancia y adolescencia y en particular el derecho a la participación, es fundamental para concretar en las cotidianidades el cambio de paradigma planteado por la Convención de los Derechos del Niño y así considerar a la infancia y adolescencia como sujetos plenos de derechos.

En la experiencia de formación los y las estudiantes plantean las dificultades que visualizan en los adultos que trabajan con niños y adolescentes y son sus referentes, de aceptarlos como sujetos capaces de tener opiniones sobre los temas y asuntos que son de su interés. Teniendo en cuenta que en los ámbitos por los que transitan niños y adolescentes, aún muchos adultos tienen una visión y comprensión del niño como objeto y no como sujeto pleno de derechos, es entonces de gran importancia la formación con adultos para desestructurar viejas concepciones y representaciones de la infancia, en las que los niños y adolescentes no podían opinar, no eran escuchados, ni tenidos en cuenta en la toma de decisiones sobre aspectos de su vida.

Destinar la formación en el derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes a estudiantes de diferentes disciplinas, le da un valor agregado a dicha formación, ya que cada disciplina aporta conocimientos y experiencia que contribuyen al cambio de paradigma en la concepción de infancia y adolescencia.

## Referencias Bibliográficas

BELOFF, M. Modelo de la protección integral de los derechos del niño y de la situación irregular: un modelo para armar y otro para desarmar. En: *Justicia y Derechos del Niño* N° 1. 1999. UNICEF.

Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 17.823. 2004.

Convención Internacional de los Derechos del Niño. ONU. 1989.

ESPINAR, A. (2005) - El ejercicio del poder compartido Save the Children. Lima, Perú.

IIN-OEA. El hecho del dicho. 2010.

IIN-OEA. La participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas. 2010.

INAU. (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay). A participar también se aprende. Apuntes para promover la participación infantil y adolescente.

Programa de Participación Infantil y Adolescente del INAU (PROPIA). 2012.

## INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

### PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE HOSPITAL DE CLINICAS

**Luis Giménez**  
**Zulema Suárez**

**Palabras Claves:** psicología, reforma, sistema de salud, hospitales, formación de RR.HH.

**Keywords:** psychology, reform, health system, hospitals, HR training

#### **Resumen**

Se presenta resultados del proyecto de investigación exploratorio "Intervenciones psicológicas en el Hospital de Clínicas" desarrollado en 2014, en la ciudad de Montevideo, Uruguay. Tuvo por objetivo general la caracterización de la actividad profesional de los psicólogos en ese establecimiento, y, por objetivos específicos, la identificación de las modalidades de intervención, de los aspectos formativos, la inserción laboral y las vivencias subjetivas de los psicólogos respecto a su trabajo. Se fundamenta en la necesidad de generar insumos que aporten al cambio de modelo de atención propuesto por la reforma de la salud. Optó por una metodología cualitativa, a través de una encuesta a jefes de servicio y entrevistas semidirigidas a psicólogos de distintos servicios del hospital. Se pudo observar que la Psicología ha venido ocupando espacios que le han reputado una significativa legitimación, sin lograr consolidar su presencia institucional. Los psicólogos en el Hospital de Clínicas son un número reducido de profesionales, poco articulados entre sí, pero muy requeridos y valorados por distintos actores. Desarrollan intervenciones en coordinación y, frecuentemente, subordinados a los médicos, procurando adaptarse creativamente a las condiciones de trabajo. Amplían el repertorio de respuestas del modelo biomédico dentro de un enfoque básicamente clínico, individual y limitado al ámbito hospitalario. No se evidencia alineamiento claro a principios claves del cambio de modelo de atención. Señalan carencias en la formación de grado, que les exige procesos de capacitación continua. A pesar de las dificultades que deben enfrentar, evidencian tener un alto compromiso y satisfacción con su desempeño.

#### **Abstract**

Results of an exploratory research are presented. The research entitled "Psychological interventions in the Hospital de Clinicas" was developed in 2014, in Montevideo, Uruguay. Its aim was to characterize

the professional activity of psychologists in the mentioned Hospital. Its specific objectives were to identify intervention modalities, training aspects, job placement and psychologists' subjective experiences about their work. The research is justified by the need to contribute to the care model change proposed within the health system reform. The study was based on qualitative methodology, through a survey of department heads and semi-structured interviews with psychologists from various services given by the Hospital. It was observed that Psychology has occupied spaces that have given the discipline a significant legitimacy, but its institutional presence is not still consolidated. There are few psychologists at this Hospital, little articulated to each other, but very needed and valued by different actors. Their interventions are coordinated with doctors and are often subordinated to the latter, working conditions to which psychologists try to adapt creatively. They are an extension of biomedical model responses within a basically clinical, individual approach, confined to the hospital setting. There is no evidenced of alignment to the key principles of care model changes. They point out deficiencies in undergraduate training processes requiring them ongoing training. Despite the difficulties they face, they show commitment and are highly satisfied by their performance.

## Introducción

**E**l artículo da cuenta de algunos resultados del proyecto “Intervenciones psicológicas en el Hospital de Clínicas” desarrollado en el año 2014, y enmarcado en el Programa Concepciones, Determinantes y Políticas en Salud, del Instituto Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología (Udelar). El foco del estudio estuvo en el desempeño profesional de la Psicología en el hospital universitario, sus características, límites y desafíos, apostando contribuir a los procesos de cambio del modelo de atención. El proyecto incorporó estudiantes del 5° semestre de la carrera de grado, integrando acciones de investigación y enseñanza.

Tuvo como objetivo general “Caracterizar la actividad profesional de los psicólogos que se desempeñan en los diferentes servicios del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela”.

Sus objetivos específicos fueron: (1) describir las actividades desempeñadas y las diferentes modalidades de intervención. (2) Identificar trayectorias formativas y profesionales de los psicólogos y delimitación del campo de trabajo, así como posibles necesidades formativas. (3) Conocer el vínculo institucional y contractual de los psicólogos y sus modos de organización para el trabajo. (4) Conocer la valoración que los profesionales realizan de su propio trabajo.

Se trabajó con un diseño metodológico de corte cualitativo, exploratorio-descriptivo, organizado en tres etapas: (a) entrevistas a jefes de servicios. (b) Selección de muestra de psicólogos y realización de entrevistas y (c) análisis de datos y elaboración de informe. Se contó con el aval de la dirección del Hospital de Clínicas y cada entrevistado firmó el consentimiento informado de su participación. Dadas las características del fenómeno y lo poco estudiado hasta entonces, se consideró que esta metodología posibilitaría una mejor aproximación a las percepciones y significaciones que los sujetos tienen respecto a sus prácticas.

En cuanto a los instrumentos utilizados, en una primera etapa se identificó los servicios con psicólogos, así como una breve descripción de las tareas y dependencia organizacional a través de una encuesta a los jefes, que permitió elaborar un listado de los psicólogos que trabajan en el hospital.

En la segunda etapa se seleccionó a los participantes y se profundizó en los objetivos del estudio, a través de entrevistas semi-dirigidas a la totalidad de los rentados o con función de psicólogos, y un número menor de honorarios.

En la tercera etapa se analizó el material, integrando los informes preliminares de los estudiantes a una matriz de análisis, y a partir de categorías y subcategorías pertinentes a los objetivos. En la definición de las mismas se tuvo en cuenta la operativización de las principales dimensiones acorde al marco conceptual, y lo que emerge del propio trabajo de campo, considerando el componente

exploratorio de la investigación. La matriz contemplaba cuatro categorías, divididas en subcategorías:

- Modalidad de intervención: marco teórico, autonomía, integralidad, nivel de intervención, continuidad, función, intersectorialidad, abordaje, equipo, motivos de intervención y accesibilidad.
- Formación: estudios de grado, competencia desarrolladas, capacitación en servicio, valoración capacitación, formación de post grado, temas y expectativas formativas.
- Inserción laboral: cargo, carácter del mismo, antigüedad, carga horaria, modo de acceso, organización, dependencia, valoración, infraestructura y otras inserciones.
- Vivencia del trabajo: valoración, vínculos interpersonales, participación, desarrollo de la creatividad y significación personal.

## Fundamentación

La formación de los recursos humanos en salud es un factor de máxima importancia para concretar los cambios en el modelo de atención propuestos por la reforma del sistema de salud. La Udelar, en el marco de la 2ª Reforma Universitaria, entendió necesario revisar los planes de estudio de las carreras del área salud a efectos de formar profesionales comprometidos y capacitados para desempeñarse en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), privilegiando la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) (Arias, Rudolf, Suárez, 2013). El contexto habilita un proceso de cambio en los vínculos entre los profesionales de la salud y la sociedad, siendo la integración de las funciones universitarias promotora de la articulación entre teoría y práctica.

El Hospital de Clínicas es un espacio académico privilegiado para la creación, la enseñanza y la difusión de conocimientos vinculados a los procesos de salud-enfermedad-atención. Siendo parte de la Udelar, comparte sus bases filosóficas y jurídicas y los lineamientos de la Ley Orgánica. Es un ámbito de formación de técnicos y profesionales, orientado a brindar atención integral articulando las funciones académicas en su conjunto. Funciona como un hospital general de adultos y para atención de episodios de breve estadía, de alta complejidad y de referencia nacional en algunas áreas específicas (Hospital de Clínicas, 2016).

Los orígenes del Hospital de Clínicas (Villar, 2008) se remontan a su propuesta de creación a finales del siglo XIX, siendo inaugurado en 1952, luego de décadas de construcción del edificio, que se volvió uno de los monumentos emblemáticos de Montevideo. En su creación confluye la expectativa de acceso a los servicios de atención de calidad, el impulso modernizador del batllismo y la voluntad de los médicos universitarios por lograr una mejora en la enseñanza y la investigación de la medicina. Fue pionero en varias áreas, según Ubach (2008), materializó una

concepción de avanzada respecto a la internación de los pacientes, de acuerdo a niveles de cuidados progresivos, atendiendo al grado de requerimiento de cada caso. Los avances se concretaron a pesar de las limitaciones presupuestales con que ha tenido que convivir, y el retroceso que significó la intervención de la dictadura cívico militar, cuando se cortaron las principales líneas de desarrollo y se expulsó a parte importante del personal más calificado. Atravesando por varias situaciones críticas derivadas de los insuficientes recursos económicos, sigue siendo un establecimiento de referencia para buena parte de la población, en particular la de mayor vulnerabilidad.

En el año 2007, Uruguay comienza a implementar la reforma de la salud con la creación del SNIS, orientado a lograr el acceso universal a la atención integral de salud y reconociendo el derecho a la protección de la salud de todos los residentes en Uruguay. Implica cambios en los modelos de financiamiento, gestión y atención con énfasis en la estrategia de APS. El nuevo modelo de atención concibe la salud como un bien social, derecho humano, y responsabilidad del Estado, basándose en los principios de: universalidad, continuidad, integralidad, equidad, oportunidad, calidad aceptable, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social, gestión democrática, derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación, centralización normativa y descentralización en la ejecución, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, sustentabilidad (Ley 18.211, 2007).

Los hospitales son desafiados en sus modos tradicionales de operar y organizarse, en tanto dejan de ser los centros del sistema de atención (modelo “hospitalocéntrico”), resignificando su importancia como parte de la red de servicios asistenciales, cubriendo los segundos y/o terceros niveles de atención. En esta línea, la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud (Artaza Barrios, Méndez, Holder Morrison y Suárez Jiménez, 2011) posibilita pensar los hospitales en lógicas de complementación, buscando superar la fragmentación y segmentación en el acceso a la salud y, logrando, una adecuada eficacia y eficiencia social en la disponibilidad de los servicios.

Desde antes de la reforma, la UdelaR había entendido al Hospital como un recurso especializado de segundo y tercer nivel, que debía participar del sistema sanitario como prestador público autónomo de gestión cogobernada. A pesar de la voluntad de los distintos actores del SNIS, persisten obstáculos para que la integración pueda terminar de efectivizarse, en un debate que sigue abierto.

## La Psicología y el Hospital de Clínicas

La relación de la Psicología con el Hospital de Clínicas, históricamente, ha sido compleja debido a la fuerte presencia y hegemonía médica en el mismo, y a los escasos recursos económicos destinados al desarrollo de la disciplina en el Hospital. La UdelaR realizó un trabajo orientado a la reconversión del Hospital de Clínicas, participando varias Facultades, entre ellas Psicología, y que culmina en la propuesta de “Imagen objetivo del Hospital” (2000). Se observó la coexistencia de psicólogos con diversas procedencias y situaciones laborales, entre otros, el propio Hospital, las Facultades de Medicina y de Psicología, y Sociedades Científicas. Un número importante de psicólogos trabajaban honorariamente en la Clínica Psiquiátrica, sosteniendo el servicio asistencial. También se relevaron psicólogos honorarios que no habían formalizado su inscripción institucional y que carecían de supervisión o dirección de su actividad. El informe destacaba la inexistencia de un Departamento de Psicología o unidad equivalente que organice las prestaciones, coordinando sus acciones y las interrelaciones con los diversos servicios asistenciales del Hospital (Rudolf, 2001).

La Facultad de Psicología ha desarrollado dos servicios con pasantías de estudiantes. La Unidad Operativa Docente Asistencial, en el Campo de la Consulta Psicológica, operó hasta el año 2012 en acuerdo con la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Y la Policlínica del Servicio de Atención Psicológica, que funciona desde 1981, perteneciendo originalmente al Curso de Psicología Infantil de la Escuela de Tecnología Médica. En sus comienzos se realizaban acciones coordinadas con algunos servicios del Hospital que recibían población infantil. Paulatinamente la consulta fue absorbida por usuarios derivados desde escuelas y liceos, por lo que estos acuerdos fueron dejados de lado. Actualmente atiende a adolescentes, realizando consulta psicológica, orientación a padres, e intervenciones psicoterapéuticas breves. A partir del año 2013 el servicio también asume parcialmente la continuidad de las intervenciones que se realizaban en coordinación con Psiquiatría.

### Marco conceptual

El proyecto toma como referencia los conceptos que se derivan de la Psicología de la Salud. En este campo específico conviven distintas perspectivas atravesadas por las condiciones históricas sociales en las que surgen y se desarrollan. Mientras algunos la identifican con un campo de actuación profesional, asociado a la prevención de la salud, otros como un campo aplicado de la Psicología al sistema sanitario. Morales Calatayud (1997) propone una definición más amplia, que la constituye en una subdisciplina específica.

(...) la rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente a la Psicología de la Salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención a los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben” (p.57-58).

En Uruguay, Víctor Giorgi propone una definición que la presenta en términos de proyecto, por tanto, en proceso de construcción:

Entendemos la Psicología de la Salud como un proyecto académico, profesional y político que se propone restituir al estudio, comprensión y transformación de los fenómenos y procesos que ocurran en el campo de lo sanitario, los aspectos afectivos, cognitivos, actitudinales, vinculares e imaginarios que los seres humanos y sus colectivos producen y ponen en juego en relación al proceso salud-enfermedad-curación y sus instituciones (Giorgi, 2002). (Instituto Psicología de la Salud, 2010).

Confluye, en similar orientación, el planteo de Saforcada (1999) de trabajar hacia la constitución de un Modelo Salubrista orientado a encausar las acciones de la Psicología hacia las dimensiones psicosociales que inciden en la dinámica salud-enfermedad, determinan o contribuyen a determinar sus manifestaciones y se hallan presentes en los procesos de atención de la salud. El autor identifica la existencia de dos modelos de aproximación al fenómeno salud, a los que denomina individual-restrictivo y social-expansivo, señalando sus diferencias en cuatro dimensiones: lo teórico, lo actitudinal, lo operativo referido a la acción del agente, y el lugar del sujeto.

El soporte teórico incluye la hipótesis etiológica central y la concepción antropológica implícita a cada modelo. Saforcada (1999) señala que el modelo individual-restrictivo hace foco en la díada agente-huésped, ignorando la dimensión ambiental o reduciéndola a mero contexto sin consecuencias prácticas. En los hechos, el ser humano pasa a ser considerado como nicho de la enfermedad. Por el contrario, el modelo social-expansivo reconoce la dinámica de la tríada epidemiológica, valorando el ambiente socio-histórico-cultural como determinante, por tanto subrayando la dimensión relacional de los procesos de salud-enfermedad-atención.

De este posicionamiento conceptual se desprenden actitudes diametralmente diferentes: una posición autocrática que prescinde del contexto en un caso, y

un posicionamiento dialógico, al que le importa rescatar el valor de lo cultural y los saberes de los sujetos. Así mismo, la orientación del efector tenderá, en el caso del modelo individual-restrictivo, a priorizar la actuación frente al daño, mientras que en el modelo social-expansivo, la preocupación principal pasa por la promoción de lo sano, habilitando el despliegue y potenciación de lo positivo, y no sólo la respuesta frente a lo negativo.

A nivel operativo, la naturaleza y objeto de la acción del agente también diferencian a ambos modelos. En un caso, primando la actitud pasiva, de espera de la demanda, pensando a los sujetos como individuos descontextualizados. Por el contrario, el otro modelo procurará posicionarse activamente, actuando sobre el proceso salud-enfermedad entendido como emergente biopsicosociocultural. Esto se reflejará en las funciones que se le asignan al sujeto y sus saberes: prescindiendo o solicitando su colaboración en la implementación de acciones prescriptas por el agente o por el contrario, promoviendo y facilitando el ejercicio de su participación activa e informada, así como la valoración de su cultura, sus saberes y prácticas vinculadas a la salud.

En el modelo salubrista cobra vital importancia lo interdisciplinario, implicando el trabajo en equipo entre diferentes disciplinas para abordar la resolución de un mismo problema. A diferencia del trabajo multidisciplinario, la interdisciplina no sólo incluye estos aportes sino que alude a la integración, comunicación e interacción entre las diferentes disciplinas, a los efectos de realizar en conjunto el abordaje y resolución del problema a trabajar. La interdisciplina supone la construcción de una mirada que supere las limitaciones de cada disciplina, reconociendo la necesidad de confluencia de perspectivas (Cortazar, M.; Gandolfi, A. 2006).

## **Relación Psicología-Hospital**

Morales Calatayud (1997) ha destacado que hasta la década del 70, los psicólogos en los hospitales tendían a ser considerados como parte de los servicios de psiquiatría y a partir de entonces se fue ampliando el espectro de intervenciones como respuesta a un conjunto de cambios: la prevalencia de padecimientos crónicos degenerativos (donde la incidencia de lo psicológico es ineludible), el interés de la Psicología por trabajar en el campo y desarrollar técnicas específicas, las demandas de los profesionales de la salud para cubrir áreas nuevas o que requieren abordajes multidisciplinarios, el interés por mejorar la calidad de la atención, particularmente expresado en las expectativas de los usuarios y las familias y un mayor reconocimiento a la disciplina de las direcciones de los servicios.

Romano (1999) ha estudiado el rol del psicólogo en los hospitales brasileños, diferenciando al *psicólogo hospitalario* que se enfoca en la atención directa de los pacientes o sus familias de otras actividades que pueden realizar los *psicólogos en el hospital*, en la gestión de recursos humanos o en la formación de personal. Según plantea, la entrada de los psicólogos en los hospitales en se debió al reconocimiento de la necesidad de atender las dimensiones psicológicas en los padecimientos y en los tratamientos, la conciencia de las personas de sus derechos y el objetivo de humanizar las prácticas de los servicios. Requiere no obstante, a su juicio, repensar los modos tradicionales de obrar desde el consultorio privado, en función de las particularidades del ámbito hospitalar.

En el Hospital de Clínicas, la “Psicología Médica” tiene su desarrollo como especialidad vinculada a la formación de personal médico, pero en la que se han integrado psicólogos, quienes suelen tomarla como referencia. Orienta su accionar al sujeto que padece una enfermedad física, tomando en cuenta los factores personales e interpersonales (sociales o culturales) sin omitir los determinantes biológicos en juego. Se centra en el trabajo psicológico con el paciente y en relación a los equipos médicos y se desarrolla vinculada a diversas áreas: cirugía, gineco-obstetricia, materno infantil, quemados, geriatría, nefrología, oncología, hematología, trasplantes, etc. (Dapuetto y Varela, sf).

Algunos autores (Tonetto y Gomes, 2007; Yamamoto y Cunha de Oliveira, 1998), agrupan como Psicología Hospitalar a un conjunto de prácticas y saberes vinculados a la promoción y protección de la salud, la prevención, el acompañamiento y tratamiento de enfermedades en el contexto de establecimientos hospitalares. Se ha observado que existe una primacía de los abordajes clínicos y en menor medida el trabajo en torno a aspectos organizacionales o en lo educacional.

Con un enfoque que apunta al cambio de modelo, Gioia-Martins y Rocha Junior (2001) plantean que el rol del psicólogo hospitalar es el de promover cambios aplicando sus conocimientos en actividades preventivas y curativas, con capacidad para comprender lo que un síntoma o una patología expresa, en niveles manifiestos y latentes, contribuyendo a la humanización de los hospitales, a través de acciones que deben ser educativas, profilácticas y psicoterapéuticas.

Se discute si la Psicología Hospitalar es un campo homogéneo que permite la constitución de una subdisciplina específica, o si se trata de un espacio de actuación sobre el que se trasladan herramientas provenientes de otros contextos profesionales. No obstante, es claramente un ámbito de desempeño con características singulares, ante el cual, la inexistencia de formaciones específicas resulta un desafío. Esto ha llevado, a los psicólogos que trabajan en estos establecimientos, a resignificar sus conceptos y técnicas para atender las demandas que reciben. Cuestión que genera tensiones que deben aprender a manejar y resolver (Yamamoto y Cunha de Oliveira, 1998). Las complejidades del

ámbito hospitalar exigen mayor flexibilidad en las relaciones con los pacientes, las dinámicas propias de las diferentes especialidades, el trabajo con grupos y equipos de muy distinta composición, y los atravesamientos institucionales.

La insuficiente definición de las especificidades del trabajo psicológico en los hospitales, se expresa en roles y lugares poco claros, así también respecto a las líneas de dependencia en los organigramas que marcan las inserciones laborales de los psicólogos. También se ha señalado la falta de un lenguaje común con lo médico como obstáculo para la adecuada integración y delimitación del trabajo psicológico. En esta línea, Tonetto y Gomes (2007) plantean la necesidad de avanzar en el conocimiento de los lugares que han venido ocupando en la estructura de los hospitales, las dependencias institucionales, los canales de comunicación de las demandas, los procedimientos de referencia y contra-referencia entre distintos niveles de atención y profesionales de la salud.

## **Presentación de resultados**

### **Resultados encuestas a jefes de servicios**

De los 51 servicios médicos presentes en el Hospital se pudo encuestar a 42 jefes (o quien estuviera a cargo), de los cuales 5 no contaban con datos seguros del número de psicólogos que trabajan en su servicio, en algún caso confundían psicólogos y psiquiatras y en otros, a psicólogos del servicio con los que trabajan en coordinación con Psicología Médica pero sin pertenencia al mismo. A varios de los encuestados les fue difícil responder con precisión sobre el carácter de los cargos de los psicólogos que se desempeñan en su servicio o la cantidad de horas semanales que tenían. Esto no permite una sistematización del todo exacta pero, serían entre 27 y 30 los psicólogos rentados, usufructuando la casi totalidad cargos docentes. El número ascendería a 137, considerando un entorno de 100 sin cargo rentado, que se desempeñan en Psiquiatría, como cursantes de la Diplomatura en Psicoterapia.

Once servicios cuentan con psicólogos, el 75% trabaja en Psicología Médica, Psiquiatría y Gastroenterología. De los servicios que no cuentan con psicólogos, 9 recuerdan haber tenido en el pasado, en 6 servicios no se pudo responder o no se recordaba, y 17 nunca habrían tenido psicólogos. El 75% de éstos coordina interconsultas con otros servicios, básicamente con Psicología Médica.

El 64% de los jefes consideró pertinente la inclusión de psicólogos en su servicio, y la necesidad de incorporarlos en caso de no tenerlos, atribuyendo su no inclusión a limitaciones presupuestales. Sólo 5 jefes no lo vieron pertinente, dadas las características del servicio o por la poca cantidad de casos que lo requeriría. Es mayor aún la valoración sobre la importancia del aporte de la Psicología, 33 jefes de servicio califican de “necesario” y en varios casos como “muy necesario”

o incluso “imprescindible”. Su aporte se destaca para el abordaje integral de pacientes y sus familias, especialmente ante casos complejos y, aunque menos mencionado, para el trabajo con el equipo de salud.

## **Resultados entrevistas**

En función de los datos brindados por la encuesta, se entrevistaron 29 psicólogos pertenecientes a los servicios de: psicología médica (14), gastroenterología (7), psiquiatría (3), laboratorio funcional respiratorio (1), gerontología (1), y policlínica de la Facultad de Psicología (3).

## **Inserción laboral**

Sólo un entrevistado contaba con el cargo de psicólogo en el escalafón profesional, 17 eran docentes (mayoría entre grados 1 y 2), 7 honorarios, 1 pasante, y 3 con cargos administrativos. La antigüedad media en el cargo es de 9 años, con un mayor peso relativo de quienes cuentan con menos de 10 años, de los cuales más de la mitad no llegan a tener 3 años de desempeño. La dedicación media semanal es de 20 horas, aunque la mayoría tienen una dedicación menor, siendo la mitad de ellos incluso de menos de 10 horas (cargos no rentados). Solo 3 trabajan 40 horas en la institución y la casi totalidad tienen también otros trabajos, mayormente el consultorio particular.

El acceso a los cargos, para casi todos, fue por concursos o llamados abiertos, pero precedido frecuentemente por el ejercicio honorario (16 casos), becas, pasantías o cargos administrativos. Las relaciones personales tendrían alta incidencia en la primera vinculación, habilitando inserciones que luego se consolidan a través de concursos abiertos.

## **Modalidad de intervención**

En relación a la autonomía profesional, se destacan las particularidades de un ámbito dominado por la medicina. Es muy frecuente que la relación jerárquica se presente desde la derivación: “el médico decide si lo pasa”, “te llaman y te avisan para que tengas una entrevista”. Cuestión muchas veces naturalizada: “la manera de llegar es a través de la interconsulta del médico tratante, como cualquier especialista (...)”. La rigidez de la verticalidad se agudiza cuando coincide con la jerarquía de grados académicos: “el grado 5 es el de grado 5 (...) y lo que dice el grado 5, es así (...)”. Situación que puede ser aceptada, no sin cuestionamientos: “El médico entiende que es el médico y es el privilegiado en estas funciones y que los demás somos su apoyo, su ayuda, su secretaría, sus

enfermeras.” “No conoce al paciente porque nunca lo vio (...), no importa; yo tengo que decirle ‘ok, tenés razón””.

También se señalan lógicas de complementación “(...) los médicos cada día más se dan cuenta de que algo no es del ámbito de ellos y cómo nos derivan pacientes cada día más”. En lo que hace al trabajo específico es donde se perciben mayores espacios de autonomía, configurando vínculos en tensión con esfuerzos permanentes de negociación, procesos de adjudicación y asunción o no de roles, y donde los psicólogos intentan asumir otro lugar. “La transmisión de malas noticias para los médicos es una situación muy difícil. (...) nos terminan llamando a nosotros para que se lo digamos. (Pero) no es nuestro rol. Nosotros no le decimos al paciente ‘usted tiene cáncer’, lo que hacemos es instrumentar al médico para que lo haga (...)”. Los psicólogos aprenden a manejar estrategias comunicativas en un contexto de vínculo asimétrico: “las cosas más importantes de tu intervención las hablás con el médico en un pasillo tomando un café, como que no era importante, para que el otro no sintiera que vos le estás dando cátedra de cómo manejarse con el paciente.” Esto se vería facilitado cuando existe una legitimidad otorgada por el saber médico: “No es lo mismo psicólogo que psicólogo médico (...). Si vos sos de psicología no se te va a validar tanto lo que digas, que si sos de psicología médica, que es específico y que se supone te formás, los formás a ellos, pero también te formás vos en esto de la comunicación con el médico.”

La particular inserción de la Policlínica de la Facultad de Psicología marca una relación de cierta exterioridad a la lógica general del Hospital: “Nosotros trabajamos acá adentro pero es como una isla, no estamos integrados a lo que es el funcionamiento del hospital”.

Respecto al vínculo entre disciplinas, apuntando a la integralidad, se percibe que mientras 2 de cada 3 entrevistados identifican sus abordajes como interdisciplinarios, la descripción que hacen de los mismos encuadra mejor en la categoría de lo multidisciplinario. “Sí, estamos insertos en un departamento que es interdisciplinario, trabajamos por la interconsulta de los médicos y los cirujanos.” “Te ponen ‘agradezco valoración’ (sonríe)”. Se valora la comunicación entre disciplinas pero a modo de secuencia de contribuciones y no como aportes confluyentes en una intervención compartida.

Para algunos entrevistados la formación de base es un obstáculo, ya sea porque es fundamentalmente disciplinar o porque se ha generado un discurso opuesto a lo médico que dificulta el diálogo “(...) hay un discurso de la medicalización de la sociedad que nos opone (sube el tono de voz) rotundamente al equipo interdisciplinario.”

La coordinación inter-niveles, para asegurar la continuidad de la atención, es mencionada por una minoría de los entrevistados, en algunos casos reducida a intentos puntuales o al reconocimiento de su necesidad. El hecho de trabajar

desde intervenciones con foco en determinadas patologías, incide en que no se preste mayor atención a lo que suceda después del alta. Más frecuente es la coordinación interna, entre servicios del hospital que operan en el mismo nivel de atención.

Se tendría que tener ese espacio para, por ejemplo, poder hacer ese seguimiento o saber que hay una policlínica donde va a haber un psicólogo y que vos lo puedas llamar y decir ‘mirá hay una persona así y asá’ y bueno, poder hacer ese seguimiento ahí con él.” “(...) entonces no le podemos hacer un seguimiento posterior (...) pero (...), no nos daría el tiempo para hacerlo.

La intersectorialidad, entendida como el relacionamiento con otros sectores (políticas sociales, educación, seguridad, vivienda, justicia, etc.), procurando potenciar las intervenciones ante problemáticas que, por lo general, no pueden reducirse al ámbito sanitario, constituye uno de los principios claves del cambio de modelo de atención. Salvo tres casos en donde la coordinación con otros sectores se explica desde la especificidad del servicio (ejemplo: ludopatías, coordina con Casinos y algún otro) la casi totalidad no evidencia coordinaciones en la descripción de sus abordajes.

“Otra cosa que nos pasa muchas veces es el trabajo, cuando son cuestiones sociales, trabajamos con la Trabajadora Social. Y después por ejemplo, poder también trabajar con el equipo del MIDES o con el CAIF (...) pero no está institucionalizado, entonces es muy difícil hacer eso (...)”.

La modalidad de abordaje más común es individual y en algunos casos familiar y grupal. Varios presentaron dificultades para definir los abordajes que realizan. Lo familiar refiere a realizar recomendaciones sobre lo que el paciente necesita, concebida como entorno o contexto de la unidad de intervención, que en todos los casos es el individuo. Asimismo, al referirse a equipo, se trata de recomendaciones al equipo médico sobre cómo tratar, o lograr la adherencia del paciente al tratamiento.

La percepción de los entrevistados de que se trabaja en equipo habría que poder verificarla observando la práctica. En muchos casos parece limitarse a la dinámica de la interconsulta: “no tenemos ese tipo de reuniones en el que uno podría pensar el paciente en conjunto, pero es como les digo, el paciente puede venir porque uno de los médicos me dice, mirá vi esto ¿a vos qué te parece?” Para algunos la perspectiva de equipo está incorporada naturalmente: “Hay, hay, hay interdisciplina y es una cosa maravillosa (...)” “(...) se genera en el momento... es más, muchas veces ni siquiera se piensa en el equipo (...)” “(...) la asistente social y el neurólogo pueden decir ‘no, pero esta persona tiene un componente psicológico importante’, y te llaman a vos y alguno de nosotros dice, en algún momento, ‘bueno vamos a juntarnos a ver esto cómo es’”. En algunos casos se describen dispositivos regulares de reuniones centradas en la discusión de casos clínicos. “Una vez por mes tenemos armada una supervisión, (...) todo el equipo,

y bueno, comentamos, compartimos.” “Nos reunimos (...) y ahí hacemos una puesta en común de los casos o a veces se presenta un caso y se discute entre todos los que estamos.” Estas modalidades son valoradas como muy positivas para lograr una pertenencia colectiva: “Todas estamos como muy involucradas en los casos de todas, conocemos a todos los pacientes”.

La valoración en este aspecto tiende a ser positiva: “El trabajo en equipo existe, digamos. Algunas veces mejor que otras, dependiendo del equipo.” “(...) los equipos de trabajo resaltaría como positivo, en el sentido de que trabajos en el piso que trabajos es como que trabajás en todo el hospital”. Aunque en algún caso también se señaló la distancia que puede existir entre el discurso y la práctica: “(...) el trabajo interdisciplinario, todo el mundo se llena la boca con él, pero llevarlo a la práctica ya no lo hace todo el mundo.”

Los motivos de intervención que se mencionan son variados, pero comparten el estar vinculados al abordaje de las dimensiones psicológicas de enfermedades orgánicas: trastornos de ansiedad, estrés, angustia, demencia, depresión, trastorno del humor, dolor, consecuencias psicológicas de discapacidad/secuelas. En la mayor parte de los casos el motivo viene de la mano de la derivación del equipo médico y, aparentemente, no es infrecuente la situación en la que el propio paciente desconoce o no está de acuerdo (al menos inicialmente) con dicha consulta. Muchos de ellos mencionan que son convocados cuando se observan dificultades en la adhesión a los tratamientos, o lo que algunos engloban en la categoría “trastornos adaptativos a la enfermedad”. Así mismo, cuando el equipo médico detecta algo que escaparía a la conducta esperada, que a veces se lo identifica como “llanto fácil”, se acude a los psicólogos para que realicen una valoración diagnóstica de la situación y eventualmente alguna intervención. El encargo por atender lo que aparece desbordando el tratamiento médico, se hace particularmente evidente cuando se pide comunicar las malas noticias o contener a los pacientes y sus familias en dichas situaciones. También son requeridos ante los denominados “pacientes difíciles”, básicamente usuarios con los cuales el equipo médico u otros usuarios han tenido problemas de vínculo, o “no puede con él”. Dentro de esta categoría se termina incluyendo una cantidad muy variada de situaciones, y que incluso puede resultar encubridora de los obstáculos o de las propias responsabilidades del sistema de atención. “(...) ‘paciente difícil’, son (una) bolsa gigantesca donde entran los querellantes, los paranoides, y los que no tienen ningún problema, pero que obviamente el médico no los trató como los tiene que tratar, o sea como una persona, y quedan como ‘paciente difícil’. O en otros casos, pacientes que se tornan difíciles por la complejidad que su situación trae, y que si nos atenemos a la forma de caracterizarla de un entrevistado, sería muy expresiva de las barreras vinculares existentes. “Tenemos toda la situación de... estoy tratando de buscar la palabra que te puedo decir y no me sale otra... de la escoria social, y sí, ¿no?, madres

adictas, violencia doméstica, este, situación de calle, trastornos de personalidad, este... que son los que más complican, enfermedades psiquiátricas, este... todo lo que complica”.

En cuanto a la accesibilidad, los entrevistados no parecen visualizar barreras de acceso relevantes, ya sea porque el paciente es atendido a su solicitud o derivado por el equipo sin mayores esperas. Algunos mencionan barreras culturales, físicas, económicas, geográficas, y otros aluden a esperas y problemas de gestión. El tema de la privacidad o más bien de su ausencia es en gran medida naturalizado, como inherente al trabajo en un hospital. “El paciente de hospital está muy habituado (al) contexto hospitalario. Uno trata las cuestiones de preservar la intimidad (...) de hablar bajo (...) de no hacer determinadas preguntas en lugares donde hay gente (...). De cualquier manera el *setting* hospitalario es muy diferente a lo que uno habitualmente aprende en la Facultad de Psicología, esa cosa del consultorio, solito con el paciente, eso no es así acá. Porque tenés al de al lado, al familiar, al enfermero entrando, al equipo trabajando, al médico examinando a otro... a veces lo sacás al paciente si se puede trasladar”.

## Formación

La institución de egreso de los psicólogos es predominantemente la Udelar, con un total de 24 egresados, seguido de la Ucdal con 5 egresados. Cuentan con un promedio de casi 17 años de egreso, lo que supone una trayectoria profesional importante. La valoración de la formación de grado, en términos generales, no es buena, calificando su aporte entre nada y básico. En este último caso, valorándola como el punto de partida, “plataforma de lanzamiento” a partir del cual tuvieron que continuar formándose, la mayoría de las veces en el ámbito privado. Varios destacan el proceso psicoterapéutico propio como parte de la formación. Para quienes no se identifican con lo psicoanalítico, la formación de grado, evaluada como limitada a esta teoría, genera rechazos, y el esfuerzo posterior, significado incluso como “desaprendizaje”.

“De ninguna manera, no te da nada, nada, nada, (...) yo salí de la facultad con un tenedor sin dientes (...) la formación de-formación (risas), (...) yo tuve que salir y tuve que... desaprender cosas que había aprendido porque... no van conmigo”.

Algunos, aun reconociendo las limitaciones, lo valoran como el inicio de un trayecto de mayor alcance: “El título de grado te abre una perspectiva donde vas a elegir por qué camino quieres andar”. “La Facultad no te da las herramientas”. “Tienes que animarte, pero siempre con la conciencia de seguir formándote”. “Muy completa; a mí me parece muy completa la formación... me faltan conocimientos específicos de Psicología Médica, de repente”.

La falta o insuficiencia de instancias prácticas es señalada como una de las principales carencias del grado: “Nunca tuve un modelo, nunca había visto una entrevista filmada de cómo trabaja un Psicólogo, cuando vi alguna filmación sólo era del paciente. Me costó mucho encontrar un modelo de identidad, yo sentí mucho miedo de lo que no debía hacer, y sentía que cada cosa que hacía no se parecía a lo que había leído como hablan los psicólogos en un libro.”

La formación de posgrados es diversa, destacándose múltiples estudios en varios psicólogos. La diplomatura o especialización es el nivel más frecuente, en la mayoría de los casos a través de la Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud. Es bajo el número de psicólogos con estudios de maestría (5) o doctorado (1), en todos estos casos en proceso de cursado. La mayoría de los psicólogos indican haber realizado varias modalidades de estudios de postgrado en la que predominan los cursos en distintas instituciones privadas, algunos a nivel universitario, en su mayoría ofertados por la Facultad de Medicina (UdelaR).

La teoría más mencionada fue el psicoanálisis, aunque la mayoría aclaró que también integraban otros enfoques o herramientas. Es frecuente la apertura a distintos aportes, incluso integrando en la práctica perspectivas que a nivel teórico se plantean antagónicas.

Respecto a las capacitaciones en el marco de la institución, 19 entrevistados refieren recibir capacitaciones desde el servicio concreto de pertenencia (pero no desde el Hospital), bajo la forma de ateneos o jornadas en temas vinculados a psicología médica y por la función docente. Los entrevistados rescatan la necesidad de la formación permanente y en general realizan una valoración positiva de las capacitaciones, aunque no se muestra la existencia de una política uniforme. En algunos casos la capacitación está planteada como condición a nivel de exigencia para mantenerse en el servicio, en otros se la estimula o fomenta y, en 4 respuestas, aparecía más asociada a la voluntad individual. Los ateneos clínicos son una de las formas frecuentes que adopta la capacitación en el ámbito del hospital. Las necesidades de capacitación más mencionadas se refieren a las dimensiones médicas de las enfermedades. En ningún caso se menciona capacitaciones que remitan a las políticas que apuntan al cambio de modelo de atención, o temáticas transversales vinculadas a los lineamientos rectores del cambio impulsado por la reforma.

## **Vivencia del trabajo**

Se tiende a valorar positivamente el trabajo en el Hospital, casi dos de tres manifiestan estar satisfechos o muy satisfechos, tanto por la labor en sí o por los aportes a la formación personal. A pesar de las críticas a las condiciones materiales inadecuadas, la mayoría tiende a aceptarlas, e incluso naturalizarlas (“es lo que hay”, “el paciente ya está habituado”).

Se sienten bien valorados por sus compañeros y por los pacientes, porque constatan la necesidad del psicólogo, los llaman para intervenir o perciben que se ha abierto más el campo. Muestran compromiso y actitud activa en relación a la tarea en sí, más que al servicio o al Hospital. La voluntad de “ganar un espacio” sería un estímulo eficaz y no tanto el interés por ir más allá del ámbito concreto de desempeño, en una suerte de aceptación tácita de la verticalidad institucional.

“Hemos luchado muchísimo”. “He dejado parte de mi vida acá”. “El Clínicas era un lugar emblemático... tengo la camiseta puesta”. “Esto es pasión por lo que uno hace, no tiene otra explicación”. “Las horas se te pasan volando... (es) desgastante y gratificante”. “Te consume mucha energía pero me gusta”. “Amo lo que hago”. “Me ha servido pila”. “No me voy más”.

Trabajar en el Hospital de Clínicas parece ser sumamente significativo, existe una fuerte tonalidad afectiva, no se trata meramente de cumplir una tarea asignada, sino que hay un compromiso, que en muchos casos parece explicar la permanencia, y hasta el orgullo de trabajar allí. A pesar de todas las dificultades, que también los entrevistados reconocen, el sentimiento de pertenencia institucional es fuerte. La oportunidad de desarrollar su vocación parece resultar una clave para entender cómo los psicólogos logran sobreponerse a los obstáculos.

## Conclusiones

De los resultados del estudio se desprende una legitimación de los aportes de la psicología, aun cuando no existe una consolidación institucional de la misma. Reflejo de esto es el reducido número de profesionales, con baja dotación horaria y cuyas acciones están poco articuladas entre sí. Mientras este último aspecto se presenta incambiado al que se observaba dos décadas antes, respecto al número de cargos de psicólogos en el Hospital, es claramente peor: de los 14 cargos que había en 1985, se pasó a 9 en 1999 (Rudolf, 2001) y, en el presente relevamiento, sólo una persona dijo tener cargo de psicóloga (escalafón profesional) y otros dos cumplen funciones teniendo cargos administrativos. Las necesidades asistenciales se siguen cubriendo (parcialmente) con cargos docentes y honorarios.

Los psicólogos son requeridos por diversos actores, y su inclusión es deseable por parte de los servicios médicos. La presencia de honorarios, sigue siendo significativa, especialmente en algunas áreas, aunque formalmente no siempre se los identifique con esta categoría. A través de la apertura de distintas modalidades no rentadas, se responde a la doble demanda de “ganar experiencia” de los graduados jóvenes y de atender los requerimientos de los usuarios de los servicios. Se trata de una respuesta precaria, muy lejos de las necesidades y de las posibilidades de aporte de la disciplina.

La demanda resulta consistente con la existencia de una mayor preocupación por la calidad de los servicios de salud, y por la satisfacción de usuarios y sus familias. Conjuntamente, los cambios en los perfiles epidemiológicos de la población, que se expresan en mayor porcentaje de personas con enfermedades crónicas y degenerativas, con tratamientos de mediana y larga duración, implican otra forma de vínculo con quienes las padecen, que deben asumir un compromiso activo en el seguimiento de las indicaciones terapéuticas. Estos procesos posiblemente tengan incidencia en la comprobación de los límites de los tratamientos que se restrinjan a lo somático, y de ahí la necesidad de incorporar otros componentes, orientándose hacia una atención más integral. En la consulta médica emergen sentimientos (angustia, dolor, frustración, rabia), cuyo abordaje es percibido como por fuera de las posibilidades del personal formado para atender cuerpos disociados de lo anímico (Morales Calatayud, 1997).

Los psicólogos parecen responder al encargo de intentar abarcar estas dimensiones, excluidas en el modelo biomédico tradicional, constituyéndose en especialidades que colaboran con los tratamientos indicados. La naturalización de un lugar jerárquico subordinado al poder médico, incluso de auto percepción equivalente a otra especialidad (médica), va en línea con el modelo tradicional de atención, más allá que los vínculos (hasta cierto punto) puedan vivenciarse con mayor cordialidad. Las intervenciones psicológicas amplían el repertorio de respuestas del modelo biomédico, pero sin salirse de un enfoque clínico, individual, limitado al ámbito hospitalario y en continuidad con la lógica del consultorio particular. La formación de base, el predominio de ciertas concepciones teóricas, el lugar jerárquico ocupado en la institución, y la limitada problematización de los roles asignados y asumidos estarían coadyuvando para que la Psicología gane su espacio, pero sin poder proyectarse más allá de lo que Saforcada (1999) identifica como modelo individual-restrictivo.

En coherencia con esta conclusión, la investigación tampoco permitió evidenciar prácticas acordes con algunos principios claves en el cambio de modelo de atención. A pesar del amplio consenso que reúne la noción de intersectorialidad, heredera de entender la multideterminación de la salud, no asombra que los hospitales en general continúen funcionando como establecimientos de puertas adentro, con poca interconexión con el resto de las prestaciones sociales y de salud. El trabajo de los psicólogos no resulta una excepción, dado que son muy pocas las menciones a coordinaciones extra hospitalarias. Lo llamativo en este sentido, es que lo social permanentemente aparece interpelando las intervenciones, planteándose barreras económicas y culturales que complejizan los diagnósticos y la efectividad de los tratamientos. Cuando las patologías que son foco de los abordajes resultan inseparables de otras problemáticas, su resolución depende de un conjunto integrado de

intervenciones socio-sanitarias. La acción sectorial, por tanto, tendrá un alcance limitado, o incluso podría generar efectos iatrogénicos. Si bien para muchos psicólogos entrevistados, la presencia de estos factores es evidente, no parecen contar ni con marcos teóricos ni con herramientas metodológico-técnicas para poder actuar acorde a estrategias intersectoriales.

En relación a lo interdisciplinario, el trabajo en el Hospital de Clínicas parece haber posibilitado un intenso relacionamiento con distintos profesionales y disciplinas de la salud. En contraste con la tradicional inserción de consultorio privado, donde los psicólogos en muchos casos podían trabajar en condiciones de relativo aislamiento, en los hospitales se presentan múltiples coordinaciones e intercambios. En muchos casos, esto lleva a los entrevistados a pensarse construyendo interdisciplina. No obstante, la investigación no permite ser concluyente al respecto, dado su carácter exploratorio, y por basarse únicamente en los testimonios de los entrevistados. Las referencias prácticas sobre como tal interdisciplina estaría concretándose permite suponer que en general parecen ser prácticas de tipo multidisciplinario. En varios casos, las coordinaciones entre disciplinas estarían reproduciendo la lógica de la cadena de montaje, donde cada profesional se inscribe en una secuencia de actos, que tienen en el médico el rol central de dirección del proceso.

A pesar de las debilidades en las inserciones descritas, para los psicólogos su trabajo es altamente significativo. Las vivencias comunicadas en la mayoría de los entrevistados, lo ubican como un espacio de crecimiento y gratificación tanto desde lo profesional como en lo personal. La sensación de haber conquistado un ámbito nuevo de inserción, así como el poder lograr reconocimientos de otros profesionales, y especialmente del mundo médico, otorga al desempeño un valor que parece compensar las dificultades materiales cotidianas. Se trata de significaciones vividas individualmente y no como colectivo, por tanto, no contribuyen a la constitución de grupos con incidencia en las políticas de la institución, ni en la defensa o promoción de intereses comunes.

En el Hospital de Clínicas de acuerdo a lo relevado, la presencia de la Facultad de Psicología es escasa, poco conocida y reconocida, siendo la Facultad de Medicina la referencia académica central, incluso para los psicólogos. Es también la percepción de los docentes de Psicología que la presencia de la Facultad se ha venido reduciendo, constando la baja importancia adjudicada a la permanencia del Servicio o el inexistente debate interno respecto al lugar que debería ocupar el Hospital de Clínicas en la formación de los psicólogos. Las opiniones de los entrevistados respecto a las carencias de la formación de grado para el desempeño en este tipo de establecimiento, deberían interpelar los planes de estudios. Aunque en la actualidad ha habido cambios en los mismos, no resulta evidente que estos hayan podido cambiar lo denunciado. La vinculación entre la formación y el ejercicio profesional, genera nuevos desafíos en el contexto de

los cambios propuestos por la reforma de la salud, en el marco de los cuales se entiende que el recurso humano es un factor clave. (De Lellis, 2010) Por tanto, resulta necesario profundizar los estudios que contribuyan a debatir sobre el rol que se pretende del psicólogo en los servicios de salud aportando al cambio de modelo de atención.

Las opiniones de los psicólogos entrevistados parecen ser representativas del máximo grado de avance que el modelo individual-restrictivo puede alcanzar, con la consideración de los aspectos anímicos que se movilizan a punto de partida de patologías orgánicas. Avance que se sostiene en el mantenimiento de sus ejes articuladores como son la persistencia de un objeto de intervención individual, descontextualizado, y con respuestas que adaptan la clínica tradicional al *setting* hospitalario.

La descoordinación con otros niveles de atención y con otros sectores de las políticas públicas, fragmenta las intervenciones y les resta eficacia al perder la posibilidad de mancomunar esfuerzos y hacer sinergia de recursos (De Lellis, 2010). En los extremos, se corre el riesgo de caer en posturas autocráticas, donde los profesionales descalifican la postura y cultura de los usuarios, partiendo de su desconocimiento. También se limita el alcance de la construcción de equipos y de verdaderos intercambios interdisciplinarios, reeditando las relaciones de subalternidad propias del modelo hegemónico. En contraste, la perspectiva de la Psicología de la Salud latinoamericana, recupera el carácter social e histórico de la salud, y en este sentido podría estar contribuyendo al cambio de modelo de atención. Una mirada que ponga su eje en el usuario como sujeto de derechos y protagonista central de los procesos de promoción y recuperación de la salud. Que recurra al saber psicológico para potenciar las capacidades salutogénicas de los individuos y las comunidades, por tanto en diálogo con otros saberes y prácticas, en especial de los propios usuarios. Y que transforme el compromiso y la dedicación individual de los psicólogos en una acción colectiva que logre incidir en las dimensiones institucionales que matizan sus prácticas.

## Referencias Bibliográficas

- Arias, A.; Rudolf, S.; Suárez, Z. (2013). *Tiempos de desafíos para la formación universitaria de los profesionales de la salud*. Inédito
- Artaza Barrios, O., Méndez, C., Holder Morrison, R. y Suárez Jiménez, J. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago de Chile: OPS/OMS.
- Cortazar, M.; Gandolfi, A. (2006). El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud. Presentado en *IX Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Facultad de Psicología, UdelaR.
- Dapuelto, J.; Varela, B. (sf). *Modelos y praxis psicológicos en la medicina: la Psicología Médica*. Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/modelos-y-praxis.pdf>
- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psiciencia Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 2(2), 102-106. Recuperado 30 de mayo de 2016 de: <http://www.cienciapsicologica.org/pubs/psiciencia/2/2>
- Gioia-Martins, D. F.; Rocha Junior, A. (2001). Psicología da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Psicologia: teoria e prática*, 1(1), 35-42.
- Hospital de Clínicas. (2016). *Misión y Perfil-Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"*. Recuperado 30 Mayo 2016, en <http://www.hc.edu.uy/index.php/conozca-el-hc/mision-y-perfil>
- Instituto Psicología de la Salud. (2010). *Documento Fundacional*. Recuperado 30 de mayo de 2016, de: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/documento\\_fundacional.inst.\\_.psic.\\_salud\\_1.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/documento_fundacional.inst._.psic._salud_1.pdf)
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. Sonora: UniSon.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rudolf, S. (2001). *La Psicología en el Hospital Universitario*. Facultad de Psicología, UdelaR. Inédito.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria: análisis críticos de los sistemas de atención de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Tonetto, A. M. y Gomes, W. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipo multidisciplinar. *Estudios de Psicologia/Campinas* 24 (1), 89-98.
- Ubach, G. (2008). Desafíos actuales en el Hospital de Clínicas. *Cuadernos del CES II*, junio 2008. Recuperado 30 de abril de 2014 en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos2/art3.pdf>
- Uruguay. Ley 18.211, de 5 de diciembre. Diario Oficial, 13 diciembre de 2007.
- Villar, H. (2008). "55 años del Hospital de Clínicas 'Dr. Manuel Quintela'". *Revista Médica Uruguaya* 24, 155-160.
- Yamamoto, O. y Cunha de Oliveira, I. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11 (2), 0-14.

## **Integrantes del Equipo de Investigación:**

Docentes: Luis Giménez, Zulema Suárez, Natalia De Ávila, María Eugenia Panizza

Estudiantes colaboradores: María Magdalena Benquet y Laura Rodríguez

Estudiantes participantes en el trabajo de campo:

Jimena Barale; Sheila Barroso; Josefina Belén; María Magdalena Benquet; Fabián Bragunde; Martin Cancela; Paola Chauvie; Pilar De la Sierra; Gabriela Doune; Carolina Elenberg; Jimena García; Maricela González; Nicolás Lasa; María Pía Lizasuain; Carolina Martínez; Verónica Menchaca; Lucía Navrátil; Cintia Parolin; Marcia Patrone; Patricia Peña; Gabriela Peyrou; Claudia Rivas; Karen Rodríguez; María Laura Rodríguez; Sharon Romero; Aline Sabani; Analía Salas; Victoria Salgado; Andrea Sánchez; Mariana Sánchez; Mariana Santurio; Matías Silvera; Stephanie Valdor; Andrés Vikonis; Janine Zaruski

## LA APRECIACIÓN DE LA CULTURA ARTÍSTICA Y LITERARIA CUBANA: TRIBUTO A LA FORMACIÓN INTEGRAL DE LOS ESTUDIANTES DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA DE LA CUJAE

### *CUBAN ARTISTIC AND LITERARY APPRECIATION: TRIBUTE TO THE INTEGRAL EDUCATION OF ENGINEERING AND ARCHITECTURE STUDENTS AT THE CUJAE*

**Isabel Fernández López**

**Palabras Claves:** apreciación artística, métodos de enseñanza, formación humanista del ingeniero, formación de valores

**Keywords:** artistic appreciation, teaching methods, humanist engineer training, formation of values

#### **Resumen**

El desarrollo de la disciplina de Educación Artística, en la Dirección de Extensión Universitaria de la CUJAE, ha sufrido cambios sustanciales, y dentro de ellos están los métodos de enseñanza a utilizar en las asignaturas de Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana, al que se dedica esta investigación.

La investigación recoge los referentes teóricos en los cuales se basa la autora para trabajar de esta manera, en la cual los estudiantes de tecnología tienen el papel protagónico dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje de las artes.

Se logra motivar al estudiante desarrollando habilidades apreciativas, creativas, investigativas, en el desarrollo de las clases del Taller a través de "problemas" y "tareas" a resolver; esto los lleva a desarrollar su sensibilidad artística, así como también a enriquecer su cultura general e integral.

#### **Abstract**

The development of the discipline of Artistic Education, in the Direction of University Extension of the CUJAE, has suffered substantial changes, and within them, are the methods of education to use in the subjects, like the Workshop of Art History, to which we pointed this investigation. The investigation gathers the theoretical references in who we were based to work this way, in which the technology students play the leading role in the art teaching-learning process. It is managed to motivate the

student to develop appreciative, creative, research abilities, in the development of the classes of the Workshop through “problems” and “tasks” to solve; this leads them to develop an artistic sensitivity, as well as to enrich their general and integral culture. The most concrete contribution of this proposal, is a Workshop of Art History program, which is based on the thoughts of the Educators by the Art that it will help them in their education as professionals.

## Introducción

**L**a experiencia de treinta años de trabajo en la Educación Superior, como profesora de diferentes asignaturas, dentro de las cuales están: Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana e Historia del Arte, le permiten a la autora familiarizarse con la problemática de la enseñanza del arte entre las especialidades de Ciencias Técnicas.

El desarrollo de esta disciplina en la Dirección de Extensión Universitaria de la CUJAE, ha sufrido cambios sustanciales en los últimos años, pues de una enseñanza tradicional como la impartición de conferencias y clases prácticas, se ha ido hacia nuevas formas y métodos en el proceso de enseñanza aprendizaje, buscando siempre la mayor participación de los estudiantes en este proceso.

Esta situación motiva a la autora a reconsiderar cambios en esta asignatura hacia un programa de Apreciación Artística más novedoso, en la misma, el estudiante podrá resolver problemas de investigación, a través de juegos de roles y tareas.

La preparación que requieren los profesores de esta asignatura es importante, pues se necesita de conocimientos apropiados acerca de los procesos histórico artísticos para saber “qué enseñar” y “cómo enseñar” el arte a los futuros egresados de la CUJAE.

La investigación en su contenido y su forma está en correspondencia con la actual política trazada por el Ministerio de Educación Superior y el Ministerio de Cultura para llegar a formar profesionales integrales, a través del conocimiento del arte en su más amplia concepción.

En Cuba hay una serie de prioridades, y por ello se han creado lineamientos que llevan a una integración de estrategias comunes entre diversos organismos y sectores sociales que deben tener particular relación con la educación, los medios de comunicación y la cultura, en los que el arte tiene un papel preponderante.

Los fundamentos teóricos y metodológicos que se utilizan como referentes son los principios de la Educación por el Arte, establecidos por algunos autores, entre los que se destacan John Dewey, Herbert Read, Victor Lowenfeld, Irene Wojnar, los cuales plantean teorías acerca de cómo enseñar a través del arte.

Estos han tenido continuidad, en otros importantes educadores como Rosa Ma. Ávila, profesora española que hace una propuesta constructivista del conocimiento, y en la cual se basa esta investigación. También se utilizaron textos de Paulo Freire, en los que se notará su influencia por ser un apasionado “constructor de sueños”. Igualmente aparecen algunos enfoques de Vigostky y Victor Guédez, muy valiosos para enriquecer esta información; otros de Gombrich, algunos del Dr. Ramón Cabrera así como de la Msc. María del Carmen Mena Rodríguez, profesora del Instituto Superior de Arte.

Todos estos autores, fundamentaron la incidencia del arte, en la formación de la juventud, como posibilidad para reafirmar el sentido de la totalidad humana integrada al medio que lo rodea. Los postulados de estos educadores por el arte tienen como finalidad el perfeccionamiento humano como medio para desarrollar capacidades en el individuo para crear, elaborar, producir desde sus propias vivencias, experiencias y necesidades espirituales.

De aquí parte John Dewey cuando dice:

La instrucción de las artes es una cuestión de comunicación y participación en los valores de la vida por medio de la imaginación y las obras de arte son los medios más íntimos y enérgicos de ayudar en las artes de vivir. (1)

Lo que prevalece en esta investigación es demostrar la importancia de la enseñanza de las artes en un centro como la CUJAE (centro rector de las ciencias técnicas en Cuba), puesto que estimula la sensibilidad, la capacidad de investigar y de interesarse por los temas de la vida en sentido general. Por eso, se basa en algunos planteamientos de un gran pedagogo como lo es Paulo Freire al decir:

“(...) enseñar exige rigor metodológico, exige investigación, exige respeto a los saberes del educando, exige crítica, exige estética y ética, exige riesgo, asunción de lo nuevo y rechazo, exige reflexión, crítica sobre la práctica (...)”. (2)

Entre las limitaciones enfrentadas en la realización de este estudio, están (entre otras muchas), la dispersión de las fuentes documentales; la poca comprensión del valor e importancia del arte en la formación integral de los jóvenes egresados por parte de los directivos y autoridades, en un enclave de ciencias técnicas como lo es la CUJAE; las expectativas erróneas y/o desactualizadas respecto a la cultura artística del propio estudiantado.

En la Cujae hay antecedentes de introducir en el currículo estas asignaturas, y esta es una ocasión propicia para replantear esta propuesta, pues “un modo nuevo de ver las cosas abre nuevas posibilidades para manejarlas” (Vigotsky, 1969).

El trabajo culmina con las consabidas sinopsis de Conclusiones derivadas de las reflexiones de la autora, que compendia, grosso modo, la esencialidad y proposiciones como conclusión de seis años de estudio del asunto nuclear.

## Didáctica de la Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana: aproximación y apropiaciones

Lorenzo Luzuriaga supone que:

En la actualidad el término didáctica tiene dos sentidos uno restringido que es el más usado como teoría de la enseñanza o de la instrucción y otro más amplio, que es el que se le da como teoría de los medios de Educación. (3)

La didáctica se concibe como una disciplina que estudia los procesos didácticos, como una estructura procesal formada por actos y métodos que sustituyen las actividades que se dan, que persiguen una formación humanística a partir de una relación entre sujetos, mediados por lo imaginal, que es la potencia de la imagen; y lo imaginario, que es el arsenal de cambio.

Es importante reconocer el valor de los espacios de docencia artística, y tener en cuenta que hay espacios que tienen una carga positiva o negativa, como por ejemplo, Universidad... *campus* (espacio, horizonte), o ampliar el marco de referencias del proceso de adquisiciones a todo el medio escolar, para así romper, por tanto, con los marcos escolares clásicos (el aula como precepto centrado).

En la Educación por el Arte, los espacios de trabajo son tanto escolares (aula), como extraescolares (visitas a museos, conversatorios con artistas, proyección y debate de películas, etc.).

Este principio se opone, en alguna medida, a la escuela tradicional; así, el aula convencional (gobernada por los espacios compartimentados, el silencio implantado por el profesor, la relación de subordinación y dependencia), entra en contradicción con una aplicación totalizadora de la Educación por el Arte. Esto obliga a que la escuela se reconfigure, y así las propias asignaturas, que tienen métodos obsoletos de conocimientos en el proceso de enseñanza y aprendizaje, se reorienten y cambien.

Todo esto se trata de llevar a la práctica en la asignatura de Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana. En el proceso de enseñanza y aprendizaje del arte, el estudiante debe acercarse a la creación artística, debe recurrir a nuevas imágenes; pero en la percepción visual, el sentido de la vista los lleva a recordar algunas de ellas y a asociaciones emocionales que coordinan con nuevos conceptos, es decir, que la memoria visual los traslada a la memoria afectiva y ello se demostrará en algunos de los temas de la asignatura.

Tal como lo apunta Howard Gardner: "(...) lo productivo no está desligado de lo reflexivo y de lo crítico, lo cultural, ambos tienen una estrecha relación, el quehacer pedagógico, el quehacer didáctico debe unirlos todos." (4)

El hombre transforma el objeto (obra) percibido por su imaginación y a la luz de su vivencia individual, participa en el acto creador. Esta experiencia se demuestra en todos los temas de Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana, pues al estudiante se le facilitan una serie de imágenes visuales de pintores de los diferentes movimientos artísticos y estilos de la plástica, y se le van comunicando las características, los elementos propios de esos artistas, para llevarlos, después, a hacer sus propias producciones pictóricas escogiendo algún cuadro de cualquier pintor. Se trata de movilizar en ellos todas las capacidades (sensaciones, emociones e imaginación) que les provoca una determinada imagen pictórica, y cómo pueden llevarla, pasando por lo imaginario, a que cambie el sentido del cuadro, demostrando sus sentimientos, imaginación, habilidades, y hasta talento en su creación. Se da entonces la percepción del espectador como un acto de co-participación generativa.

La didáctica tiene una relación importante en la creación artística, la docencia y la investigación. La unidad que debe existir entre lo teórico y lo práctico en estas clases está presente: se rompe el esquema de conferencia o de clase práctica, hay unidad en la adquisición de conocimientos, en la educación, en los elementos ideológicos, y el estudiante desarrolla, a su vez, capacidades creativas, lográndose así una estrecha unidad entre la enseñanza y el aprendizaje.

Por eso, en los modelos didácticos existen algunos que se adscriben al tradicional tecnológico, y otros al innovador, proyectados en las dos dimensiones curriculares (el qué y el cómo enseñar). Para incorporar propuestas innovadoras, es necesario tener en cuenta la tradición académica, para de ahí partir hacia esta nueva propuesta educativa, adscrita a la perspectiva constructivista del conocimiento, señalada por la profesora Rosa María Ávila en su libro *Historia del arte, enseñanza y profesores*. (5) Está basada específicamente en la construcción progresiva de un conocimiento profesional deseable como una dimensión del conocimiento, a partir del tratamiento de problemas significativos para la enseñanza y el aprendizaje del arte. Se reconocen las peculiaridades e ideas de cada sujeto, la necesaria relación interactiva con los estudiantes, dado por el carácter social y compartido del conocimiento, es decir, contextualizar y dar importancia a lo que se aprende, así como reconocer la relevancia del papel del profesor como organizador del aula, creando una estructura organizativa que favorezca el desarrollo de las potencialidades de cada alumno. Desde una perspectiva constructivista que propicie una práctica social y profesional racional, autónoma y reflexiva, el profesor reconoce la diversidad en las formas de pensar y actuar de sus estudiantes.

El aprendizaje de la Apreciación de la Cultura Artística, como disciplina científica con esta propuesta innovadora, lleva al conocimiento escolar deseable como eje estructurador. El profesor debe saber las concepciones de sus estudiantes, y ver el problema de cómo enseñar los fenómenos histórico-artísticos.

En los modelos que se trabajan en clases se vinculan ambos, pues aunque se tenga una visión innovadora del aprendizaje, en ocasiones, en los contenidos se acercan al modelo tradicional-tecnológico, ya que todavía se cree que la mejor fuente de información es el libro de texto, y el mejor sistema para evaluar, los exámenes que se preparan con antelación. En la concepción de la autora se pretende modificar hasta la evaluación, llevando al estudiante a resolver problemas que se le han planteado anteriormente.

Es importante señalar que las estrategias de enseñanza empleadas en el programa “viejo” de Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana eran del tipo tradicional, que se basaba, fundamentalmente, en la observación de la obra de arte para inferir conceptos determinados por la explicación del profesor. No se tenían en cuenta para nada las ideas del estudiante, aunque se hacía un *pretest* al principio, y un *postest* al final del proceso de enseñanza-aprendizaje, de una manera que el destinatario de la información era sólo el profesor. Ahí se demostraba el escaso protagonismo que los estudiantes tenían en las actividades, basadas únicamente en la explicación del profesor, la exposición de diapositivas y el uso del libro de texto, los que a veces se acompañaban con experiencias prácticas o algunos itinerarios histórico artísticos, en los que sólo se pretendía una reproducción mimética de los contenidos.

No se planteaban problemas de investigación, no se realizaban actividades más innovadoras como juegos de roles, juegos de simulación, dramatizaciones, etc.; sin embargo, en la experiencia pedagógica actual con estudiantes de tecnología, se llevan a la práctica estos métodos, y los resultados han sido excelentes, a tal punto que han servido de una mayor motivación para los estudiantes a la hora de vincularse con esta disciplina, sobre todo, si se tiene en cuenta que se trata de alumnos de ingeniería y arquitectura, cuya vocación, por naturaleza, dista mucho de las especialidades humanísticas.

Con relación a la evaluación se optaba por la tradicional al final del proceso. Los instrumentos se centraban en los exámenes, sin pensar que se podían hacer cuestionarios, entrevistas, observaciones de clases y materiales producidos por los estudiantes, negociándose así la información.

Para las clases de ACA, como dicen los estudiantes, se deben trabajar estas ideas de la escuela nueva y es importante tener un número pequeño de estudiantes que permita organizarlos en las clases, motivarlos y diseñar métodos de enseñanza que atiendan la diversidad del aula. Es importante concebir el aula como un sistema de relaciones condicionada por el intercambio de informaciones, y reconocer el carácter de construcción negociada con carácter sistémico. Se ve la necesidad de negociar y compartir el conocimiento.

Hay que decir que, para ser educadores de arte, los profesores deberían tener un conocimiento profundo de la Historia del Arte, conocimiento que debe ser flexible para establecer relaciones, conocer estrategias para seleccionar y

transformar los contenidos y así adecuarlos a las exigencias que la obra de arte puede tener al ser llevada al aula.

## Posiciones en torno al arte

Al buscar las raíces históricas que determinan las diferentes posiciones en torno al arte, y su utilidad educativa, se estableció una breve exploración que se acerca a la polémica entre la educación artística, la educación estética y la educación por el arte, enfatizando en esta última por constituir el marco referencial de este tramado teórico.

En esta investigación se reflejan las repercusiones directas del arte sobre el hombre, que conciernen al ámbito de la pedagogía. El arte y la educación han mantenido vínculos formativos a través de las etapas del desarrollo humano, y sus consecuencias se manifiestan en la vida intelectual, moral y afectiva donde se activan las potencialidades del individuo.

En el complejo universo del arte y su relación con el hombre han sido numerosas las disposiciones que sitúan el hecho estético en combinación con hechos de naturaleza social, psicológica, económica y pedagógica. Así se encuentra que la Estética enriquece el aspecto teórico de la cuestión, en tanto que la pedagogía demuestra el papel de la experiencia. Hay diversas posiciones en torno al arte, diversos puntos de vista. En estos se emplean las categorías de “lo estético” y “lo artístico” como determinación para revelar su esencia.

Para la educación artística tenemos que utilizar los recursos del arte, pero no sólo para pretender desarrollar dotes creativas(...) sino que es la labor educativa dirigida a lograr una determinada actitud favorable las verdaderas obras de arte, sin distinción de tipo, género o método artístico que logre expresar, percibir, comprender y disfrutar al arte(...) que sienta por él, que se convierta en una necesidad interna. (6)

Este postulado se conecta con la finalidad de la Educación por el Arte, que no es sólo la de formación de hombres para el arte, sino que, mediante la utilización de los recursos artísticos, contribuyan a la formación integral de los ingenieros y arquitectos, esencialmente en su faceta moral y artística, y prepararlos para un mejor disfrute del arte, que a su vez los ayude a ser mejores seres humanos y sociales.

La Educación por el Arte como nueva pedagogía tiene su origen en un movimiento que surgió a finales del siglo XIX y principios del XX, conocido como la Nueva Educación. Este movimiento fue el primero en atender la Educación Estética como problema pedagógico, que se caracterizó por su preocupación social, y por reivindicar al individuo como ser integral, creativo y libre, para

desarrollarse de forma orgánica como ser humano. La Nueva Educación se sustenta filosóficamente en el empirismo, el positivismo y el pragmatismo. Además, tiene como objetivo resaltar el estudio de los hechos, el papel de la experiencia desde una perspectiva individualista en la que se asume como criterio de verdad el concepto de utilidad. El nuevo modelo de los paradigmas educativos propone que se utilice el rol de aprendiz, el maestro orientador, el contenido cambiante. Hay diferentes tendencias o vertientes, la pedagogía de la experiencia de Dewey, la de Víctor Lowenfel, Herbert Read y otros.

Muchas de estas tendencias comienzan sus trabajos con los niños, pero en este caso se adaptan a estudiantes universitarios, se experimentan las vivencias reales, porque es la primera vez que ellos, estudiantes de ingeniería y arquitectura, se sienten atraídos de esta manera por las asignaturas de arte.

## Algunos teóricos en torno al arte

Es importante referirse a algunos teóricos que echaron los cimientos de esta nueva forma de educación, que legaron teorías y experiencias válidas hasta la actualidad. Este nuevo enfoque metodológico se origina con las obras de dos autores muy significativos en el campo de la creación artística: el inglés Read, con su libro *“Education through art”* (1943) y, el austríaco Lowenfeld con su obra *“Creative and growth”* (1947).

En ambos trabajos se critica la enseñanza basada en memorizar la información y repetirla posteriormente, y se anima a los alumnos a que cuestionen, busquen respuestas, encuentren la forma y el orden, y reestructuren y desarrollen nuevas conexiones. Se defiende un aprendizaje centrado en el alumno, que se desarrolla más desde las necesidades internas que por los criterios impuestos por el profesor. Aunque las obras de estos dos autores se centran más en desarrollar la imaginación para aprender a percibir el fenómeno artístico que en la comprensión compleja de los fenómenos histórico artísticos, lo cierto es que ambos abrieron una vía alternativa a la enseñanza tradicional de las artes.

La experiencia implica reflexión, intereses, valores, afectos, acciones. La experiencia artística es esencialmente axiológica, por lo que en las clases se trabaja a través del diálogo que parte de las vivencias, y se propicia la libre expresión como una manera de incentivar y acreditar la creatividad, como requisito indispensable para el disfrute de toda obra de arte. Esta sensibilización se logra a través de la apreciación artística como una manera de lograr un crecimiento espiritual.

Esta concepción de la Educación por el Arte se le debe a Herbert Read (1955), que subrayó la importancia de este tipo de educación, no para el arte en sí mismo, sino para la vida misma. A este teórico se le debe la fundamentación de esta

nueva forma de educación, para la cual propone que se realice la restitución de la capacidad de sensibilidad del hombre, la educación tiene que crear condiciones para que se desenvuelva el ser humano. La educación artística y la educación estética como la plástica, debe mantenerse, en lo posible, vinculada a la expresión poética, musical, etc. El concepto de arte para Read no está separado de las ciencias, lo que propone es la integración en una actividad orgánica. El saber más allá del aula, la vivencia, la experiencia como punto de partida del aprendizaje y la libre expresión requieren de un enfoque interdisciplinario para su plena realización.

Esto se lleva a cabo en la asignatura de Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana, tal como Dewey planteaba la necesidad de estimular la actividad y desarrollar la creatividad en los jóvenes, y conferir una mayor importancia al juego y hacerles vivir sus propias experiencias, para lo cual propone como vía al arte.

“Ser maestro es ser creador” (7) dijo Freire alguna vez. Esto lleva al pensamiento de Read, que señala que el verdadero maestro es el artista, el maestro tiene una tarea importante en el desenvolvimiento de los poderes creadores del estudiante. La voluntad de crear hay que tenerla en cuenta en los procesos educativos, pero no debe ser vista como libre ejercicio del instinto, esto no es lo importante, sino la oposición que puede encontrar el educando en el desempeño de la creación. La libertad en la educación es llegar a la unidad maestro-educando, y tener derecho a experimentar.

La educación de un alumno es la auto educación del maestro, la educación del hombre por el hombre. El maestro debe ser creador de atmósfera, debe conservar la función conductora y selectiva con los estudiantes, y mantenerse como un unificador, un mediador, entre el individuo y su ambiente. El alumno, en este sentido de relación, debe rescatar la sensibilidad y sensorialidad como elementos estructurales de la personalidad humana, específicamente en el plano de la afectividad.

Lowenfeld por su parte, al otorgarle extraordinaria dimensión al concepto de “extensión del campo de referencia” en la educación, enuncia mecanismos básicos de autorregulación que para él merecen especial importancia y establece relaciones entre la educación artística y la formación de facultades creadoras en el hombre entre ellas: la facultad sensitiva relacionada con las experiencias vividas en el mundo sensorial, la receptividad que permite asociar diversas ideas a un mismo objeto, la originalidad de la expresión individual, la abstracción con que nos sumergimos en el fondo mismo de toda experiencia, identificándonos con la sensibilidad de los detalles de la vida cotidiana, la síntesis que favorece el agrupamiento de varios objetos o partes a fin de conferirles un nuevo significado.

(8)

Indudablemente las doctrinas de Lowenfeld ayudan en las extensas perspectivas de la Educación por el Arte, en la esfera de la formación del hombre en la época moderna, y exige un gran empeño creador por parte del educador.

De todos estos teóricos podemos concluir que la emoción surgida de tales vivencias es siempre una perspectiva y posibilidad de libertad, categoría que encuentra en Paulo Freire un apasionado seguidor e inspirador. Este pedagogo brasileño formula una modalidad de acción orientada hacia la búsqueda y práctica de la libertad, concebida no como una fantástica fuerza que restablezca un orden de las cosas, sino como algo ideal y perfecto, como una posibilidad de transformar la realidad mediante la acción de los hombres, viviéndola y asumiéndola críticamente. Esta libertad sólo se traduce en forma de acción para que coadyuve a la conquista de la creatividad personal, y ofrezca la oportunidad de desbrozar el camino hacia una concientización fecunda que parte de una matriz dialógica.

Al decir del Dr. Ramón Cabrera Salort, es esta una educación que debiera decirse *mejor educación por el hombre y para el hombre*, donde el ámbito de lo visual, sonoro, oral y escrito no constituyen un fin en sí, sino fuente de perfectibilidad.

La revisión a fondo de la doctrina, los programas, la metodología de los sistemas tradicionales, que apunta hacia el despliegue de un hombre creador, con una manera diferente de percibir, codificar y decodificar la realidad, capaz de producir valores nuevos y eficientes acoplados con la transformación del individuo en una relación contextual. (9)

Al decir de algunos estudiosos, el mundo del arte es una encrucijada, se trata entonces, de adentrarse en el universo increíble del arte, aunque es una tarea demasiado complicada para resolverla de inmediato.

Algunos creen que el arte existe sólo en una abstracción, mientras otros consideran que su estructura, como sistema dinámico cobra movilidad por la riqueza de tipos, clases, variedad y géneros artísticos, cuyos contenidos obligan a interpretar dialécticamente su interacción e influencias, sin que éstas destruyan la determinación cualitativa de cada una. (10)

Han existido variadas interpretaciones con respecto al concepto del arte. Por este motivo, es necesario apoyarse en los estudios realizados por algunos especialistas de reconocido prestigio en el campo de la Estética y de la Teoría del Arte para sintetizar algunas características inherentes al arte.

En la obra de Adolfo Sánchez Vázquez se encuentran referencias a las distintas definiciones de arte formuladas desde el pasado hasta el presente, volviendo la mirada al arte como forma de reflejo y conocimiento de la realidad, como expresión imaginativa de una emoción, como placer objetivado o discurso peculiar, y también ilusión o engaño conscientes, forma de autoconciencia del hombre. (11)

Ya desde las teorías de Platón, para quien el arte no es más que una apariencia respecto de la verdadera realidad: el mundo de las ideas y, le confiere la misión de encarnar las formas perceptibles de éstas. Esta idea aparece también en Aristóteles (el arte como imitación), que atribuye al hombre la necesidad innata de imitar, no las ideas sino la realidad, las acciones y las pasiones humanas.

Por su parte Freud, en su “Introducción al psicoanálisis”, se refiere a la existencia de un camino de retorno de la fantasía hasta la realidad, y ese es el arte que, según su opinión, cumple en nuestra vida psíquica la función de proporcionar un goce que disfraza y suprime las represiones. (12)

El Dr. José Orlando Suárez Tajonera, profesor de Estética del Instituto Superior de Arte, por ejemplo, plantea que el arte es una creación humana como lo es el hombre mismo, depende del talento artístico, refiriéndose al individuo como ente social que, con su imaginación y creatividad, produce su obra artística de acuerdo con sus habilidades natas, aunque requiera de estudio y preparación teórica.

La función comunicativa del arte es la expresión de su actividad social, en la medida que actúa como un canal por el que acontece el intercambio de pensamientos, sentimientos y aspiraciones y la socialización de la vida espiritual individual.

Por esta vía, el arte llega a ser un instrumento en la educación social de los hombres, pues su efecto en el alma, la conciencia y la voluntad humana, poseen una orientación histórica-concreta condicionada clasistamente, es decir, que el arte enfrenta no sólo lo educacional emocional sino también lo ideológico y su orientación social.

## **El arte como parte de la formación integral del futuro egresado de la Educación Superior Tecnológica**

La educación integral o formación integral del futuro egresado es preocupación de todas las pedagogías, y en la sociedad cubana se lleva a su máxima expresión, por eso esta propuesta de asignaturas como la Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana y otras, que elevan el nivel cultural de los estudiantes, son vitales en el desempeño de los profesores. En este sentido, el interés de la autora es mostrar, desde la práctica educativa, las contribuciones de una propuesta de Educación por el Arte, para facilitar una mejor captación conceptual de la formación ética y afectiva de los estudiantes, donde se necesita la cooperación de todos los agentes implicados en ella.

La autora se afilia a la idea de Víctor Guédez, cuando plantea que la educación, en su significación más amplia, fundamental y universal es siempre formación, y que ésta debe ser general, humanista e integral. (13) No obstante, se insiste

en ajustar la expresión “formación integral” a los objetivos concretos de esta investigación, y se señala que el hombre debe ser considerado en su extensión antropológica, atender a su responsabilidad como sujeto y objeto de praxis histórica, subrayando el fundamento afectivo y motivacional.

Para discernir algunos elementos importantes a la hora de valorar la formación integral de los estudiantes, en este caso específico de la Cujae, hay que tener en cuenta el aspecto cultural del individuo con el cual se trata, viéndolo desde otras aristas que son necesarias para entender, que la cultura del individuo depende de sus propias experiencias, y también, como dice Dewey, de sus emociones, sentimientos, nivel de sensibilidad y capacidad para adquirir conocimientos.

La continuidad de la cultura en el paso de una civilización a otra, así como dentro de la cultura misma está condicionada, entre otras cosas, por el arte. Cada comunidad tiene su cultura, sus costumbres, sus tradiciones, y todo esto forma parte de las experiencias que acumula el hombre en sus obras de arte; es decir, que se mantienen en el legado de las obras artísticas que lograron hacer en su tiempo.

Según el diccionario de la Real Academia Española, *cultura*, del latín *cultura*, cultivo, elaboración. Resultado o efecto de cultivar los conocimientos humanos y de afinarse por medio del ejercicio de las facultades intelectuales del hombre. Dentro de esta conceptualización se esclarecen palabras claves como: *conocimientos*, *cultivo* y *facultades intelectuales*. Por lo tanto, se relacionan los términos *cultivo del intelecto* con *cultivar el conocimiento* en todas sus aristas. Se demuestra la importancia en la cultura de un individuo en las formas de *ser*, *pensar* y *actuar*.

La cultura como cultivo del intelecto se engloba en varios aspectos: arte y estética, ciencia y técnica, mitos, ética, religión, pensamiento filosófico, etc. Estos se complementan entre sí, y se aplica a los hombres a través de la instrucción, la educación y la experiencia.

José Martí, (14) dentro de su vasta obra, expone un concepto formal de cultura, aunque la esclarece con otros términos relacionados entre sí: “Ser cultos es el único modo de ser libres”. Libres en el sentido más amplio de la palabra. Durante toda su obra muestra ese proyecto latente en él.

En el ensayo “Nuestra América”, se encuentran frases como “trincheras de ideas valen más que trincheras de piedras”, en la que se hace visible la importancia que le concede al pensamiento como escudo protector ante cualquier agresión, e igualmente: “No hay proa que taje una nube de ideas”, que enuncia que la educación del hombre es un arma fundamental para su desarrollo en todos los aspectos (físico, intelectual, moral). Al defender la identidad del cubano se defiende la cultura en su concepto más amplio.

## ¿Qué enseñar y cómo enseñar sobre los fenómenos histórico-artísticos para estudiantes de ingeniería y arquitectura?

Esta es una problemática en general de los profesores de apreciación artística, qué enseñar sobre los fenómenos histórico-artísticos, es decir, en torno a los contenidos de esta enseñanza. El objetivo es describir, analizar e interpretar los conocimientos que se han generado en el contexto educativo alrededor de la enseñanza de los fenómenos artísticos, es decir, qué contenidos se enseñan y desde qué puntos de vista, con la finalidad de proponer una alternativa didáctica compleja constructivista y crítica del conocimiento deseable.

La apreciación artística, no sólo es un claro exponente de la creatividad susceptible de ser disfrutada por sí misma, sino que también es la expresión de una circunstancia histórica y de la manifestación de los sentimientos, problemas y proyectos de una determinada comunidad. Es decir, es el exponente perceptivo y visible del pasado y también del presente. Las metas que se plantean, en tanto objetivos de esta investigación, pretenden acercarse con una propuesta educativa más novedosa, al abordar conceptos y principios del arte junto a otros ámbitos de la cultura visual actual.

Aunque se coincide con Cuevas (1990) (15) en la dificultad que se plantea cuando se intenta concretar en los proyectos curriculares, tratando de abarcar toda la creación artística, al mismo tiempo la interdisciplinariedad lleva consigo, desde el punto de vista de la práctica docente, grandes esfuerzos para establecer interrelaciones entre las disciplinas artísticas impartidas en la Dirección de Extensión Universitaria de la CUJAE.

Partiendo de una concepción histórico-sociológica de las manifestaciones artísticas, se sostiene que la formación del alumno no debe atender sólo a aspectos formales, sino también a los rasgos y problemas culturales, sociales, políticos y religiosos de un determinado momento, lugar y sociedad. Por tanto, desde los conceptos específicos señalados, se propone el análisis de dichas manifestaciones artísticas.

Es importante dotar a los alumnos de “herramientas de trabajo” (conocimiento de las técnicas y términos artísticos) que les permitan reconocer aspectos materiales de la obra de arte, como también ayudarlos a “descubrir” el lenguaje interno de la propia obra, mediante propuestas concretas de investigación y procedimientos de análisis rigurosos. Hay que subrayar, obviamente que éstos, sin embargo, son sólo estudiantes de tecnología que se “asoman” a la apreciación artística. No son estudiantes universitarios de arte, ni serán especialistas en arte.

La estrategia metodológica basada en la investigación de tipo inductivo permite, según los autores citados, llegar a lo desconocido, y es más compleja y

difícil que las metodologías transmisivas, pues introduce al alumno en un proceso comprometido y participativo con resultados no predecibles. La educación es algo más que la adquisición de conceptos, pues las destrezas y actitudes forman también parte del contenido educativo. Esta metodología investigativa conlleva localizar recursos y fuentes que puedan dar respuesta a los problemas planteados, analizar la información que la documentación contiene, presentar hechos y opiniones sobre los artistas y los contextos que rodean la creación de una obra de arte, desarrollar procedimientos para pensar de forma crítica, y justificar las interpretaciones. Así mismo, todo esto conlleva la formulación de actividades complementarias, como conferencias de expertos, información sobre temas artísticos, debates, visitas de artistas, proyectos de trabajo y búsqueda de información sobre la cultura en que fue creado el objeto artístico.

Luego, partir de problemas y trabajar con ellos es el punto clave en esta metodología y, su rasgo más característico. Es tomar como punto de partida cuestiones y problemas que puedan ser asumidos por el alumno como tales, es decir, que motiven y estimulen su curiosidad y desencadenen un proceso en la construcción de nuevos conocimientos. No se trata de problemas “científicos” en el sentido en que se formulan otros trabajos. Plantear problemas significa, en este caso, generar una situación novedosa, incluso que contraste con lo que al alumno le resulta familiar.

Se pueden plantear algunos ejemplos:

Proyección de un video o documental que ambiente y plantee perspectivas polémicas sobre la obra de arte, el artista o el estilo histórico artístico en cuestión. El trabajo con documentos relativos al contexto histórico en que la obra fue creada: textos literarios que iluminan la interpretación iconográfica e iconológica del fenómeno, interpretaciones históricas artísticas, eruditas y contradictorias en las que se manifiestan opiniones divergentes y situaciones enigmáticas, visitas a museos o a monumentos históricos artísticos concretos, etc.

Se trata, en definitiva, de diseñar actividades en las que la interacción entre el profesor, los materiales y los alumnos generen las situaciones adecuadas para abordar con éxito los objetivos propuestos, sin agotarse en la exposición tradicional de diapositivas.

Siempre es conveniente, que en las primeras unidades sea el profesor el que plantee las posibles cuestiones y problemáticas de estudio, e intente, mediante algunos de los recursos citados, interesar realmente a los estudiantes en tales cuestiones para que, a partir de aquí y de manera progresiva, sean éstos los que pasen a proponer los problemas de investigación.

Tener en cuenta las ideas de los estudiantes de tecnología, y ponerlas en juego a lo largo del proceso, desde una concepción constructivista del aprendizaje, tiene un papel fundamental en la construcción del conocimiento histórico-

artístico. Por ello, es importante que el profesor sepa y esté consciente de esas concepciones, y que promueva que el alumno las explique, para construir, de forma progresiva, conceptos más complejos (capacidad por demás, que define a este estudiante en tanto pensamiento en lo abstracto y matemático).

Se hace necesario entonces, poner en juego los intereses de los estudiantes, porque esto es un instrumento útil en la investigación del profesor y en su acción didáctica, en los contenidos, y en el trabajo en clases. Esto supone la realización de actividades diversas, que se orienten hacia la búsqueda de respuestas a las cuestiones que se investigan en el trabajo individual y en pequeños grupos. Estas actividades deben girar en torno al desarrollo de las estrategias cognitivas indispensables para el aprendizaje de la realidad histórico-artística en cuestión.

Por otro lado, establecer conclusiones es, en realidad, organizar las informaciones obtenidas en torno a los problemas investigados. Desde la concepción constructivista del aprendizaje, establecer conclusiones hace referencia a un amplio proceso de investigación, a lo largo del cual, se han establecido conclusiones parciales, sobre todo, si se tiene en cuenta que los problemas planteados al comienzo del proceso investigativo (en los inicios de una unidad didáctica, por ejemplo), deben haber ido evolucionando y complejizándose en la dinámica de enseñanza, adquiriendo niveles más elevados de formulación, de forma paralela a la progresión de los contenidos manejados.

Al finalizar el curso, el estudiante o grupo de estudiantes, debe elaborar un breve informe en el cual refleje el planteamiento, el desarrollo y las conclusiones de su investigación. La presentación de estos informes puede realizarse de diversas maneras: escrito, oral, a manera de guión, mediante pancartas, murales, videos, etc. El profesor debe sugerir los contenidos de dicho informe y debe orientar la forma de hacerlo. Los intercambios de lo aprendido tienen la ventaja de favorecer la construcción grupal de los conocimientos de los estudiantes, y enriquece el aprendizaje del conjunto de la clase en un debate general. Siempre es bueno, además, que cada estudiante realice su informe individual, pues potencia las capacidades antes citadas y es útil para la evaluación.

La puesta en práctica, por más de seis cursos, de esta propuesta metodológica, ha resultado provechosa en la apreciación Artística para estudiantes de ingeniería y arquitectura de la CUJAE. Ciertamente, no es una alternativa que pretenda resolver todos los problemas de la enseñanza y aprendizaje de la apreciación Artística; sino que, sólo intenta sistematizar y exponer algunas problemáticas y soluciones sobre el tema, organizando un conocimiento profesional deseable, para a su vez, promover y enriquecer la sensibilidad desde el aprendizaje de los fenómenos histórico-artísticos en espacios como éste.

Para enseñar arte en la Cujae, se requiere del empleo de métodos participativos, que prioricen el rol del estudiante en la dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje. Para esto es necesario que el profesor encauce

la dirección de dicho proceso hacia el establecimiento de condiciones y coordinaciones necesarias para obtener resultados, tales como el desarrollo cultural del estudiante, la articulación de su especialidad con el arte y la cultura universal, además del enriquecimiento de su profesión, al hacerlos profesionales más orgánicos. La enseñanza del arte en nuestro centro, demanda pues, de un conductor o profesor con un conocimiento coherente y actualizado; tanto como del análisis de los procesos psíquicos que participan en la creación.

Esto posibilita explotar óptimamente las potencialidades y expectativas del estudiante, las que devienen capacidades para apreciar el arte vinculado a su vida profesional y personal.

Sabemos que, como afirma la Msc. María del Carmen Mena, “El acto de creación es una capacidad inherente a la personalidad de cada artista y no puede ser extrapolada, pero la persona responsable de estimular y desarrollar en otros el proceso creativo, deberá apropiarse de una serie de conocimientos, vivencias y estrategias que le posibiliten coordinar cada una de las actividades, para estimular, en un clima de seguridad y confianza, los resortes creativos de cada individuo y del grupo en cuestión. (16)

Seleccionamos el *Taller* como forma de organización del trabajo docente, en la asignatura *Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana*, reconociendo sus posibilidades como método de trabajo grupal, que propicia la participación activa de todos los integrantes del grupo, en un marco de respeto hacia la creatividad y comunicación interpersonal; cuando, también según María del Carmen Mena, “El clima creado favorece la imaginación, creatividad y comunicación de los participantes, la capacidad de asombro y juego, el aprendizaje temático y la vivencia personal en la experiencia del trabajo creativo”. (17)

En la asignatura *Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana*, se propone profundizar en esas capacidades apreciativas, críticas y productivas, lo que guarda un estrecho vínculo con los preceptos esenciales de las teorías expuestas por la Educación por el Arte, con el contenido y concepción de su programa, métodos de enseñanza y aprendizaje. Como se expone en esta investigación, el trabajo de los talleres se apoya en el cotejo de diferentes técnicas participativas, juegos creativos y de comunicación.

Las experiencias, de lo individual a lo grupal, se alcanzan en la medida en que cada estudiante sea capaz de moverse, expresarse y crear a partir de las propuestas del profesor coordinador, e incluso, de la observación y sugerencias del resto de los integrantes del grupo. Hay que referirse al grupo como factor importante, donde se combina la teoría y la práctica como método necesario en el proceso de enseñanza- aprendizaje. En cada tarea realizada por los estudiantes va a estar presente, en primer lugar, la individualidad de cada uno. Hay que recordar las diferentes interpretaciones o polisemia del arte pues, según Umberto Eco, “el significado de una obra artística se la pone el espectador.” (18)

En otro sentido, también el enfoque histórico-cultural de Vigotsky es fundamental en esta experiencia de trabajo, y la vivencia estética de la forma artística, con su singular fuerza psicológica. El espectador le confiere un sentido a la obra, une lo afectivo y lo cognitivo y esa vivencia da lugar a imágenes de la fantasía. Se une la interpretación de la obra con las vivencias de cada cual, la lectura social personal, así como lo cultural en el contexto histórico-social. Esto se aplica en las clases, de las cuales se ponen ejemplos concretos en que se une lo afectivo con lo cognitivo; es decir, la vivencia estética que conlleva a un proceso de reconstrucción en el espectador, quien le confiere sentido, da lugar a un pensamiento emocional.

Se vuelve necesario valorar algunos conceptos, de los que habla John Dewey en su obra “Arte y Civilización”, donde se insiste en la importancia de la experiencia del hombre en las cualidades del arte; es decir, que el arte está impregnado de la experiencia que acumula el hombre en el devenir histórico de las civilizaciones. Todo arte es un medio de transmisión de ideas, sentimientos, emociones, etc. Según él, “el arte es un modo más universal de lenguaje que el habla”. (19)

Por ejemplo, algunos de los temas están ya planteados en la Introducción de la asignatura, donde se ofrece la caracterización de la misma, el concepto y la clasificación de las artes plásticas; así como el concepto de arte y de cultura. El tema introductorio es motivador, y trata de sensibilizar a los estudiantes desde el primer día de clases, aspirando a que sean ellos mismos los que creen los conceptos por medio de cuestionarios (preguntas y respuestas), y trabajen en producciones en el taller, desplegando siempre su imaginación y creatividad.

Otra idea central de Dewey está relacionada con las implicaciones de las experiencias: reflexión, valores, intereses, afectos y acciones; es decir, las experiencias y reflexiones sobre sus vidas, las de otros hombres, su historia, sus costumbres, sus tradiciones y valores tienen singular importancia en el desenvolvimiento de sus vidas futuras, y se agrega la implicación de la comunicación, pues mediante ella se enriquecen, amplían y profundizan sus experiencias al intercambiar con otros jóvenes de su edad y personas del medio.

Por ejemplo, el tema de la vanguardia plástica del siglo XX. Se propone a los estudiantes observar dos obras de asunto similar, realizadas por dos artistas que han vivido y trabajado en la misma sociedad y época, *Guajiros* de Eduardo Abela (1891-1965) y *Campesinos felices* de Carlos Enríquez (1900-1957), ambas pintadas en 1938. Atendiendo a que muchas veces la experiencia se enriquece y se potencia con nuevos conocimientos y vivencias, se explica a los estudiantes que la temática campesina fue un tema común para la pintura de vanguardia en las primeras décadas del siglo XX en Cuba, formando parte del movimiento político-cultural de repudio a la situación económico-social, de burla, fraude y desengaño existente en la falsa República. Los pintores retoman los asuntos

nacionales como temas para sus cuadros, sumándose así a las inquietudes que en el campo sociocultural se desarrollaban. En la metodología de la apreciación que se adopta, se presentan las dos obras al mismo tiempo, para que el estudiante exprese sus valoraciones sobre ambas; considerando la temática empleada por esos artistas, determinando sus semejanzas y diferencias.

Las formas de entender la vida del campesino, por estos artistas, posibilitan al estudiante comprender que los pintores suelen tener diversas experiencias, actitudes y motivaciones para realizar sus producciones, y ello influye en el enriquecimiento de las experiencias de los estudiantes.

Educar por el arte: apunta María del Carmen Mena, tiene como función primordial favorecer el desarrollo de las capacidades humanas de crecer, elaborar o producir algo nuevo a partir de una realidad preexistente, se promueve el desarrollo de la sensibilidad, la capacidad de expresar, investigar, experimentar y transformar, de pertenecer y compartir, de colaborar y respetar a los otros. Es una educación a través de la expresión y el goce. (20)

Del ambiente que pueda crear el maestro desde la primera clase, dependerá en gran medida el logro del respeto y la convivencia en clase. Si el estudiante se siente valorado positivamente y aceptado por su colectivo, ello facilitará su manifestación de forma activa y dinámica en todas las tareas a resolver, en los procesos de trabajo del grupo. Todos tendrán las mismas oportunidades para crear y guiar una creación del grupo, para lo que se necesita trabajar en los diferentes momentos de la comunicación en el ámbito personal y grupal en las clases.

En las clases se combinan diferentes métodos del proceso de enseñanza-aprendizaje, enfatizando en lo participativo, dialógico e interactivo. Desde el primer encuentro se dan a conocer sus intereses artísticos y se desarrollan técnicas para conocer al grupo y así se produce una mayor confianza entre los estudiantes y el profesor. Esto permite “romper el hielo” de ese primer encuentro entre estudiantes y profesor. El método de trabajo independiente o por equipos da muy buen resultado, pues entre todos buscan elementos que son comunes entre el material artístico de los diferentes períodos. El método problémico posibilita a los estudiantes, y al grupo en general, acercarse al proceso de creación, a partir de situaciones que estimulen su pensar, actuar y sentir.

Se han de tener en cuenta los elementos pedagógicos propuestos como modelos por los educadores por el arte. Elementos “modelos” que se describen, y que están instrumentados en las clases de Apreciación Artística:

1. El papel del maestro como creador, orientador, estimulador, canalizador y facilitador de los procesos creativos y de aprendizaje de sus estudiantes.
2. La organización de la clase dentro de una atmósfera que propicie un clima de libertad, confianza y comunicación entre los estudiantes y el maestro. La realización de las diferentes tareas y actividades con flexibilidad y apertura creativa.
3. La combinación de la teoría y la práctica desde el hacer, el sentir y la reflexión de los procesos personales y del grupo.
4. El manejo del grupo y su interacción en el aprendizaje individual y colectivo.
5. Combinación de diferentes métodos, juegos y estímulos para provocar un mayor conocimiento del estudiante, de sus referentes internos y ampliar sus motivaciones, la imaginación y sensibilidad en función del desarrollo expresivo del estudiante.

Es importante que en la Universidad tecnológica se lleve la Educación a través del arte a todas las especialidades de ciencias técnicas, por la importancia que reviste la cultura integral y enriquecida de un hombre, acerca de todos los fenómenos de la vida. Esta experiencia, por otra parte, ha tenido muy buena acogida por parte de los estudiantes.

Esta investigación, en fin, trata de abordar algunos de los métodos de enseñanza-aprendizaje, que la autora estima más útiles, para el trabajo de docencia artística, con estudiantes que no son de la especialidad de Arte. En él pueden expresarse dentro del grupo y creando un clima de confianza, y de distensión dentro del currículo de otras asignaturas, que son eminentemente tecno-científicas. Estas clases de Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana facilitan al estudiante ponerse en contacto con la realidad sociocultural, aunque desde sus experiencias y vivencias personales.

## Conclusiones

La experiencia de esta asignatura, Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana para estudiantes universitarios de tecnología, se fundamenta en la Educación por el Arte a partir de la esencialidad de postulados establecidos por teóricos como John Dewey, Víctor Lowenfeld y otros profesores, como la Profesora Rosa Ma. Ávila, el Dr. Ramón Cabrera, la Msc. María del Carmen Mena, etc.

Esta asignatura está concebida como un espacio para desarrollar capacidades reflexivas, apreciativas, comunicativas y creativas de estudiantes de la Cujae; permitiéndoles sensibilizarse con el arte como vía para su formación general e

integral. Así como, obviamente, se convierte en el centro de interés metodológico y pedagógico de esta propuesta de investigación.

Una de las prácticas y exploraciones más arriesgadas, pero también más ricas en este empeño investigativo, ha sido el trabajo concreto con el grupo de estudiantes referido. Esta praxis superó mucho las expectativas, en tanto reveló un desbordamiento de la imaginación y el pensamiento creativos al enfrentar al estudiante a problemáticas lúdicas, tareas o juegos de roles. En este tipo de actividad se constataron mucho de los presupuestos y orientaciones de la Educación por el Arte; cuando resultó un segmento altamente aportativo y esclarecedor de constataciones, nuevos indicadores, iluminación de problemáticas y, en fin, reorientador del propio devenir de este estudio.

La asignatura en cuestión, adecua el complejo universo del arte (incluido su no menos complejo territorio teórico) a la tradición, idiosincrasia cultural y esperanzas profesionales de un estudiante común y prejuiciadamente distanciado del arte. En esta tensión vino a jugar un papel esencial el profesor. La experiencia pedagógica, artístico-estética y, en general, experiencia de vida se readecua y amplía en el diálogo (problémico y polémico muchas veces) con este estudiante; favoreciendo una práctica con intenciones investigativas verdaderamente significativa.

## Citas

1. DEWEY, J. *Arte y Civilización*. Textos recopilados por el Dr. Ramón Cabrera en la maestría. ISA, 2002.
2. FREIRE, P. *La Educación como práctica de la libertad*. S. XXI. Editores: A, Traducción de Lilian Ronzoni, 1982.
3. LUZURIAGA, L. *Diccionario de Pedagogía*. Publicacion, Buenos Aires: Lozada, 1960, p.8.
4. GARDNER, H. *Educación Artística y desarrollo humano*. Editorial Paidós. Ibérica S. A, 1994.
5. ÁVILA, MA. ROSA. *Historia del Arte, enseñanza y profesores*. Diada. Editorial, S.L, 2001.
6. LOWENFELD, V. El desarrollo de la capacidad creadora. Irene Wojnar. *Estética y Pedagogía*. Buenos Aires: Kapeluz, Buenos Aires, 1961, p.128.
7. FREIRE, P. *La Educación como práctica de la libertad*. S. XXI. Editores: A, Traducción de Lilian Ronzoni, 1982.
8. LOWENFELD, V. El desarrollo de la capacidad creadora. Irene Wojnar. *Estética y Pedagogía*. Buenos Aires: Kapeluz, 1961, p. 128.
9. CABRERA, R. Selección de lecturas. *Teoría y teóricos de la Educación por el Arte*. La Habana: Editorial Pueblo y educación, 2000.
10. idem
11. SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. *Hacia un concepto abierto de arte*. La Habana: Editorial arte y literatura, 1975.
12. FREUD, S. *Introducción al psicoanálisis*. Santiago de Chile: Editorial Arciela, 1937.
13. GUÉDEZ, V. *Educación y proyecto histórico pedagógico*. Caracas: Editorial Kapeluz, 1987, p.191.
14. MARTÍ, J. *Obras Completas*. La Habana: Editorial de ciencias sociales, 1975, tomo 8, p. 321.
15. CUEVAS, M. V. La Historia del Arte en el DCB. En Rozada, J. M. *El diseño curricular en base de Geografía, Historia y Ciencias Sociales. Análisis crítico ICE*. Universidad de Zaragoza, p.73-91, 1990.
16. MENA MA. DEL C. “La integración del grupo y la creatividad en la danza: el cuerpo, la palabra y el movimiento”. *Tesis*. La Habana: ISA, 2000.
17. idem
18. ECO, U. *La definición del Arte (la definizionedell"arte)*. Milán: Martínez Roca, 1975.
19. DEWEY, J. *Arte y Civilización*. Textos recopilados por el Dr. Ramón Cabrera en la maestría. ISA, 2002.
20. MENA MA. DEL C. La integración del grupo y la creatividad en la danza: el cuerpo, la palabra y el movimiento”. *Tesis*. La Habana: ISA, 2000.

## Referencias Bibliográficas

- ALVAREZ DE ZAYAS, C. M. *Pedagogía como ciencia o Epistemología de la Educación*. La Habana, 2da edición, 2002.
- ARNHEIM, R. *Consideraciones sobre la Educación Artística*. Prólogo de Elliot Eisner Editorial Paidós, Estética, 1993.
- ÁVILA, R. Ma. *Historia del arte, enseñanza y profesores*. España, Diada: Editorial, S. L., 2001.
- BARBOSA, A. M. *La Educación artística en un museo de arte contemporáneo*. París: Museum UNESCO. Vol. XLI., No.1., 1989.
- CABRERA SALORT, R. *Indagaciones acerca de arte y educación*. Impresión ligera. Monterrey, 1998. *Apreciación de las artes visuales*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2000.
- CUEVAS, M. V. La Historia del arte en D.G.B. En Rozada, J. M. *El diseño curricular base de Geografía, Historia y Ciencias Sociales. Análisis Crítico*. ICE Univ. Zaragoza, 1990, p.73.
- DEWEY, J. *El arte como experiencia*. Prólogo y versión española de Samuel Ramos, México: FCE, 1949.
- Arte y Civilización. En *Selección de lecturas Curso de teoría y teóricos*. ISA, 2002.
- ECO, U. *¿Cómo se hace una tesis? Técnica y procedimiento de investigación, estudio y escritura*. España: Gedisa, 1982.
- FREIRE, P. *La Educación como práctica de la libertad*. México: S. XXI Editores. A., Traducción de Lilian Ronzoni, 1982.
- Pedagogía del oprimido*. México: S. XXI Editores, 1986.
- GARDNER, H. *Educación artística y desarrollo humano*. España: Editorial Paidós Ibérica. SA, 1994.
- GARDNER, H. *Educación artística y desarrollo humano*. España: Editorial Paidós Ibérica. SA, 1994.
- GUÉDEZ, V. *Educación y proyecto histórico-pedagógico*. Caracas: Editorial Kapeluz, 1987.
- LOWENFELD, V. *Desarrollo de la capacidad creadora*. Buenos Aires: Kapeluz, 1961.
- MARTÍ, J. *Obras Completas*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1975, tomo 8, tomo 13.
- MENA, MA. DEL C. *Tesis de Maestría*. La Habana: ISA, 2003.
- PANTIGOSO, M. *Educación por el arte. Hacia una pedagogía de la expresión*. Perú: Instituto Nacional de Cultura, 1994.
- READ, H. *Educación por el arte*. Buenos Aires: Paidós, 1969.
- SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. *Hacia un concepto abierto de arte*. La Habana: Editorial arte y literatura, 1975.
- VIGOTSKY L., S. *Imaginación creación infantil*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987.

## MEMORÁNDUM DE PRIMER AÑO DE GESTIÓN 2016

**Equipo de Dirección:**  
**Directora: Débora Gribov Novogrebelsky**

**Asistentes Académicos:**  
**Gastón Duffour**  
**Felipe Matontte**  
**Andrés Techera**

**E**l Programa APEX-Cerro, desde su origen, construye su identidad a partir del vínculo estrecho Universidad-Territorio-Comunidad. La inter-relación de estas dimensiones, ha estado siempre entramado en lo medular de su hacer. Así, ha ido escribiendo una intensa narrativa, con los aportes de las diferentes experiencias desplegadas por los distintos sujetos colectivos que se han vinculado con el Programa.

Como Institución Universitaria, su proyecto deviene por diferentes etapas, estrechamente relacionadas a los momentos históricos transitados y que dejan la impronta que va contribuyendo a su consolidación.

El 1 de julio de 2014, a partir de la aprobación, por parte del Consejo Directivo Central de su nueva Ordenanza, podemos ubicar el inicio de la actual etapa. De esta nueva reglamentación, resulta oportuno recordar, de su Capítulo 1, art.1 lo siguiente,

**Naturaleza y Ámbito de Actuación:**

Es un Programa Interdisciplinario Integral de proyección social y comunitaria de la Universidad de la República (UdelaR), que procura la concurrencia conjunta integrada y coordinada de los Servicios Universitarios al espacio comunitario, asociado indisolublemente la enseñanza, la asistencia, la investigación y la extensión. Su área de proyección es todo el Municipio A” (UdelaR, 2014:1).

A partir de esta aprobación se sucede la indispensable elección de los representantes de los órdenes a los diferentes organismos de co-gobierno del Programa y, finalizando el proceso, la elección de la primera dirección titular, llevada a cabo por el Plenario del Programa el 19 de octubre de 2015, y ratificada por el Consejo Directivo Central el 27 de octubre del mismo año. En este sentido,

y por considerar que un objetivo capital de la gestión es facilitar, promocionar y asegurar la participación de todos los órdenes en el co-gobierno, se inicia un proceso de mayor acercamiento a la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU), de este modo se consolida la participación de los estudiantes en el co-gobierno del Programa APEX-Cerro. Por otra parte, se evalúa la realización de diferentes actividades co-organizadas, de las cuales la primera se realiza en el mes de setiembre, denominada: ¿Qué extensión para qué País?

Luego de la elección de las autoridades del Programa, continúa un año de intensa actividad, difícil por el desafío que implica transitar por un proceso de debate interno extremadamente dinámico, donde se puso a dialogar el acumulado histórico con las necesidades y exigencias de la coyuntura actual, lo que le demandó a la Institución un proceso de deconstrucción-construcción hacia una nueva estructura, que no sólo representa la realidad hacia el adentro Institucional sino que instala y proyecta al Programa en un nuevo relacionamiento extrainstitucional, abarcando además de los vínculos interinstitucionales, los vínculos con el territorio y la comunidad.

Como registro del diálogo entre la comunidad y APEX se realiza, por parte de un conjunto de jóvenes, un graffiti en el edificio de la “Veterinaria”, con el motivo del día del Patrimonio de 2016: “Defensa de la Educación Pública en el marco de la defensa de los Derechos Humanos”.

Este proceso no está para nada acabado, podríamos decir que, finalizando el 2016, se sintetiza en el reciente acuerdo entre el Municipio A y el Programa APEX-Cerro que, entre otras cosas, requiere la creación de una Comisión Mixta integrada por representantes de ambas Instituciones, responsable de identificar y delimitar áreas prioritarias en que sería factible la realización de proyectos específicos de cooperación cultural, científica y técnica. Este convenio permite avanzar en los trámites que conduzcan a resolver en forma definitiva, la situación del predio donde se ubica el Programa.

Desde el inicio de esta etapa, la Dirección planteó su opinión sobre el lugar estratégico que tiene el Programa APEX en el contexto universitario, en un proyecto de País. Amparados en el movimiento latinoamericano, sostenido en los principios del Movimiento de Córdoba, el Programa madura su proyecto universitario desde premisas ineludibles: el cumplimiento de las funciones universitarias en perspectiva interdisciplinaria e interinstitucional, en el marco de una ética responsable y atenta al pleno ejercicio de los Derechos Humanos.

Cumpliendo con tareas específicas, planteadas en un plan de trabajo cuyo objetivo inicial fue poner a dialogar al APEX con todos los Servicios Universitarios, resolvimos, en los dos últimos meses del año 2015, hacer un recorrido por toda la Universidad, tomando la iniciativa de presentar la oportunidad del APEX como espacio privilegiado de extensión universitaria. La respuesta inmediata a esta acción concreta, se visualizó en todos los Servicios que, de diferentes maneras

y características, fueron generando un nuevo acercamiento con el Programa, diversificando el perfil de los estudiantes y su nivel de avance en la carrera.

Un dato objetivo de esta nueva realidad se traduce en un aumento significativo del número de estudiantes que han transitado curricularmente en este último año (2015, alrededor de 500 estudiantes, 2016, aproximadamente 1700 estudiantes), vinculados con el APEX en sus diversas propuestas.

En el año 2016, y de acuerdo con el objetivo principal de aumentar y consolidar el número de estudiantes que transitan por el APEX, se plantea de acuerdo al plan de trabajo inicial, la necesidad de comenzar un proceso de re-dimensión de la estructura docente y de los funcionarios administrativos, en acuerdo con el desarrollo de líneas estratégicas que responden a la nueva categorización del Programa. Entendemos que inauguramos un proceso donde se avanza en una mayor complejidad que se despliega e integra, en este momento, en dos de las macro-Áreas de desarrollo de la Universidad: Salud y Social-Artística.

Desde la integración a estas dos Áreas, donde el Programa se inserta con representación activa a las mesas y comisiones de transversalidad respectivas, se inicia una ruptura con la anterior estructura y se esbozan núcleos de trabajo, con características de proyectos que transversalizan e integren a los equipos, entendiendo la complejidad de los problemas desde una perspectiva dinámica, compleja e interdisciplinaria.

Destacamos de nuestra participación activa en la Mesa de Salud, el logro para el APEX, a nivel presupuestal, de fondos del Área que van a permitir financiar la creación del cargo docente, Prof. Adjunto (G<sup>o</sup>3) efectivo, de coordinación para la Especialización de Intervenciones Comunitarias en Salud que permite, entre otros factores, iniciar sus cursos en el año 2017. De este modo se concreta un logro académico, profundamente anhelado por el colectivo del APEX, de constituirse como formador de estudiantes de posgrado.

Colaboró en este sentido, como factor estimulante y pro-activo, la realización de una serie de encuentros con los Pro-Rectores, donde se generaron condiciones de trabajo, de análisis de propuestas concretas, para el desarrollo académico del APEX.

El Programa participó, activamente, en la creación de un grupo de trabajo interdisciplinario del Área de Salud para la creación de pasantías en Salud en el Primer Nivel de Atención.

Este nuevo posicionamiento del Programa exige una estructura docente más sólida y que habilite un proyecto de carrera docente donde los intereses personales y académicos dialoguen con los institucionales.

Para el logro de este nuevo dibujo del organigrama docente, se inaugura lo que dimos en llamar, proceso de redimensionamiento del Programa, que exige un permanente intercambio entre todos los involucrados, lo que permite avanzar en consensos superadores, hacia el objetivo planteado.

Recordamos, como se planteó al principio de la gestión, la elección de una metodología con perspectiva sistémica en el trabajo colectivo-institucional, que tiene, en forma sintética, las siguientes características:

- Visión sistémica de los problemas, es decir, trabajar desde la visión de complejidad.

- Participación, entendida como un proceso de reflexión colectiva que habilita los consensos y aumenta el compromiso además de estimular la creatividad.

- Continuidad y flexibilidad.

Estos espacios dialógicos permiten lograr la concreción de la firma, por primera vez, del acuerdo bipartito APEX-AFFUR, que inaugura espacios constructivos de trabajo. Retomando lo que consideramos la construcción de un marco de legalidad que fortalezca, pero sobre todo permita, una proyección estratégica académica sustentable, en este sentido, realizamos una revisión crítica de todos los vínculos inter- institucionales. Con esta orientación es que se firma el mencionado convenio entre el Municipio A y el Programa y, en la misma dirección, y con los acuerdos de las partes involucradas, se están tramitando convenios de cooperación, investigación y formación con: MIDES en coordinación con sus Oficinas territoriales y el Programa Uruguay Trabaja, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

Una dimensión sustantiva, en el proceso de regularización interna y externa del Programa, consistió en explicitar y organizar en forma de reglamentos y/o procedimientos aspectos del funcionamiento que hacen a su cotidianeidad, por ejemplo: creación de un reglamento que pautó la elección y participación de la comunidad en los organismos de co-gobierno; reglamentos de comisiones del APEX; actualización de las normas que rigen el uso de los vehículos, lo que definió el ingreso al Sistema de Control Vehicular (SISCONVE); consolidación del grupo de usuarios del gimnasio, promoviendo en forma especial su uso responsable y comprometido, lo que implica trabajar cooperativamente en el cuidado y búsqueda de recursos que exige su mantenimiento.

En el proyecto de trabajo de la Dirección se explicita como objetivo principal re-posicionar al Programa APEX-Cerro como Programa Central de la Universidad, que por su acumulado histórico permite distinguirlo hoy, como espacio privilegiado de formación e investigación universitaria en estrecha relación con las problemáticas de la sociedad, en total consonancia con el art. 2 de la Ley Orgánica de la Universidad de la República, para esto es necesario realizar varias acciones, entre ellas, la necesidad de retomar el diálogo con todo el demos universitario, como lo mencionamos con anterioridad, lo que definió las visitas realizadas, en los dos últimos meses del 2015, a todos los Servicios universitarios.

Además de lo ya mencionado, destacamos la participación en diferentes acontecimientos, redes territoriales, comisiones de trabajo que consideramos estratégicos para los objetivos propuestos:

- Mesa interinstitucional de la zona Oeste.
- Comisión Nacional por una ley de Salud Mental.
- Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria de la UdelaR.
- Tocó Venir 2016 (por primera vez).
- Expo Educa 2016 (por primera vez).
- Participación de la 2° Feria Educativa Casabó.
- Participación en el seminario de Diversidad Sexual del Municipio A.
- Integración del grupo de trabajo de la UdelaR para integrar el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP).
- Participación en Jornada de gestión Universitaria.
- Participación en Jornada de reflexión sobre Educación Superior.
- Participación en la red de Unidades de Apoyo a la Enseñanza.
- Profundización y apoyo de la CSIC al desarrollo de la investigación en el Programa.
- Estimular e incentivar la presentación de cursos en Educación Permanente.

En el sentido de fortalecer la oferta académica, se aprobaron todos los cursos por el Consejo Directivo Académico, con este objetivo, se continúa trabajando hacia la creación de un espacio, aún no resuelto, que tenga funciones asimiladas a una Unidad de Enseñanza apoyada en un departamento administrativo especializado que actúe en forma de Bedelía o Secretaría Administrativa de Enseñanza.

En noviembre organizamos, junto con el Centro Hospitalario del Norte, “Gustavo Saint Bois”, un Seminario sobre: “Habilitación y Rehabilitación Integral desde una perspectiva interdisciplinaria y de derechos humanos”. Este evento reunió a diferentes actores involucrados con estas temáticas: Decano Facultad de Medicina, Decana de Facultad de Psicología, autoridades del Ministerio de Salud (M.S), Alcalde Municipio A, destacados docentes referentes en el tema, comunidad involucrada que en intensos intercambios debatieron sobre formación de recursos humanos, interdisciplina, docencia universitaria, discapacidad e inclusión social, Sistema Nacional Integrado de Salud.

Finalizamos el año (2016) de intensa actividad, convencidos que hemos avanzado en una propuesta de redimensionamiento que, pretendemos ubique al APEX como referente universitario de la interdisciplinariedad y de la interinstitucionalidad en defensa de los Derechos Humanos. El próximo año nos espera desafiante, para seguir avanzando en nuestros objetivos estratégicos

consolidando una estructura que nos permita desarrollar nuestra propuesta académica, en palabras del Dr. Pablo Carlevaro:

Se trata de incorporar, injertar e integrar la extensión universitaria como una parte si fuera posible indiferenciable en el proceso educativo del estudiante... Es decir, incorporar la extensión a la actividad o el quehacer curricular normal de estudiantes y docentes.

En la medida que se trabaja educativamente en el medio social se establece una comunicación en ambos sentidos que, a la vez que enriquece al grupo de estudiantes y docentes que participan, promueve acciones en el medio que tienen significado y aportan beneficio real para el sector de la comunidad sobre la cual se ejercen.

Seminario de Extensión Universitaria. Mayo de 1972. (s/d)

## **NORMAS DE PUBLICACIÓN REVISTA CIENTÍFICA “IT”: APEX CERRO**

**Laura Arispe**

**Nicolás Brum**

**Revisión: Víctor Barranco**

**E**n la Revista Científica del Programa APEX-CERRO se publicarán con prioridad los artículos de notable interés científico, que sean resultado de investigaciones sobre cualquier área de las profesiones universitarias nacional y extranjeras, relacionadas con la sociedad y la salud, y para los profesionales integrados al Programa, que demuestren originalidad y se ocupen de los temas menos tratados, que comuniquen resultados de investigaciones académicas en los ámbitos de la sociedad, y que estén comprendidos específicamente dentro del ejercicio de la extensión universitaria en la comunidad.

Se requiere aplicar la exigencia de los parámetros adecuados en una estructura que siga los pasos de una investigación científica, para ello se debe requerir una introducción que refleje el propósito que se persigue, con sus objetivos y definir el problema de investigación, su importancia y la situación actual del tema a estudiar. Expondrá las contribuciones de otras investigaciones relevantes y hará hincapié en aquellas en que se basan para definir los objetivos y las hipótesis de investigación, presentado en forma razonada.

Se expondrá el tipo de método seguido y se explicará la elección y el diseño de la herramienta metodológica a emplear. Se indicará la población y muestra seleccionada y el sistema elegido para disponer de las unidades de análisis.

Habrà una referencia al instrumento elegido para captar la muestra, se asegurará su rigor y validez científica y se razonará por qué se eligió. De tratarse de un sistema original, se explicarán sus características.

Sus resultados expondrán los hallazgos obtenidos y mostrarán si dan respuestas a las preguntas de investigación formuladas. Se comparará con otros resultados de investigaciones semejantes. Deberán exponer nuevas vías de investigación para otras pesquisas y terminar con las conclusiones de forma escueta y determinante.

Las referencias bibliográficas serán de al menos 10. El 70% de las referencias serán de los últimos años, a excepción de aquellas temáticas que no lo hagan recomendable.

Se incluyen en consideración para su publicación a diferentes categorías de contribuciones que se explican en el inciso 3.

## 1. Aspectos generales

- Se recibirán contribuciones en cualquiera de los idiomas oficiales de la revista: Español, Portugués o Inglés.
- La revista se compromete a publicar todas las contribuciones aprobadas. Los trabajos recibidos serán sometidos a un primer proceso de revisión en el seno de la Comisión de Redacción, para comprobar su pertinencia con la línea académica de la revista, que sean de notable interés y que se acomoden a sus normas de estilo.
- Se podrán presentar trabajos originales, reseñas de libros, o traducciones de artículos de interés.
- Todo dato o idea tomada de otro autor se ha de referenciar. Lo contrario es plagio. Este extremo será condición radical para rechazar un artículo.
- No se podrá atribuir a un autor ideas o palabras que no ha expresado ni interpretar maliciosamente la cita elegida.
- Se evitarán palabras de otros idiomas cuando son innecesarias y existe una voz semejante y aceptada en idioma del artículo.
- Cuando se incluyan términos en otros idiomas por imperativo del contenido se pondrán en cursiva. De haber citas en otros idiomas, éstas irán entrecomilladas.
- Se evitarán referencias espacio-temporales abstractas: expresiones como “en nuestro país”, “cuál es”, “este año”, pues esta revista se difunde por diferentes países y su consulta podrá realizarse posterior al año actual.
- Se publicarán artículos de investigación, revisiones bibliográficas, informe de desarrollo de investigaciones, ensayos científicos, propuestas y modelos e innovaciones educativas, productos de elaboración de tesis de grados, trabajos de ascenso o proyectos institucionales. Los trabajos presentados deben ser un aporte para el campo de las ciencias sociales con énfasis en la educación, la salud y la sociedad.
- Se entenderá por artículo de investigación aquel trabajo que comunique resultados de investigación originales. Sólo se admitirán ensayos o estados de la cuestión en casos muy especiales y relevantes.
- Sólo serán admitidos trabajos originales e inéditos. Es decir, los artículos no pueden haber sido publicados a través de ningún medio impreso ni electrónico.

## 2. Extensión de las contribuciones

- Los artículos de Investigación: máximo del artículo 20 páginas (formato A4 con márgenes de 2.5 cm. a doble espacio y utilizando Times New Roman, tamaño 12).
- Ensayo, Opinión, Reporte y Miscelánea: no menos a 2 carillas (formato A4).

## 3. Categoría de las contribuciones

- **Ensayos:** interpretación crítica y original de cuestiones relativas a la práctica asistencial, temas sobre la docencia, de investigación y la extensión en la salud o áreas afines que contribuyan a la profundización del conocimiento.
- **Reflexión:** análisis de aspectos teóricos de las especialidades de la salud o áreas afines, producto de un proceso de reflexión, discernimiento y consideración atenta del autor que pueda contribuir a la profundización de temas profesionales.
- **Relato de experiencia:** descripción de alguna experiencia de asistencia, docencia, investigación y extensión en salud o áreas afines.
- **Revisión crítica:** evaluación crítica y sistematizada de la evolución científica de un tema de la salud o áreas afines, fundamentada en la literatura considerada pertinente. Deben estar establecidos: el tema, los procedimientos utilizados, la interpretación del autor y las conclusiones.
- **Biografías:** historias de vida de personas que hayan contribuido en el Programa APEX-Cerro, así como personalidades nacionales y extranjeras que se hayan destacado en el plano que trata esta revista.
- **Historias:** relatos de hechos relevantes para la historia de la Institución, de las ciencias médicas y sociales.
- **Reseñas:** síntesis crítica o análisis crítico-interpretativo del contenido de alguna obra publicada en los últimos 2 años.
- **Resúmenes de disertaciones y tesis:** disertaciones y tesis concluidas que impliquen aspectos de Salud, Aprendizaje, o áreas afines presentadas en los últimos 2 años.
- **Entrevistas:** realizadas a personalidades destacadas, especialistas o investigaciones cuyos aportes sean relevantes y de interés para la comunidad científica.
- **Información:** documentos e informes breves acerca de la situación de la salud, a nivel nacional o internacional o de eventos de interés para la comunidad profesional, tales como: jornadas congresos, cursos.

- **Investigación:** relato de investigación original y concluida referida a la salud o ciencias afines siguiendo la estructura convencional establecida para las investigaciones.

## - Los Artículos de Investigación deben estructurarse de la siguiente manera:

1. **Título del trabajo**
2. **Datos del Autor:** nombre, centro de trabajo, títulos académicos, dirección personal y de la institución donde trabaja, teléfono, correo electrónico, código postal y fecha de presentación.
3. **Resumen (Abstract):** en idioma original e inglés con no más de 250 palabras. Los resúmenes darán a conocer los objetivos del trabajo, la metodología utilizada, los resultados más relevantes y conclusiones.
4. **Normalización de descriptores:** se aceptarán entre 5 y 7 descriptores, cuya existencia en español, portugués e inglés debe ser confirmada por el autor en la dirección electrónica de descriptores de Bireme: <http://decs.bvs.br> o a través de tesauros generales y/o específicos de cada disciplina.
5. Título, abstract y descriptores en idioma original y en inglés (obligatorio para todos los artículos).
6. **Introducción:** cuerpo o desarrollo del artículo, la numeración de la estructura del artículo o documento sólo en números arábigos. En caso de presentación de ilustraciones, tablas o figuras, se deben identificar adecuadamente e ir acompañadas de leyenda explicativa que aclare símbolos y abreviaturas, así como el origen de datos o imágenes.
7. **Texto:** debe presentar una secuencia lógica, desarrollando el trabajo organizado en distintas secciones.
8. **Conclusiones:** se desarrollará según el tipo de trabajo presentado.
9. **Bibliografía y citas:** se recomienda la utilización de la norma ISO 690 para asientos bibliográficos y citas. O en su defecto, se permite el uso de los estilos indicados en el Publication Manual of the American Psychological Association, 5th edition (APA Style).
  - Es importante resaltar que la consignación del trabajo no implica compromiso alguno de publicación. Ésta sólo será efectiva a través de la Comisión Editorial de la revista.
  - El trabajo aceptado que tenga observaciones, según el criterio de los evaluadores, será devuelto a su autor o autores para que se realicen las correcciones pertinentes. Una vez revisado por el

autor, debe ser entregado a la Comisión Editorial de la revista en un lapso no mayor a los 30 días.

- El trabajo no aceptado será devuelto al autor o autores con las observaciones correspondientes. El mismo no podrá ser evaluado nuevamente.
- Queda entendido que, una vez enviado el artículo a la revista e iniciado el arbitraje, el autor acepta este proceso, y en consecuencia se compromete a publicarlo sólo en la revista científica del Programa Apex-Cerro.
- El autor o autores recibirán 5 ejemplares de la revista en los que aparezca publicada su investigación.

#### **4. Formato de la presentación**

- Las contribuciones deberán ser presentadas en archivo electrónico en formato DOC o RTF o en versión impresa por triplicado a la redacción de la revista.
- Las contribuciones deberán ser escritas de acuerdo a las reglas de la gramática y la sintaxis del idioma de origen.

#### **5. Lista de comprobación de envíos**

- Como parte del proceso de envío, se le solicita a los autores que indiquen que su envío cumple con todos los siguientes elementos y que acepten que envíos que no cumplan con estas indicaciones pueden ser devueltos al autor.

#### **6. Copyright**

- La propiedad intelectual de los artículos publicados en esta revista pertenece a los autores y los derechos de edición y publicación se conceden a la publicación periódica.

#### **7. Declaración de Privacidad**

- Los datos personales del autor introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por la misma y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

Información para lectores:

Se recomienda a los lectores que se registren enviando un mail a [it@apex.edu.uy](mailto:it@apex.edu.uy), este registro permitirá al lector recibir la tabla de contenido o sumario por correo cada vez que se publique un nuevo número de la revista (Currents Contents).

La revista científica del Programa Apex-Cerro no es responsable de las opiniones dadas por los autores de los artículos que en ella se publican. La correspondencia de carácter científico y académico habrá de dirigirse a:

**Comisión Editorial de la Revista Científica “it”.**

**Universidad de la República**

**Programa Apex-Cerro**

**Haití 1606 código postal 12800**

**Montevideo, Uruguay**

**Correo electrónico: [it@apex.edu.uy](mailto:it@apex.edu.uy)**

## EVALUADORES

### **Silvia G. Palermo**

Lic. en Fonoaudiología. Prof. Adj. Área Fonoestomatología  
Licenciatura en Fonoaudiología. EUTM. UdelaR. Centro Hospital Pereira  
Rossell

### **Silvia Verónica Silveira García**

Especialista en preancianidad Geriátrica y Gerontología  
Subprograma Adultos Mayores. APEX-Cerro. UdelaR

### **Laura Valli Hernández**

Obstetra Partera  
Escuela de Parteras-Facultad de Medicina. UdelaR

### **Mercedes Pérez Etchetto**

Licenciada en Enfermería-Especialista en Enfermería Materno Infantil y en  
Gestión de Servicios de salud  
Facultad de Enfermería-UdelaR

### **Virginia Gravina**

Ingeniera Agrónoma Ph.D.  
Facultad de Agronomía. UdelaR

### **Inés Salveraglio Denis**

Doctora

### **Miguel Fernández Galeano**

Doctor en Medicina. Facultad de Medicina. UdelaR  
Especialista en Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS

### **Julio C. Vignolo Ballesteros**

Doctor en Medicina. Profesor de Medicina Familiar y Comunitaria  
Especialista en Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria/  
Administración de Servicios de Salud. Máster en Epidemiología. Diplomado  
en Salud Pública y en Economía de la Salud. Facultad de Medicina. UdelaR

### **Luis E. Carbajal Arriaga**

Doctor en Medicina. Udelar  
Ex-Profesor de la Facultad de Medicina. UdelaR

**Patricia Manzoni**

Licenciada en Educación. EUTM

**Patricia de la Cuesta**

Licenciada en Psicología/Magister en Salud Mental  
UdelaR. Facultad de Psicología. CENUR LITORAL NORTE

**Ana Charamelo**

Licenciada en Psicóloga. Facultad de Psicología. UdelaR  
Magíster en Gerontología Social. Universidad Autónoma de Madrid  
Docente en Gerontología para América Latina. Universidad de Caldas-Colombia

**Francisco Morales Calatayud**

Doctor en Ciencias de la Salud, Especialista y Máster en Psicología de la Salud. Licenciado en Psicología. UdelaR. CENUR Litoral Norte, Polo de Salud Comunitaria (Profesor Titular). Cuba.

**Rita Soria**

Licenciada en Artes Plásticas y Visuales  
Instituto Escuela Nacional de Bellas Artes. Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Escuela Universitaria Centro de Diseño

**Delmar Rodríguez**

Doctor en Medicina. UdelaR. Especialista en Geriatría-Gerontología. UdelaR  
Instituto de Formación Gerontológica del Uruguay

**Robert Pérez Fernández**

Magíster Salud Mental. Profesor Facultad de Psicología. UdelaR  
Instituto de Psicología Social

**Lis Pérez**

Magíster en Psicología  
Profesor Adjunto Depto. de Ciencias Humanas y Sociales-FIC. UdelaR

**Gabriel Kaplún**

Doctor. Facultad de Información y Comunicación. UdelaR

## ÍNDICE DE AUTORES

**COITIÑO, Ana Laura:** Doctora-Ex Residente Medicina Familiar y Comunitaria UDA-APEX-Cerro

**CEPPI, Miriam:** Doctora en Medicina. Geriatra. Facultad de Medicina. UdelaR

**KEMAYD ROTTA, Ana Iris:** Doctora. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria UDA-APEX-Cerro.

**ARIANEL, Bruno:** Médico postgrado en Epidemiología y Medicina Familiar y Comunitaria, Maestrando en Efectividad Clínica y Sanitaria; Centro de trabajo: Desarrollo Institucional de ASSE.

**CUENCA, Jorge:** Médico especialista en Medicina Familia y Comunitaria; Centro de trabajo: Policlínica Corralón del Tigre.

**SAGNOL, Ana Laura:** Obstetra Partera, Educadora en Salud Sexual; Centro de trabajo: Policlínicas barriales, Hospital Florida; Sanatorio COMEF.

**VERNENGO, Laura:** Médica especialista en Medicina Familia y Comunitaria, postgrado de Psicología sistémica y familias; Centro de trabajo: Policlínica Prado Español.

**SÁNCHEZ, Silvana:** Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Centro de trabajo: Policlínica San Fernando, Florida, Uruguay.

**LÓPEZ, Javier:** Médico residente de Ginecología en HCFFAA, Postgrado de Medicina Del Deporte en Hospital de Clínicas. Asistente de Ginecología Hospital Florida; Centro de trabajo: Policlínicas barriales, Hospital Florida.

**PACHECO, Lilián:** Médica Psiquiatría; Centro de trabajo: Policlínicas barriales, Hospital Florida

**GIORDANO, María Jesús:** Licenciada en Nutrición; Centro de trabajo: Policlínicas barriales.

**HARO, Laura:** Médica especialista en Pediatría; Centro de trabajo: Policlínicas barriales, Hospital Florida.

**ALZAMENDI, Andrés:** Médico postgrado en Pediatría; Centro de trabajo: Hospital Florida, Unidad Docente Asistencial, Florida. Facultad de Medicina-ASSE.

**ROTEMBERG, Enrique:** Doctor en Odontología. Profesor adjunto grado 3 de la Cátedra de Fisiología general y buco dental. Facultad de Odontología. Udelar.

**ALMARAZ, María Teresa:** Doctora en Odontología. Facultad de Odontología. Udelar.

**FERREIRA, Beatriz:** Doctora en Odontología. Facultad de Odontología. Udelar. Docente del Programa APEX-Cerro. Udelar.

**ACOSTA, Natalia:** Doctora en Odontología. Cursa especialidad de Odontopediatría.

**LÓPEZ, Alicia:** Doctora en Odontología. Docente Del Programa Nacional de salud bucal escolar.

**MUÑOZ, Matías:** Docente grado 1 del Departamento de Método su Cuantitativos de Facultad de medicina. Udelar, grado 2 en Facultad de Odontología.

**URIOSTE, Andrés:** Activista especializado en temas de DD. HH y salud de la Comunidad Afrouruguaya y trabajador de la salud del Instituto Nacional del Cáncer.

**GRIBOV, Débora:** Licenciada en Psicomotricidad. Maestranda en Psicología Social, Facultad de Psicología. Udelar. Profesora Adjunta Subprograma Servicio Atención Integral a la Familia, y directora del Programa APEX-Cerro. Udelar.

**VIÑAR, María Eugenia:** Licenciada en Psicología. Maestranda en Psicología Social, Facultad de Psicología. Udelar. Integrante del colectivo del Proyecto Comunicacional Participativo Radio Vilardevoz desde 2006 y del equipo técnico del mismo de 2009 a 2015.

**MÉNDEZ, Victoria:** Estudiante Antropología Social. Ayudante Unidad de Apoyo a la Docencia Integral y Ayudante de Equipo Barrial Operativo, Programa APEX-Cerro, Udelar.

**BARTABURU, Fabiana:** Especialista en Derechos de Infancia y Políticas Públicas-Referente en Programa de Participación Infantil y Adolescente del INAU, PROPIA.

**GIMENEZ, Luis:** Psicólogo Luis Giménez, Profesor Agregado en el Programa Concepciones, determinantes y políticas en salud del Instituto Psicología de la Salud. UdelAR.

**SUÁREZ, Zulema:** Licenciada en Psicología, Asistente en el Programa Concepciones, determinantes y políticas en salud del Instituto Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología.

**FERNÁNDEZ LÓPEZ, Isabel:** Profesora auxiliar de Historia del arte y Apreciación de la Cultura Artística y Literaria Cubana. Máster en Educación por el Arte y Animación sociocultural. Asesora de Promoción y Prevención de salud. Dpto. Docente de Extensión Universitaria.



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



ISSN: 1688-7972



9 771688 797209



PSICOLIBROS



wasfala