

 **ALTERNATIVAS**
CUBANAS
en psicología

Volumen 11. Número 33 /2023

ISSN 2007 – 5847



Revista Cubana de Alternativas en Psicología.

Revista Alternativas Cubanas en Psicología, Vol 11 Núm 33, es una publicación cuatrimestral editada por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología A.C., calle Instituto de Higiene No. 56. Col. Popotla, Delegación Miguel Hidalgo. C.P. 11400. Tel. 5341-8012, www.acupsi.org, info@acupsi.org. Editor responsable: Manuel Calviño. Reserva de derechos al uso exclusivo No. 04-2012-041911383500-203 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN 2007-5847. Responsable de la actualización de este número, emotional.com.mx, Javier Armas. Sucre 168-2, Col. Moderna. Delegación Benito Juárez. C.P. 03510. Fecha de última modificación: 27 de marzo de 2013. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Alternativas cubanas en Psicología

Revista cuatrimestral de la
Red cubana de alternativas en Psicología.
Volumen 11, Número 33, septiembre/diciembre 2023

Comité Editorial

Manuel Calviño (Director)
Reinerio Arce Valentín
Patricia Áres Muzio
Roberto Corral Ruso
Roxanne Castellanos
Aurora García Morey

Lourdes Ibarra Mustelier
Alexis Lorenzo Ruiz
Daybel Pañellas Álvarez
Miguel Ángel Roca Perera
Norma Vasallo
Bárbara Zas Ros

Consejo Editorial

Javiera Andrade (Uruguay)
Javier de Armas (México)
Edgar Barrero (Colombia)
Ana Bock (Brasil)
Rogelio Díaz (México)
Álvaro Díaz Gómez (Colombia)
Horacio Foladori (Argentina-Chile)
Mara Fuentes (Cuba-Canadá)
Jorge Enrique Torralbas (Cuba)
Diana Lesme (Paraguay)
Ericka Matus (Panamá)
Albertina Mitjans (Cuba-Brasil)

Liliana Morenza (Cuba-Bolivia)
Mario Molina (Argentina)
Carolina Moll (Uruguay)
Marco Eduardo Murueta (México)
Gustavo Pineda (Cuba-Nicaragua)
Danay Quintana (Cuba-México)
David Ramírez (Costa Rica)
Ana Maria del Rosario Asebey (Bolivia- México)
Rolando Santana (Cuba-Dominicana)
Maria Cristina Teixeira (Cuba-Brasil)
Luís Vazquez (Perú)
Nelson Zicavo Martínez (Uruguay-Chile)

ÍNDICE
INDEX

EDITORIAL <i>EDITORIAL</i>	4
--------------------------------------	----------

Diversidad reflexiva
Reflective diversity

CONTRA LAS FALACIAS... EL SABER <i>AGAINST THE FALLACIES... KNOWLEDGE</i>	5
---	----------

Armando Sánchez Gutiérrez

O MODELO INTEGRATIVO DE DESENVOLVIMENTO DE TALENTOS E A PERSPECTIVA BIOECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER: CONVERGÊNCIAS E COMPLEMENTARIDADES	12
---	-----------

***THE INTEGRATIVE TALENT DEVELOPMENT MODEL AND
BRONFENBRENNER'S BIOECOLOGICAL PERSPECTIVE:
CONVERGENCES AND COMPLEMENTARITIES***

Alberto Abad
Altemir José Gonçalves Barbosa

**LA EDUCACIÓN A PERSONAS MAYORES EN CUBA:
RETOS Y OPORTUNIDADES.
REFLEXIONES DESDE UNA EXPERIENCIA LOCAL** **28**

*EDUCATION FOR THE ELDERLY IN CUBA: CHALLENGES
AND OPPORTUNITIES.
REFLECTIONS FROM A LOCAL EXPERIENCE.*

Andy Luis Marrero Vega

Mirando a la práctica profesional
Looking at professional practice

**EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD MEDIANTE LA EMPATÍA
PARA LA ATENCIÓN DEL GERONTE: DESAFÍO DE ENFERMERÍA** **38**

*SEXUAL EDUCATION THROUGH THE EMPATHY, FOR THE
EDERLY CARE: A NURSING CHALLENGE.*

Marizell Benítez Flores
Cila M. Gutierrez Benítez

**EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD Y
COMUNICACIÓN ASERTIVA EN PROFESIONALES ENFERMERÍA** **47**

*INTEGRAL SEXUALITY EDUCATION AND ASSERTIVE
COMMUNICATION FOR NURSING PROFESSIONALS*

Yameysi García Torres
Anaiviana Ibáñez Viltre

**LO COMUNITARIO EN LA EVALUACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS
DE SALUD MENTAL** **55**

*THE COMMUNITY IN THE EVALUATION OF SYSTEMS
AND SERVICES MENTAL HEALTH*

Sara Ardila
Alicia Stolkiner

ESTRATEGIAS GERENCIALES PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL “JESÚS MARÍA CASAL RAMOS” – PORTUGUESA. 67

MANAGEMENT STRATEGIES FOR THE QUALITY MANAGEMENT OF THE SERVICES OF THE JESUS MARIA CASAL RAMOS HOSPITAL-PORTUGUESA.

Carlos Augusto Marín Moreno

ALTERACIONES EMOCIONALES Y COMUNICATIVAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO 75

EMOTIONAL AND COMMUNICATIVE ALTERATIONS OF HOSPITALIZED PATIENT

José Manuel García Arroyo

RESILIENCIA EVIDENTE: FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO POSITIVO ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA EN UNA MUESTRA DE JÓVENES CUBANOS 88

EVIDENT RESILIENCE: POSITIVE PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING BEFORE AND DURING THE PANDEMIC IN A SAMPLE OF CUBAN YOUNG PEOPLE

**Annia Esther Vives Iglesias
Carlos Marcelo Moroni
Raúl Rodríguez Antonio**

LOS AUTORES 100

THE AUTHORS

Nota Editorial

Indignados con la masacre que se lleva a cabo por parte de Israel sobre el pueblo de Palestina, el Consejo Editorial de la Revista Alternativas cubanas de Psicología expresa su total rechazo a tales prácticas terroristas que constituyen un crimen de lesa humanidad.

Pedimos al mundo que exija el cese inmediato de las hostilidades criminales de Israel contra el pueblo Palestino, que defienda los derechos del pueblo palestino a vivir en paz.

Desde Cuba los profesionales de la Psicología expresamos nuestra total solidaridad y apoyo a los palestinos, nuestra decisión de estar de su lado en estos difíciles momentos que están viviendo.

Unamos nuestros esfuerzos en contra de la violencia, a favor de la paz. La vida es un derecho sagrado universal.

Muchas gracias.

Outraged with the massacre carried out by Israel on the people of Palestine, the Editorial Board of the Cuban Alternatives of Psychology Magazine expresses its total rejection of such terrorist practices that constitute a crime against humanity.

We call on the world to demand the immediate cessation of Israel's criminal hostilities against the Palestinian people, to defend the rights of the Palestinian people to live in peace.

From Cuba, psychology professionals express our total solidarity and support for the Palestinians, our decision to be on their side in these difficult times they are experiencing.

Let us join our efforts against violence, in favor of peace. Life is a universal sacred right.

Thank you so much.

Manuel Calviño
Director

CONTRA LAS FALACIAS... EL SABER

AGAINST THE FALLACIES... KNOWLEDGE

Armando Sánchez Gutiérrez
Zihuatanejo, Gro. México

Resumen

Se postula la noción de falacia y la manera en que esta es presentada, en un discurso descalificador de los libros de texto gratuito en nuestro país. En este trabajo se busca explicar el contexto que envuelve su aparición en el sistema educativo mexicano, y el porqué del controversial recibimiento por parte de un sector de la sociedad, ello desde la perspectiva del psicoanálisis social. Al mismo tiempo, se rescata el paradigma sociocultural en el cual, giran, los contenidos curriculares del nuevo modelo educativo. De igual manera, el texto se ocupa, tanto en sus exploraciones teóricas, metodológicas y conceptuales de la función social de la educación, que sustentan los contenidos curriculares del trabajo docente actual. Así, en momentos donde las cargas ideológicas se privilegian sobre la verdad, por parte de grupos extremistas, quienes buscan engañar con falsos axiomas, presentando una metodología de investigación derivada del Materialismo histórico, como una propuesta de cambio en las estructuras económicas, el saber tiene la palabra.

Palabras claves: Falacia, educación, psicoanálisis, crítica y libros

Summary

The notion of fallacy and the way in which it is presented is postulated in a discourse disqualifying free textbooks in our country. This work seeks to explain the context surrounding its appearance in the Mexican educational system, and the reason for its controversial reception by a sector of society, from the perspective of social psychoanalysis. At the same time, the sociocultural paradigm in which the curricular contents of the new educational model revolve is rescued. Likewise, the text deals, in its theoretical, methodological and conceptual explorations with the social function of education, which support the curricular contents of current teaching work. Thus, in moments where ideological burdens are privileged over the truth, by extremist groups, who seek to deceive with false axioms, presenting a research methodology derived from Historical Materialism, as a proposal for change in economic structures, knowledge has the word.

Key words: Fallacy, education, psychoanalysis, criticism and books

*“donde se queman libros,
al final también se acaba quemando gente”.*
Heinrich Heine

“!Las falacias y la quema de libros!”

La instalación de la descalificación, buscando la anulación del hecho, mediante la falacia. En el presente trabajo intentaré explicar el contexto que envuelve la aparición de los libros del sistema educativo en nuestro país, y su controversial recibimiento por parte de un sector de la sociedad, y ello nos da la oportunidad de incorporar un análisis desde la perspectiva del psicoanálisis social. Cuestión que me parece pertinente dada la influencia en el pensamiento

colectivo que han tenido, y que tendrá dicha bibliografía, en el desarrollo del carácter social de los ciudadanos.

Es relevante señalar que, desde una perspectiva de la Polis aristotélica, el avance de toda sociedad, primordialmente, gira en torno a la participación de sus ciudadanos que se han propuesto como actividad comunitaria ser partícipes de la relación entre ellos y las instituciones de estado. Ahora bien, en este sentido, el estudio del problema es complejo y exige múltiples perspectivas, tales como las económicas, sociales, culturales e históricas... donde la ideología juega un papel relevante y la participación de los ciudadanos es pertinente. Bien, a la luz de estas premisas surge la siguiente pregunta: ¿Por qué, un sector de la población y ciertos medios de información, han descalificado y convocan a la sociedad a su rechazo, e incluso su incineración? ... acto por demás simbólico de grupos extremistas. El asunto es de tal magnitud, que nos preguntamos, esta arenga, ¿es un tópico banal?

Tal como señala el psicoanálisis, se convirtió, en el sustituto de la satisfacción, que se obtendría del efecto directo del deseo hostil (ello), hacia la persona e institución editora del texto (Súper yo), resentimiento y odio hacia el Otro. Aquí vale la pena, incorporar la tesis de Jacques Lacan, quien en su obra, *La agresividad en Psicoanálisis*, nos refiere...

“Como parte de la estructura psíquica del sujeto, la agresividad es común a todos los seres vivos; en lo que se refiere al sujeto, se trata de una encrucijada estructural, como una tendencia correlativa de un modo de identificación que llamamos narcisista”. (Lacan, 1989b, p.263)

Ahora bien, es pertinente no dejar de lado la personalidad perversa que alimentó al sentimiento de agresividad y, desde la perspectiva lacaniana, de inicio, nos señala que, el ser humano se constituye desde tres estructuras básicas: neurosis, perversión, y psicosis.

Habría que decir, interrogados por esta realidad y sus efectos, que vale la pena incorporar las palabras de Santiago Ramírez, quien en su trabajo sobre la Génesis de la conducta, nos plantea en su libro: *Infancia es destino que...* “Un adolescente es un sujeto deseoso de encontrar un marco, una identidad, que lo definan e integren...” (2013), esto a propósito del desarrollo socioemocional infantil.

En este mismo texto, Ramírez, busca sustentar su predicción tanto cultural como biológicamente, por tanto, su análisis dice que:

Toda edad tiene su problemática y ésta es el resultado de contradicciones evidentes entre las potencialidades biológicas inherentes a ellas y la posibilidad que la cultura brinda en un momento dado para satisfacerlas. El adolescente, hombre o mujer, se encuentra en el umbral de una realización cabal en todos los órdenes desde el punto de vista biológico: la limitación socioeconómica que la cultura impone hace que la distancia que media entre la posibilidad y el logro sea cada vez mayor. En un mundo cuyo dominio técnico, cuya competencia y rivalidades demandan cada vez una mayor cuantía de aprendizaje, el hiato entre la potencialidad y la adquisición se hace cada vez más insalvable. (Ramírez, 2013)

En el mismo sentido, el psicólogo, Carlos Arturo Moreno de la Rosa, (2014), en su artículo: “Neurosis, psicosis y perversión; tres rostros de la condición humana”, nos señala: “La personalidad del ser humano se estructura en base a las primeras experiencias vividas en la más tierna infancia; experiencias de amor pero también experiencias de muerte”. Pero, ¿cómo se fue generando la personalidad perversa?

Todo se juega en el primer año de vida. ¿Cómo es que una persona tiene un “quiebre psicótico” y anda por la vida ensimismado en su propia realidad, en un solipsismo a perpetuidad? La persona que está estructurada bajo el designio de la psicosis (esquizofrenia, paranoia y bipolaridad) lo es por lo que vivió en ese primer año de vida, cuando su “Yo” se estaba formando, no hubo algún referente, hubo en cambio una madre psicotóxica, ajena a su función de madre, enajenada con otros menesteres, abandonando al infante a su propia suerte; no hubo una madre que catectizara al infante (llenarlo de amor) y por lo tanto el “Yo” no logró estructurarse. Un Yo débil que a la postre, ante algún evento traumático regresará al allá y el entonces y al no haber la estructura básica necesaria tendrá el quiebre psicótico. De adulto tenderá a la psicosis ante un medio adverso y una estructura que ya trae desde la infancia <https://www.psico.org/articulos/neurosis-psicosis-perversion>

De igual manera, Moreno de la Rosa, nos la caracteriza...

El perverso es un “niño grandote” que no le pusieron reglas, normas, límites, no hubo un padre que lo castrara; ausencia de la figura paterna que le pusiera límites, que le castrara su deseo, el perverso goza por ese medio. Su goce es un goce infantil, goza como lo hiciera un infante sádico, mortificando la existencia del otro, saciando sus pulsiones perversas importándole solo él. <https://www.psico.org/articulos/neurosis-psicosis-perversion>

Por lo que se refiere anteriormente, es pertinente señalar que en la parte superior del trabajo, Heinrich Heine hace referencia a la quema del libro del Coran durante la Inquisición española en la búsqueda por desaparecer la cultura árabe de la península Ibérica, que había sido un importante centro del saber islámico medieval. En el mismo sentido, lo refiere Federico García Lorca, poeta español fusilado por las balas de la intolerancia franquista, quien lo narró en su “Alocución al pueblo de Fuente Vaqueros”, discurso leído por la inauguración de la biblioteca pública de su comunidad, en septiembre de 1931 (García Lorca)

“...después de la caída del imperio romano, de las invasiones bárbaras y el triunfo del cristianismo, tuvo el libro su momento más terrible de peligro. Fueron arrasadas las bibliotecas y esparcidos los libros. Toda la ciencia filosófica y la poesía de los antiguos estuvieron a punto de desaparecer. Los poemas homéricos, las obras de Platón, todo el pensamiento griego, luz de Europa, la poesía latina, el Derecho de Roma, todo, absolutamente todo. Gracias a los cuidados de los monjes no se rompió el hilo. Los monasterios antiguos salvaron a la humanidad. Toda la cultura y el saber se refugió en los claustros donde unos hombres sabios y sencillos, sin ningún fanatismo ni intransigencia (la intransigencia es mucho más moderna), custodiaron y estudiaron las grandes obras imprescindibles para el hombre. Y no solamente hacían esto, sino que estudiaron los idiomas antiguos para entenderlos y así se da el caso de que un filósofo pagano como Aristóteles influya decisivamente en la filosofía católica. Durante toda la Edad Media los benedictinos del monte Athos recogen y guardan infinidad de libros y a ellos les debemos conocer casi las más hermosas obras de la humanidad antigua”.

De inicio, una revisión del tema de la quema de libros no puede olvidar, como referente, lo sucedido en Alemania, donde la agresión se hace presente, imposible, no recordar el 10 de mayo de 1933, fecha en que la Federación nazi de estudiantes, en la plaza de la Ópera de Berlín, mediante la llamada Acción contra el espíritu alemán, buscaban hacer desaparecer la obra de escritores tanto judíos, como marxistas y en general, opositores al régimen, teóricos tales como Marx, Freud, Mann, Ossietzky, entre otros...

Pues bien, es esta misma agresividad que forma parte de la estructura psíquica del ser humano, que es alimentada por una carga ideológica perversa, y nos lleva a resultados como los que se han referido...

Actualmente, el principal señalamiento que se les hace a los libros que de manera gratuita se entregan en las instituciones oficiales y privadas, es lo inadecuado de los materiales o sobre presuntos contenidos comunistas, racionalizando de este modo, el rechazo del grupo opositor a quien edita y distribuye los textos. Tema que hoy nos convoca, dado el llamado fundamentalista de incinerar el material bibliográfico de la educación básica de nuestro país, por quienes no se identifican con el gobierno actual, en su análisis, incorporemos el papel de la educación.

La función de la educación

La educación es un hecho consustancial al desarrollo humano en el proceso de la evolución histórica cultural del hombre. Es a través de este proceso socio-cultural, como se transmiten los conocimientos acumulados y culturalmente organizados por generaciones, y se entretajan los mecanismos de desarrollo social con los personales, los cuales se van autogenerando mutuamente. En este sentido, se considera que los procesos de desarrollo no son autónomos de los educativos. Ambos están vinculados desde el primer día de vida del niño, en tanto que este es participante de un contexto sociocultural y existen los otros (los padres, compañeros, la escuela, etc.), quienes interactúan con él para transmitirles la cultura, y sus productos, los cuales son copartícipes de su aculturación. En definitiva, no se puede hablar de desarrollo sin ubicarlo dentro de un contexto histórico-cultural determinado.

Ahora bien, en relación con los contenidos curriculares, estos no son entes aislados, neutros, ajenos a la realidad, ya que responden a una lógica global, que es el llamado Nuevo modelo educativo, puesto en práctica en el año 2022.

¿Educación comunista o comunitaria?

El porqué del rechazo hacia un nuevo paradigma educativo de manera general y los libros en lo particular. Los contenidos teóricos, metodológicos y conceptuales de la Nueva Escuela Mexicana se fundamentan en diversos paradigmas educativos como la Escuela Activa, el Constructivismo social de Lev S. Vygotsky y el Paradigma Socio crítico, principalmente, estas dos últimas propuestas epistemológicas

Al respecto, es pertinente manifestar la influencia que tiene el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Frankfurt, que nace en 1924, en primer plano, Max Horkheimer y Theodor Adorno, Walter Benjamin, Erich Fromm, Max Horkheimer, Otto Kirchheimer, Leo Löwenthal, Hebert Marcuse, Franz Leopold Neumann, quienes le dieron vida a la Teoría Crítica de la Sociedad (TCS), orientada a la revisión y renovación de los planteamientos del marxismo desde una perspectiva interdisciplinaria, y sus raíces epistemológicas se remontan a investigadores sociales como Carlos Marx y Federico Engels, quienes hacían planteamientos desde una perspectiva Materialista -Histórica en la búsqueda de la interpretar las condiciones del ser social, incorporando factores económicos, políticos, sociales, culturales, etc.

Ahora bien, este paradigma científico, surge como una respuesta a un enfoque reduccionista y neutro que le adjudica el carácter positivista de la escuela de Viena

El enfoque sociocrítico, considera a la Teoría Crítica, como una ciencia social, que no solo se limita a estudios empíricos ni interpretativos, busca ir más allá, en un proceso dialéctico,

considera que, el saber surge del análisis de los estudios que se hacen al interior de la comunidad y de la investigación participativa. Entre sus postulados principales encontramos que consideran que el papel de la ciencia y la tecnología no es objetiva, la relación de estas con las transformaciones sociales y los grupos en el poder, y primordialmente, para ello, que los grupos sociales se vuelvan conscientes de lo que les sucede en su entorno.

Se agrega que, para el mencionado paradigma, sus resultados son producto del trabajo multidisciplinario de factores como; que el conocimiento surge de los análisis y estudios que se hacen dentro de las comunidades y que se caracterizan por ser participativas, emancipadoras, surgen decisiones consensuadas, con una visión democrática y compartida, espacio donde predomina la práctica, puntualizando, es dentro de la misma comunidad donde se genera el problema y mediante el análisis que hacen los miembros de la misma comunidad, se encuentra respuesta. Ahora, en relación con la noción epistemica de Vygotsky, podemos mencionar que...

El constructivismo social

Las teorías cognitivas explican las conductas en función de la experiencia, información, impresiones, actitudes, ideas, y percepciones de una persona y de la forma en que esta las integra, organiza y reorganiza. El aprendizaje es de acuerdo a esta teoría, un cambio más o menos permanente de los conocimientos o de la comprensión, debido a la reorganización tanto de experiencias pasadas como de la información, por lo tanto...

“Un proceso interpersonal queda transformado en otro intrapersonal. En el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero, a escala social, y más tarde, a escala individual; primero, entre personas (interpsicológica), y después, en el interior del propio niño (intrapsicológica). Esto puede aplicarse igualmente a la atención voluntaria, a la memoria lógica y a la formación de conceptos. Todas las funciones psicológicas superiores se originan como relaciones entre seres humanos”. (Lev Vygotsky, 1985. p. 95)

En dicho espacio, Vygotsky, considera que, los procesos de aprendizaje y desarrollo se influyen entre sí; esto es, existe unidad pero no identidad entre ambos (en el sentido dialéctico) y las relaciones en las que interactúan son complejas. Ambos están entretreídos en un padrón de espiral complejo. Pero, enfatiza el importante papel que desempeña el aprendizaje en los procesos evolutivos. Lo anterior quiere decir, traducido al campo pedagógico, que las experiencias adecuadas de aprendizaje deben centrarse no en los productos acabados del desarrollo (nivel de desarrollo real), sino específicamente en los procesos de desarrollo que no acaban de consolidarse (nivel de desarrollo potencial) pero que están en camino de hacerlo.

El profesor por su parte, debe desempeñar los dos papeles pero en momentos distintos; esta postura la diferencia de las otras escuelas. De acuerdo a los escritos vygotzkianos, el maestro es un experto que guía y mediatiza los saberes socioculturales que debe aprender e interiorizar el alumno. Enseña en una situación o contexto de interactividad, negociando significados que él posee como agente educativo, para intentar compartirlos con los alumnos, quienes no los poseen, pero los han de reconstruir.

Consecuentemente, dicho en forma sintética, el docente debe acoplar los saberes socioculturales con los procesos de interiorización subyacentes a la adquisición de tales conocimientos por parte del alumno. En su quehacer educativo, para lograr esta negociación de conocimientos, el maestro debe ir promoviendo continuamente Zonas de Desarrollo Próximo. De este modo, su participación en el proceso educativo para la transmisión de algún

contenido (conocimientos, habilidades, procesos, etc.) en un inicio de ser principalmente directiva por donde transitan los alumnos (y sin el cual ellos no podrían aspirar a niveles de desempeño superior y ejecución).

Posteriormente, con los avances del alumno en la adquisición o interiorización del contenido, va reduciendo su participación hasta el nivel de un simple espectador empático. Para crear y negociar ZDP, el maestro debe ser experto en la tarea o del conocimiento a impartir, y ser sensible a los avances progresivos que el alumno va realizando. En la concepción Socio-cultural podemos hacer extensiva la noción de maestro a cualquier otro guía o experto que mediatice o provea un tatuaje, aun en situaciones de educación informal o extraescolar que propician un aprendizaje guiado.

En relación con el aprendizaje, lo considera como un aspecto universal y necesario del proceso de desarrollo cultural organizado y específicamente humano de las funciones psicológicas. Este no se produce en cualquier situación, sino en aquellas en las que el niño ha alcanzado, ya un determinado nivel de desarrollo potencial.

Para Vygotsky, el hecho humano no está determinado por nuestra herencia genética, ni por nuestra partida de nacimiento, sino por el origen del hombre, el paso del antropoide al hombre y el paso de niño a hombre, se produce gracias a la actividad conjunta, se perpetúa y garantiza mediante el proceso social de la educación, entendida esta en el sentido amplio y no solo según los modelos escolares de la historia más reciente.

Podríamos decir que, por primera vez, la educación deja de ser para la psicología un mero campo de aplicación y se constituye un hecho consustancial al propio desarrollo humano, en el proceso central de la evolución histórico-cultural del hombre y del desarrollo individual. En este sentido, fue el primero en hablar de la evolución cultural del hombre y del desarrollo cultural del niño, lo que le lleva a afirmar que no se ha escrito aún la historia de dicho proceso evolutivo infantil. Él afirma que la psicología había reducido los procesos psicológicos complejos a los elementales (por ejemplo, al reflejo o la conexión estímulo-respuesta).

Desde su perspectiva, Las Funciones Psicológicas Superiores son el fruto del desarrollo cultural y no del biológico, y trata de ponerlas de manifiesto y de develar sus características investigando lo que él denomina conductas vestigiales: manifestaciones primitivas características de los albores de la especie, que todavía podemos encontrar en la conducta del hombre actual. Continuemos, veamos ahora el uso falaz en los medios de información...

La falacia

¿Por qué resulta pertinente incorporar este concepto en la estructura del trabajo? Iniciemos conceptualizándolo de manera general, ya que se le considera como una tendencia al error, al engaño y la falsedad para dañar a alguna persona o institución, de igual manera, es la búsqueda de conseguir algo de forma ventajosa, el termino es de origen latín, *Fallacia* y significa engaño, es de uso continuo en la lógica y la retórica, podemos añadir, que algunas ocasiones son argumentos carentes de toda validez, de la misma manera, que se usan para persuadir o de forma por demás involuntaria, y que se hace presente, en la temática abordada en este espacio, producto de mentes perversas, conminando a la quema de los libros...

Concluimos que...

Difícilmente, se puede considerar como finalizada la temática, al contrario, la complejidad y la pertinencia, nos convoca a profundizar sobre la génesis de la práctica falaz en la comunicación comunitaria. Así las cosas, en momentos donde las cargas ideológicas se privilegian sobre la

verdad, por parte de grupos extremistas, quienes buscan engañar con falsos axiomas, al considerar, una metodología de investigación derivada del Materialismo histórico, como una propuesta de cambio en las estructuras económicas, es una falacia, pero, no olvidemos que el saber riguroso que emerge de los libros nos muestra el camino, de cómo resolver los problemas que hoy se debaten, tengamos en cuenta que los avances sociales y los cambios significativos, surgen de estos pequeños espacios de sabiduría, y que no valen ni armas, ni sangre, ni mentiras. Porque, como señaló García Lorca, “contra el libro no valen persecuciones. Ni los ejércitos, ni el oro, ni las llamas pueden contra ellos; porque podéis hacer desaparecer una obra, pero no podéis cortar las cabezas que han aprendido de ella porque son miles”.

Referencias bibliográficas

García Lorca, F. (1931). “Alocución al pueblo de Fuente Vaqueros”. Discurso leído por la inauguración de la biblioteca pública de Fuente Vaqueros. España.
https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/alocucion-al-pueblo-de-fuente-vaqueros-discurso-leido-por-la-inaguracion-de-la-biblioteca-publica-de-fuente-vaqueros-septiembre-1931-998622/html/a5692ac7-3664-4749-84da-9837f987e46d_2.html

Lacan, J. (1989). *La agresividad en Psicoanálisis*. Buenos aires. Argentina: Paidós.

<https://www.psico.org/articulos/neurosis-psicosis-perversion>

Ramírez, S. (2013). *Infancia es destino*. México: Siglo XXI.

Vygotsky, L. (1985). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Pléyade.

O MODELO INTEGRATIVO DE DESENVOLVIMENTO DE TALENTOS E A PERSPECTIVA BIOECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER: CONVERGÊNCIAS E COMPLEMENTARIDADES

THE INTEGRATIVE TALENT DEVELOPMENT MODEL AND BRONFENBRENNER'S BIOECOLOGICAL PERSPECTIVE: CONVERGENCES AND COMPLEMENTARITIES

Alberto Abad
Altemir José Gonçalves Barbosa
Universidade Federal de Juiz de Fora

Resumen

Articular diferentes disciplinas, modelos y teorías en un cuerpo integrado de estudio de los procesos de desarrollo es uno de los grandes desafíos en el campo de las Ciencias del Desarrollo Humano que, al trabajar con las transformaciones en el tiempo, se ha caracterizado por su perfil normativo/seminormativo. lejos de fenómenos idiosincrásicos que definen lo que es específico de ciertos individuos y no es necesariamente aplicable a todas o a un gran grupo de personas. Entre estos, aquellos que presentan déficits o capacidades muy por encima de la media a pesar de haber nacido y crecido en circunstancias consideradas "normales". Desde esta perspectiva, el objetivo de este artículo es articular las convergencias y complementariedades entre el Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner y el Modelo Integrador de Desarrollo del Talento de Gagné, con el objetivo de contribuir al estudio de la Ciencia del Desarrollo Humano combinando tanto patrones típicos de cambio (desarrollo normativo) como individuales. diferencias Los elementos convergentes y complementarios encontrados se centran en tres ejes: los procesos proximales y el proceso de desarrollo del talento; características personales y catalizadores intrapersonales; y el momento y el progreso temporal del desarrollo del talento.

Palabras clave: Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner. Modelo Integrativo de Desarrollo del Talento. Desarrollo del talento.

Resumo

Articular diferentes disciplinas, modelos e teorias em um corpo integrado de estudo dos processos de desenvolvimento é um dos grandes desafios no campo da Ciência do Desenvolvimento Humano que, ao trabalhar com as transformações ao longo do tempo, tem se caracterizado pelo seu perfil normativo/seminormativo, afastando-se dos fenômenos idiossincráticos que definem o que é próprio de determinados indivíduos e não necessariamente é aplicável a todos ou a um grande grupo de pessoas. Dentre estas, aquelas que apresentam déficits ou capacidades muito acima da média apesar de terem nascido e crescido em circunstâncias consideradas "normais". Nessa perspectiva, o objetivo desse artigo é articular as convergências e complementaridades entre o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner e o Modelo Integrativo de Desenvolvimento de Talentos de Gagné almejando contribuir ao estudo da Ciência do Desenvolvimento Humano ao combinar tanto padrões

típicos de mudança (desenvolvimento normativo) quanto diferenças individuais. Os elementos convergentes e complementares encontrados centram-se em três eixos: os processos proximais e processo de desenvolvimento de talentos; as características pessoais e catalisadores intrapessoais; e o cronossistema e progresso temporal do desenvolvimento de talentos.

Palavras-chave: *Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner. Modelo Integrativo de Desenvolvimento de Talentos. Desenvolvimento de talentos.*

Introdução

Em um contexto da globalização, um dos grandes desafios no campo da Ciência do Desenvolvimento Humano é articular diferentes disciplinas, modelos e teorias em um corpo integrado de estudo dos processos de desenvolvimento humano (DESSEN; MACIEL, 2014), que o considerem como uma continuidade e, também, como uma série de mudanças sistemáticas, padronizadas e relativamente duradouras ao longo da vida, da concepção à morte (BALTES, 1987). Mudanças ao longo da vida são determinadas por uma série de influências que os indivíduos em desenvolvimento necessitam processar, reagindo e agindo à medida que suas vidas transcorrem.

Baltes (1987) propôs uma taxonomia para essas influências denominada modelo trifatorial: as graduadas pela idade, isto é, aquelas compartilhadas por todos os seres humanos com características genético-biológicas e ambientais e que têm uma forte relação com a idade cronológica, como o desenvolvimento pré-natal, nascer com um alto grau de imaturidade, caminhar e falar a uma certa idade etc.; as graduadas pela história, ou seja, as que são relacionadas ao tempo e ao contexto histórico de uma determinada geração, como crises econômicas e sociais, avanços tecnológicos, grandes mudanças educacionais, guerras civis, migrações etc.; e as influências não normativas, cuja principal característica é não seguir um curso geral e previsível e, desse modo, sua ocorrência, padronização e sequenciamento não são aplicáveis a muitos indivíduos, nem estão claramente vinculados a uma dimensão do tempo de desenvolvimento, como ganhar na loteria, encontros casuais, mudanças acidentais de carreira, realocação etc. Essas três formas de influências operam ao longo da vida, seus efeitos se acumulam com o tempo e são responsáveis por como as vidas se desenvolvem (BALTES, 1987); (BALTES; SMITH, 2004).

Desse modo, existem características do desenvolvimento humano que seguem uma sequência mais previsível quanto mais próximo estiver o indivíduo do princípio da sua trajetória vital. Ainda que o desenvolvimento ocorra em contato com o ambiente, parte do código genético, relacionada aos traços da espécie que são fundamentais para garantir seu futuro, é muito inflexível e seus “planos” são executados apesar de as condições ambientais (PALACIOS, 2004). Contudo, para Gottlieb (2003), a epigênese humana tem um desenvolvimento não determinístico, mas probabilístico e aberto às influências ambientais. O ambiente pode influenciar para que os conteúdos psicológicos e as capacidades se manifestem como uma espécie de “plataforma de lançamento” (PALACIOS, 2004), porém sem saber se aparecerão e nem quais serão.

Quanto mais distante o indivíduo está do início da trajetória vital, menos previsíveis e menos relacionados à maturação os desenvolvimentos se tornam (BALTES, 1987). A influência da cultura, as características do momento histórico no interior de uma determinada cultura, a diversidade que a caracteriza (p.ex., subgrupos sociais existentes nela) e as características

individuais (p.ex., genética e experiências pessoais) se tornam fundamentais. O aprendizado, destarte, torna-se um fator crítico para o desenvolvimento.

Nesse sentido, a Ciência do Desenvolvimento Humano, ao trabalhar com as transformações ao longo do tempo e ter como objeto de estudo a conduta humana, tem se caracterizado pelo seu perfil normativo/seminormativo ou, em outras palavras, pela sua aplicabilidade a todos os seres humanos ou a grandes grupos deles (BALTES, 1987), afastando-se dos fenômenos idiossincráticos, que definem o que é próprio de determinados indivíduos e não necessariamente é aplicável a todos ou a um grande grupo de pessoas, como crianças que apresentam déficits ou capacidades muito acima da média apesar de terem nascido e crescido em circunstâncias consideradas “normais”.

Posto isso, é imperativo integrar, em uma perspectiva multidisciplinar, o estudo do desenvolvimento humano com teorias e modelos que compreendam os processos humanos nos níveis intrapsíquico, interpessoal e societal de análise, combinando tanto padrões típicos de mudança (desenvolvimento normativo) quanto diferenças individuais. Esse é o sentido de articular, neste texto, o Modelo Bioecológico (MB) (BRONFENBRENNER, 1977, 1979; 1992; 1999), (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998; 2006) e o Modelo Integrativo de Desenvolvimento de Talentos (GAGNÉ, 1986; 1998; 2008; 2013a; 2013b; 2015; 2016; 2018), (GAGNÉ; MCPHERSON, 2016), (BÉLANGER; GAGNÉ, 2006).

Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner

Na década de 1970, as ciências sociais, como a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia, reconheciam a importância de integrar seus objetos de estudo particulares em um trabalho multidisciplinar que aprofundasse e facilitasse a compreensão dos fenômenos de desenvolvimento do indivíduo, da sociedade e da cultura em forma mais abrangente e integral (MOTA, 2005). Nesse cenário, com o intuito de reorientar a tradicional concepção atomista da psicologia que estuda os processos psicológicos, despontam as ideias de Urie Bronfenbrenner que, no seu livro *The ecology of human development: experiments by nature and design* (1979), questionava as teorias que consideravam o desenvolvimento e o contexto independentes um do outro, separando os atributos pessoais da cultura. Assim, propõe a Teoria Ecológica, que define o desenvolvimento como uma mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com seu ambiente (BRONFENBRENNER, 1979).

As ideias originais de Bronfenbrenner (1979) tiveram subseqüentes reformulações no intuito de descrever e explicar, em forma mais detalhada, o desenvolvimento humano em um modelo que considerasse, por um lado, as propriedades da pessoa e suas interações ou processos proximais e, por outro, incluísse o fator tempo (DESSEN; MACIEL, 2014) ou, em outros termos, a evolução de uma Teoria Ecológica para uma perspectiva Bioecológica caracterizada por uma transição de um foco no meio ambiente e no contexto para uma visão centrada nos processos proximais (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Bronfenbrenner e Morris (2006) ressaltam que o MB teve muitas influências relacionadas à investigação teórica e empírica sobre o desenvolvimento humano, dentre elas a psicologia cultural de Cole (1995) e a psicologia life-span (BALTES; LINDENBERGER; STAUDINGER, 2007). Contudo, o construto original desse modelo foi derivado da fórmula clássica de Kurt Lewin, que considerava o comportamento como uma função conjunta da pessoa e do ambiente. Bronfenbrenner substituiu o termo comportamento por desenvolvimento (NARVAZ; KOLLER, 2004), que foi definido por Bronfenbrenner e Morris (2006) como continuidade e mudanças nas características biopsicológicas individuais e grupais e como fenômeno que se

desdobra ao longo da vida, através de gerações consecutivas e do tempo. O modelo nascente, portanto, propõe que o desenvolvimento humano seja estudado por meio da interação sinérgica de quatro núcleos inter-relacionados: Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT) (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006) e, reitera-se, foi denominado como MB. Há que se assinalar que as contribuições de Bronfenbrenner mudaram ao longo do tempo, passando por três fases de evolução (KREBS, 1997) e, para evitar incoerências teóricas, o presente texto está alicerçado no MB como descrito principalmente por Bronfenbrenner e Morris (2006).

Dentre as propriedades definidoras do MB, o processo, como primeiro construto do modelo, constitui seu núcleo e abrange as diferentes formas de interação entre organismo e ambiente (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). Contudo, para os autores, o produto mais promissor do MB é a demonstração dos processos proximais (PP), que representam uma espécie de motores do desenvolvimento. Os autores definiram-nos como formas particulares de interação entre organismo e ambiente imediato que operam com o tempo. Esses processos foram postulados como os mecanismos primários que produzem o desenvolvimento humano. Dentro de certos limites, o ser humano, por meio deles, têm alterado a natureza e o curso de seu próprio desenvolvimento como espécie (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). São formas duradouras de interações regulares entre pessoas, objetos e símbolos por períodos de tempo determinados. No microsistema (p. ex., ambiente familiar e escolar), a pessoa experiencia, percebe e confere significado aos PP (DESSEN; MACIEL, 2014).

Não obstante, para compreender a dinâmica e poder dos PP, é preciso considerar os outros três construtos da teoria: 1) as características da pessoa (CP) em desenvolvimento; 2) a influência do microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, isto é, contextos ambientais imediatos e mais remotos); e 3) o papel dos períodos de tempo em que os PP ocorrem (cronossistema) (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

No que tange às CP, assevera-se que elas são produtoras e produtos do desenvolvimento ao influenciarem a forma, a força, o conteúdo e a direção dos PP (DESSEN; MACIEL, 2014). Bronfenbrenner e Morris (2006) destacam três dessas características pela sua capacidade de afetar a direção e o poder dos PP ao longo da vida e pela sua influência na definição do curso do desenvolvimento futuro (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). A primeira delas diz respeito às disposições, que oferecem ou não movimento e viabilidade operativa aos PP e que podem ser características geradoras ou comportamentos ativos (p. ex., curiosidade, tendência para se engajar em atividades individuais ou grupais, resposta à iniciativa de outros e autoeficácia) e disruptivas/inibidoras ou comportamentos passivos [impulsividade, explosividade, dificuldade de manter o controle e a integração do comportamento em diferentes domínios (NARVAZ; KOLLER, 2004), apatia, desatenção, irresponsabilidade, insegurança, timidez excessiva etc.], sendo que estas dificultam o processo de desenvolvimento (DESSEN; MACIEL, 2014). A segunda abrange os recursos bioecológicos que moldam as competências (p. ex., capacidades, experiências, conhecimentos e habilidades) ou deficiências (p. ex., problemas genéticos, baixo peso, deficiências físicas ou mentais) que modulam o funcionamento efetivo dos PP. Como terceira característica, propõem as demandas pessoais que desencadeiam ou desencorajam reações do ambiente social, estimulando ou inibindo a operação dos PP (BRONFENBRENNER & MORRIS, 2006), incluindo características pessoais, como aparência física, comportamento, atributos demográficos (p.ex., idade, gênero e etnia) que podem influenciar positiva ou negativamente as reações do ambiente (DESSEN; MACIEL, 2014).

Os PP também estão diretamente relacionados ao desenvolvimento das capacidades do indivíduo, uma vez que as CP incluem tanto a sua cognição em contexto quanto suas características socioemocionais e motivacionais como resultado da interação conjunta dos atributos determinados biopsicologicamente e aqueles construídos na sua interação com o ambiente (BRONFENBRENNER, 1992). À medida que as crianças crescem, suas capacidades de desenvolvimento se expandem em nível e amplitude e, conseqüentemente, os PP correspondentes para continuarem efetivos devem se tornar mais extensivos e complexos no intuito de facilitar a realização dos potenciais evolutivos (DESSEN; MACIEL, 2014). As CP, portanto, podem estimular ou inibir o desenvolvimento, nenhuma o influencia de forma isolada, precisando, portanto, serem compreendidas em uma perspectiva mais abrangente.

Reformulando o modelo original (BRONFENBRENNER, 1979), o MB incorpora os três tipos de CP descritos anteriormente à definição do microssistema, incluindo as características das pessoas significativas, regulares e por longos períodos de tempo na vida da pessoa em desenvolvimento (pais, parentes, amigos íntimos, professores, mentores, colegas de trabalho, cônjuges etc.) (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). Assim, a inclusão do microssistema reformulou a antiga metáfora dos quatro níveis ambientais na forma de estruturas concêntricas inseridas uma na outra, como espécie de Bonecas Russas (BRONFENBRENNER 1979), para diferenciar, expandir e integrar ainda mais a conceitualização original do ambiente.

O segundo construto-chave do MB, isto é, o contexto compreende a interação de quatro níveis ambientais (microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema). No núcleo central, o microssistema é definido como um intrincado conjunto de relações entre a pessoa e o ambiente imediato em que está inserida, considerando fatores como o número de participantes, as características físicas do lugar, as atividades desenvolvidas, os papéis sociais e as relações interpessoais em um determinado ambiente material e físico (RIBAS; MOURA, 2006). O MB enfatiza a contribuição direta dos PP para o desenvolvimento na interação não somente com pessoas, mas também com objetos e símbolos (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006), incluindo uma série de aspectos relevantes, como estética e nível de conforto, fatores contextuais importantes para o bem-estar da pessoa (LOMAS; HEFFERON; IVTZAN, 2016).

Em um nível mais abrangente, o mesossistema inclui interações, relações e processos (DESSEN; MACIEL, 2014) que ocorrem entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente e é continuamente modificada quando começa a participar deles (RIBAS; MOURA, 2006). Refere-se à interação entre microssistemas, reconhecendo que as pessoas existem em contextos interrelacionados que juntos afetam o funcionamento, os padrões de comunicação e outras influências bidirecionais (SHERIDAN et al., 2004). O exossistema, como uma extensão do mesossistema, abrange os ambientes dos quais a pessoa não participa diretamente, porém neles ocorrem eventos significativos que influem nela (RIBAS; MOURA, 2006). É a estrutura social mais ampla que influi nos microssistemas pessoais (BRONFENBRENNER, 1977). Refere-se essencialmente à comunidade em que se vive (LOMAS; HEFFERON; IVTZAN, 2016) e alude às relações e processos intercontextuais, em que pelo menos um desses mesossistemas não contém a pessoa em processo de desenvolvimento. Esse nível ultrapassa os contextos imediatos da pessoa ao incluir, por exemplo, estruturas sociais, formais e informais, como a rede social de apoio, comunidade e vizinhança, o trabalho dos pais e familiares, as instituições sociais, os meios de transporte e a comunicação em massa, as instalações e serviços de cuidado infantil e os espaços de recreação, cultura e exercício.

O macrossistema se refere a padrões institucionais abrangentes em escala nacional e internacional (BRONFENBRENNER, 1977). Inclui crenças, ideologias, religiões, valores, classes sociais, etnias e raças que, como padrões institucionais, sustentam a cultura em que a pessoa se desenvolve e são concebidos não apenas em termos estruturais, ou seja, sistemas econômico, social, educacional e político, mas como portadores de informação que, implícita e explicitamente, dão significado e motivação às redes sociais, aos agentes particulares e aos papéis e atividades sociais (DESSEN; & MACIEL, 2014). Outrossim, Lomas, Hefferon e Ivztan (2016) incluem o ecossistema refletindo a ideia de que todos os outros níveis estão incorporados em um contexto ainda maior da biosfera.

Bronfenbrenner e Morris (2006) consideram como significativa a crescente agitação e instabilidade nos principais ambientes em que a competência e o caráter humanos são modelados (crises sociais, políticas e financeiras frequentes advindas de uma globalização fragmentada, influência da mídia digital e avanços tecnológicos e científicos etc.), impactando na família (papéis familiares e cuidados com as crianças etc.), na educação, na sociedade em geral etc. Por isso, o modelo de Bronfenbrenner de 1979 que pouco menciona a dimensão do tempo foi reformulado, sendo que o MB (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006) incluiu o quarto e último construto: o cronossistema. Ele permite examinar as mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida e sua influência sobre o desenvolvimento humano. O cronossistema representa um aspecto chave do modelo proposto por Bronfenbrenner ao ultrapassar o curso de vida da pessoa e incluir toda a história da sociedade. O autor define o cronossistema como a mudança ou consistência ao longo do tempo das características da pessoa e do ambiente em que essa pessoa vive (BRONFENBRENNER, 1994) e é constituído por três níveis: microtempo; mesotempo; e macrotempo (NARVAZ; KOLLER, 2004).

No primeiro nível, microtempo, Bronfenbrenner e Morris (2006) se referem às continuidades e descontinuidades observadas em episódios dos PP que ocorrem com regularidade e em ambientes estáveis. Já o mesotempo inclui intervalos mais amplos e cujos efeitos cumulativos produzem resultados significativos para o desenvolvimento. No nível do macrotempo, o foco recai nas expectativas e mudanças de uma sociedade ao longo de gerações, considerando como esta influi e é influenciada pelos processos e resultados do desenvolvimento no curso de vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006); (DESSEN; MACIEL, 2014).

Considerando o MB como um modelo robusto e abrangente, é necessário utilizar também um modelo que considere com mais especificidade dotação e talento (D&T) e que incorpore e articule o fator tempo e as mudanças sociais e históricas no processo de desenvolvimento. Crawford, Snyder e Adelson (2019) argumentam que o IMTD possui essas características.

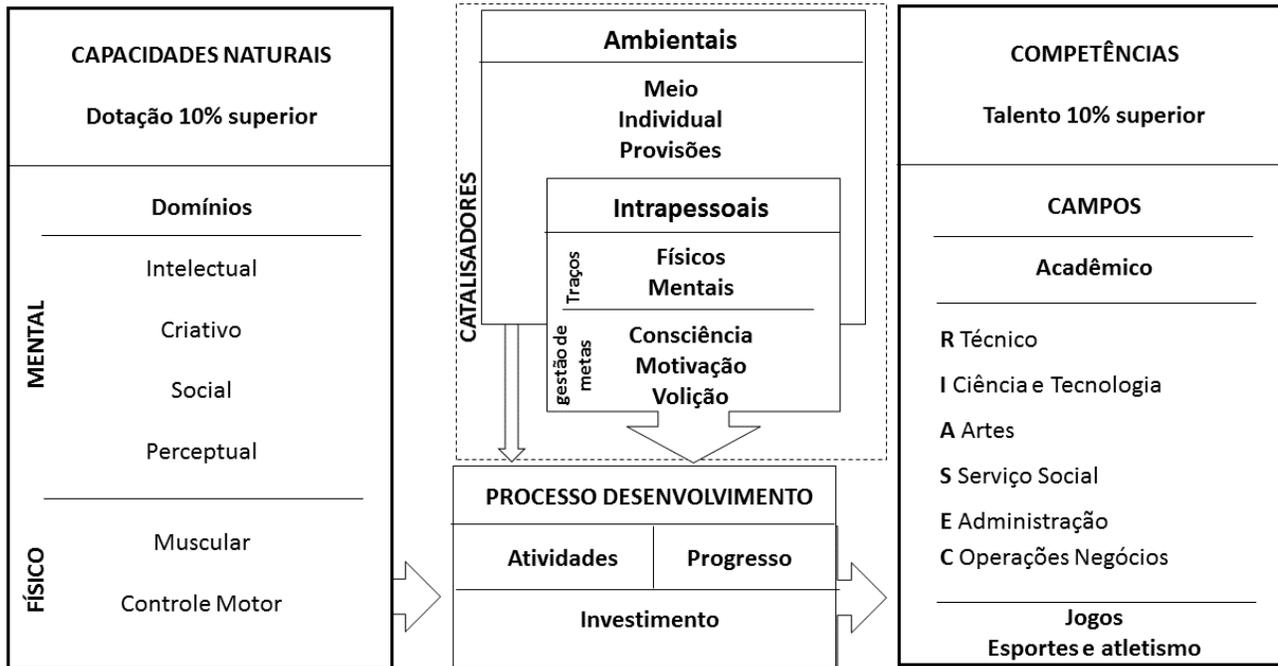
Modelo Integrativo de Desenvolvimento de Talentos

Os principais construtos DMGT são compostos pelo trio básico (GAGNÉ, 2013b), quais sejam, dotação, talento e Processo de Desenvolvimento, e dois elementos adicionais denominados catalisadores intrapessoais e ambientais, que possuem o papel de facilitadores no processo de desenvolvimento (Figura 1).

Ainda que sejam separados teoricamente, são construtos relacionados e interdependentes uma vez fazem parte de um processo que corresponde ao progressivo desenvolvimento da dotação em talentos (GAGNÉ, 2013b). O DMGT foi criado para assinalar a distinção entre D&T. Nele, a dotação é definida como a posse e uso de capacidades naturais sobressalentes ancoradas biologicamente e desenvolvidas informalmente (GAGNÉ, 2018) em um grau que

coloca a pessoa entre os 10% melhores de seus pares. Já o talento é considerado como o domínio dessas habilidades ou competências a partir de um desenvolvimento sistemático que se manifestam em pelo menos um campo da atividade humana e que aloca a pessoa entre os 10% mais destacados na sua especialidade (GAGNÉ, 2013a).

Figura 1. Modelo Diferencial de Dotação e Talento (baseado em Gagné, 2015).



Gagné (2015) considera que ambos conceitos implicam um processo integral e dinâmico em que se distinguem dois momentos: no primeiro, isto é, G (dotação), observa-se o potencial e a capacidade, com ênfase no futuro; e, num segundo momento, ou seja, T (talento), há a fase de realização de aptidões ou competências, com ênfase no presente. Refere-se, portanto, à avaliação diferencial entre aptidões e realizações, apesar de ambas constituírem alguma forma de desempenho. Como comenta Gagné (2013a), não existem necessariamente medidas de diferenciação de ambos momentos ao serem parte de um processo mais abrangente.

Angoff (1988) propôs dez características diferenciadoras entre aptidões (capacidades) e medidas de realização (habilidades) que incluem três elementos: conteúdo, processos e propósito. Nesse sentido, no que se refere ao seu conteúdo, Gagné (2013b) considera que as aptidões (capacidades naturais ou dotação) são mais gerais e representam aquisições mais antigas. No que concerne às competências (habilidades sistematicamente desenvolvidas ou talento), elas possuem um conteúdo mais específico e representam aquisições recentes e sua transferência para outras situações. No que se refere aos processos, as capacidades possuem um fundamento genético com um desenvolvimento mais lento, são resistentes à estimulação e aprendidas mais informalmente. As competências, porém, possuem um componente centrado na prática, desenvolvem-se mais rapidamente, são suscetíveis à

estimulação e aprendidas mais formalmente. Finalmente, quanto ao propósito, as capacidades são prospectivas (previsão de aprendizado futuro) enquanto as competências são de uso retrospectivo (avaliando o aprendizado), limitadas a pessoas sistematicamente expostas a aprendizagem formal (ABAD; ABAD, 2020).

Outro elemento importante do DMGT diz respeito à prevalência de D&T e à necessidade de um consenso entre os profissionais a esse respeito. No artigo *A Proposal for Subcategories within Gifted or Talented Populations* (1998) Gagné utilizou o 90º percentil e o sistema métrico como limiar para a D&T no DMGT. Dentre as razões para essa escolha, o autor considerou que uma expressão matemática seria mais fácil de entender para aqueles que não estão familiarizados com a psicométrica e que essa proporção se aproxima do ponto médio da gama de sugestões observadas nas pesquisas (GAGNÉ, 2013b). Considerou cinco níveis estruturados hierarquicamente, cada um deles incluindo os 10% superiores: moderadamente superior (10%); superior (1%); altamente superior (1:1.000); excepcionalmente superior (1:10.000); e extremamente ou profundamente superior (1:100.000) (GAGNÉ, 2013a).

Pelo fato de as capacidades naturais geralmente se manifestarem na infância ou na adolescência, existem observadores leigos que acreditam que são inatas. Porém, Gagné não compartilha desse ponto de vista. Ele considera que as capacidades naturais não têm essa característica (GAGNÉ, 2016). Para ele, a dotação se observa mais facilmente em crianças pequenas porque as atividades sistemáticas de aprendizado formal ainda não as transformaram em talentos específicos. Os traços de dotação aparecem por meio do exercício informal e dos processos de maturação (GAGNÉ, 2013a). O componente G agrupa as capacidades naturais em seis subcomponentes denominados domínios: quatro pertencentes ao domínio mental (intelectual, criativo, social, perceptivo) e dois ao domínio físico (muscular, controle motor) (GAGNÉ, 2015).

A dotação possui um conteúdo mais geral do que o talento, tem um substrato genético e se desenvolve mais lentamente que este. Contudo, Gagné (2015) pondera que a característica mais sobressalente das pessoas com dotação é a facilidade e a rapidez no aprendizado e a facilidade de utilizar suas capacidades naturais no processo de aprendizagem. Isso as diferencia de outras pessoas na sua mesma faixa etária. O talento é o resultado do processo do desenvolvimento e é produto de treinamento sistemático das capacidades naturais excepcionais (GAGNÉ, 2015). Com base nesse componente do DMGT, é possível compreender, por exemplo, o desenvolvimento de prodígios, isto é, a criança com habilidades desenvolvidas (Às vezes sem treinamento sistemático.) ao nível de um profissional adulto (ABAD; ABAD, 2020).

Gagné (2013a) considera que o processo de desenvolvimento de talento (D) é constituído por três subcomponentes: as atividades, o investimento e o progresso. O processo inicia quando uma criança, um adolescente ou um adulto se torna talentee [Neologismo utilizado por Gagné (2015) para descrever as pessoas que fazem parte ativa de um programa de desenvolvimento de talentos] depois de um processo de indicação ou identificação. A partir deste momento, o talentee tem acesso a um programa sistemático de longo prazo estruturado por uma série de atividades que incluem um conteúdo específico ou currículo e são facilitadas em um ambiente de aprendizado característico. Contudo, é possível que esse ambiente seja ou não estruturado, incluindo, desse modo, a aprendizagem autodidata (GAGNÉ, 2015; 2016).

O segundo subcomponente do D refere-se ao investimento, que está relacionado com a intensidade do processo de desenvolvimento, considerando o tempo, os recursos financeiros

e a energia psicológica (GAGNÉ, 2013a). Finalmente o terceiro subcomponente alude ao progresso. Este está dividido em uma série de fases ou estágios: num processo total, desde o momento em que os talentos acessam o programa até o seu desempenho máximo. Assim sendo, o talentado pode ser classificado em: novato, avançado, proficiente e especialista. Contudo, seu ritmo é sua principal representação quantitativa (GAGNÉ, 2015).

Por conseguinte, o D está estruturado a longo prazo num programa de atividades de aprendizagem ancorado em um currículo acadêmico constantemente desafiador direcionado para a consecução de metas de excelência de alto nível. Segundo Gagné (2013a), o D precisa de intervenções oportunas, de um programa de treinamento/currículo enriquecido, do agrupamento das habilidades em período integral, do enriquecimento sistemático diário, de objetivos de excelência pessoal, de critérios de acesso altamente seletivos e de estimulação personalizada e acelerada.

Destarte, como produto do treinamento sistemático de capacidades naturais excepcionais, isto é, desenvolvimento (D), o talento representa o polo de desempenho no continuum potencial-desempenho (GAGNÉ, 2013a). Neste sentido, no que tange aos subcomponentes (domínios), o DMGT agrupa as competências (talento) utilizando a Tipologia de Estruturas Vocacionais (TEV) de Holland (GAGNÉ, 2015). A TEV considera que as preferências ocupacionais expressam características de interesse e de personalidade e, apesar de suas combinações permitirem até 720 diferentes padrões ou subtipos propõe seis tipologias principais: Realista, Investigativa, Artística, Social, Empreendedora e Convencional (RIASEC) (MCDERMOTT; DELL, 2014). Para completar esta taxonomia, Gagné (2015) adiciona três subcomponentes: disciplinas acadêmicas pré-ocupacionais, jogos e esportes.

Os dois elementos adicionais do trio básico proposto por Gagné (2013b) são denominados catalisadores intrapessoais (I) e ambientais (E), que possuem o papel de facilitadores no processo. O autor utiliza o conceito de catalisadores emprestado do campo da química para se referir metaforicamente ao papel facilitador dos elementos que estão envolvidos indiretamente em um processo químico (ABAD; ABAD, 2020). Como concepção análoga, os catalisadores influenciam o desenvolvimento (D) (Gagné, 2015) e se dividem em: intrapessoais, – ou seja, características individuais que definem aos próprios talentos; e ambientais, isto é, – onde o processo de desenvolvimento se desenrola.

Na primeira dimensão dos catalisadores intrapessoais (I), encontram-se, por um lado, tanto os traços físicos (p. ex., aparência geral, características raciais ou étnicas, deficiências, doenças crônicas etc.) quanto os mentais (p. ex., temperamento, personalidade etc.), que influenciam no processo de desenvolvimento de talento (GAGNÉ, 2015). Por outro lado, na segunda dimensão, na qual podem ser observados os processos orientados para objetivos ou gerenciamento de metas, incluem-se três subcomponentes: Consciência, Motivação e Volição. No que diz respeito ao primeiro subcomponente, é importante salientar que o termo em inglês utilizado por Gagné (2013a) para consciência é *awareness* que em sua acepção original está relacionado com a percepção ou conhecimento de uma situação ou fato, de “dar-se conta”. Nesse sentido, quando a pessoa é ciente de seus pontos fortes e fracos e reconhece a influência dos fatores intrapessoais e ambientais, o processo de desenvolvimento de seus talentos é facilitado (ABAD; ABAD, 2020).

A diferenciação entre os subcomponentes Motivação e Volição é uma das características que robustece o modelo DMGT. Nesse sentido, Gagné (2015) utiliza a Teoria de Controle da Ação (Action Control Theory) para explicar como as pessoas se comprometem com as metas,

especificando as estratégias do processamento pré-decisional e pós-decisional. Esta teoria inclui um dos tópicos que mais interessam aos pesquisadores educacionais no campo da formação docente: as capacidades conativas (motivação e volição), que podem explicar as diferenças individuais na aprendizagem e no desempenho (CORNO, 1993). Para Gagné (2013a), existe uma diferença entre atividades de identificação de objetivos (Motivação) e de obtenção de metas (Volição). No que se refere a como atingir o objetivo, o conceito de volição inclui o esforço e os processos de concentração e atenção. Desse modo, ajudam o processo de aprendizagem.

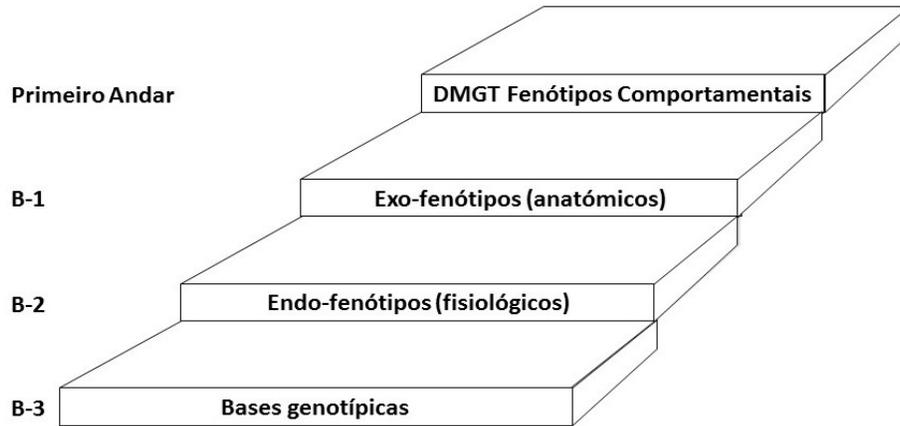
Gagné (2013a) comenta, em relação aos catalisadores ambientais (E), que estes podem ser divididos em três subcomponentes: Meio, Indivíduos e Recursos. O primeiro pode ser analisado de acordo com vários níveis, tendo como base os estímulos que os talentos priorizam. Inclui uma diversidade de influências ambientais: físicas (p. ex., clima e vida rural versus clima e vida urbana etc.); sociais; políticas; financeiras; e culturais (GAGNÉ, 2015). Inclusive, pode ser examinado em níveis macroscópicos (p. ex., geográficos, demográficos e sociológicos) e microscópicos (p. ex., tamanho da família, status socioeconômico e estrutura familiar) (GAGNÉ, 2013a). O segundo subcomponente se refere à influência psicológica de pessoas importantes no ambiente imediato das pessoas com dotação, como pais, irmãos, professores, treinadores, pares, mentores ou figuras públicas adotadas como modelos (GAGNÉ, 2015). Finalmente, o subcomponente Recursos, trata de facilitadores do desenvolvimento de talentos, incluindo as facetas tradicionais de enriquecimento curricular, práticas administrativas e conteúdo (GAGNÉ, 2015).

O Modelo de Desenvolvimento das Capacidades Naturais

Gagné, ao refletir sobre a influência das capacidades naturais e suas raízes biológicas, observou que precisava considerá-las em algum lugar do DMGT. Destarte, desenvolveu o Modelo de Desenvolvimento das Capacidades Naturais (DMNA) respondendo às seguintes questões fundamentais: Onde os fundamentos biológicos das características humanas se acomodam em um processo global de desenvolvimento de talentos? Como as capacidades naturais se desenvolvem? Especialmente durante os primeiros estágios da vida? E por que não é adequado considerar as capacidades naturais como inatas? (GAGNÉ, 2015). Com intuito de responder essas questões, o autor realizou algumas alterações teóricas, dentre elas: determinar a base biológica do DMGT, considerando as principais categorias e níveis; explicitar a interação dinâmica entre as bases biológicas e outras influências responsáveis pelo desenvolvimento de capacidades naturais – DMNA; e criar o Modelo Integrativo de Desenvolvimento de Talentos (IMDT) como a síntese do DMGT e do DMNA (GAGNÉ, 2015).

A base biológica das capacidades naturais se manifesta de diversas maneiras: expressão gênica em proteínas; características anatômicas ou morfológicas; atividade neurofisiológica; e outros processos (GAGNÉ, 2013a). No que tange ao “lugar” ocupado pelos fundamentos biológicos das características humanas no processo global de desenvolvimento de talentos, Gagné (2013a) propõe o DMNA (Figura 2) como uma organização hierárquica em três níveis: base química inferior ou fundações genotípicas; o embasamento fisiológico (p. ex., processos microbiológicos e fisiológicos); e o embasamento morfológico superior (características anatômicas que podem afetar as capacidades ou os catalisadores intrapessoais). Descreve as bases biológicas do modelo utilizando a metáfora de um prédio.

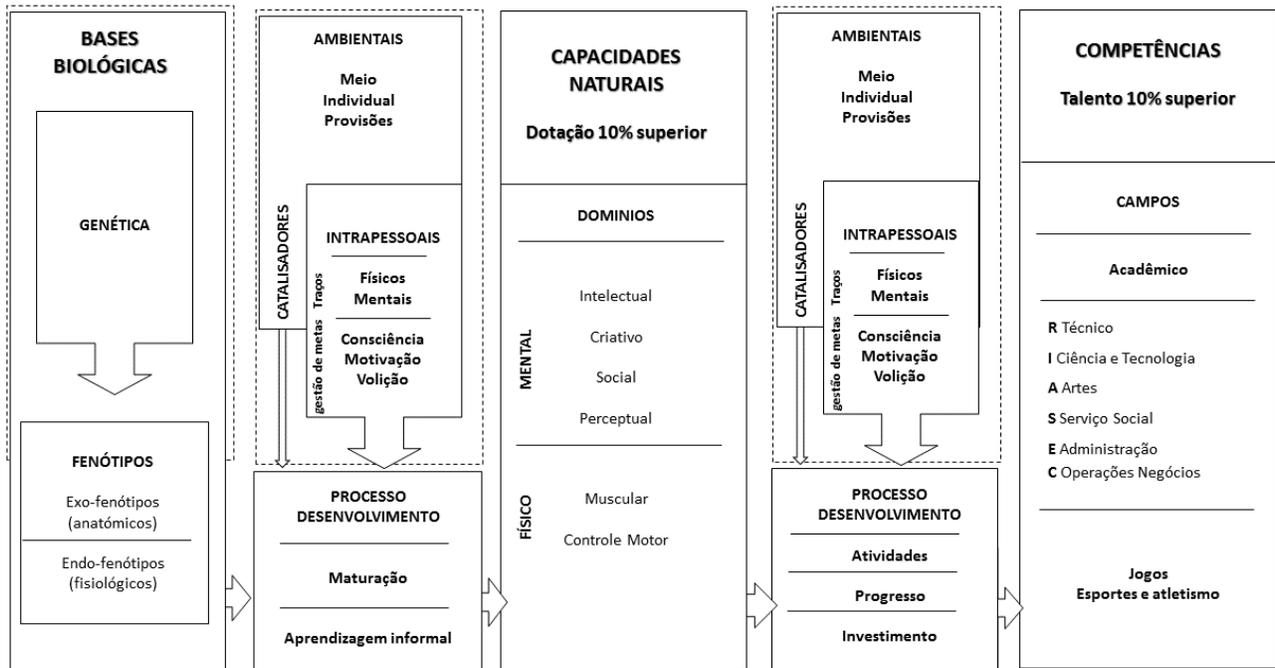
Figura 2. Bases biológicas do modelo DMNA (Baseado em Gagné, 2015).



Modelo Integrativo de Desenvolvimento de Talentos

Como culminação de suas reflexões teóricas, Gagné (2016) integrou o DMGT e o DMNA em um modelo que mostra como o Desenvolvimento de talentos tem suas origens no surgimento progressivo de capacidades naturais, desde o complexo processo de embriogênese. Ele considera que elas tomam forma lentamente em diferentes níveis de expressão de uma pessoa para outra, graças aos facilitadores denominados de catalisadores (GAGNÉ, 2013a; 2018) (Figura 3).

Figura 3. Modelo Integrativo de Desenvolvimento de Talentos (IMTD) (Baseado em Gagné, 2015).



Interfaces entre o Modelo Bioecológico e o Modelo Integrativo de Desenvolvimento do Talento

Como evidenciado por Abad e Barbosa (2019), o Modelo Bioecológico e o Modelo Integrativo de Desenvolvimento do Talento possuem elementos convergentes, porém pouca atenção tem sido dada a essas interfaces. Assim, com o intuito de contribuir para uma visão mais crítica, integrada e abrangente dos processos de indicação, identificação e desenvolvimento de D&T, são apresentadas algumas articulações entre os modelos segundo três eixos: 1) Processos Proximais (PP) e Processo de Desenvolvimento de D&T (D); 2) Características Pessoais e Catalisadores Intrapessoais (I); 3) Cronossistema e Progresso do desenvolvimento de D&T.

Processos Proximais e Processo de Desenvolvimento de Talentos

Gagné (2015) considera, no IMTD, o talento como o resultado do treinamento sistemático das capacidades naturais excepcionais ou, em outros termos, do fato de a pessoa com dotação estar em uma atividade relacionada a suas capacidades de forma regular, por períodos prolongados de tempo e com atividades progressivamente mais desafiadoras que estimulem, dessa maneira, seu interesse e comprometimento com a tarefa – atividades, progresso e investimento (GAGNÉ, 2015). Consequentemente, os três subcomponentes propostos por Gagné são compatíveis com os PP no MB, conceito que se refere aos fatores de desenvolvimento humano em geral (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006) ao talento em particular, que abrangem a necessidade de a pessoa estar engajada em uma atividade, a interação acontecer regularmente em períodos prolongados de tempo, as atividades serem progressivamente mais complexas, que a reciprocidade ocorrer nas relações interpessoais e os símbolos presentes no ambiente imediato estimularem a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

No MB, evidencia-se a influência da teoria de Vygotsky (1998) no que se refere ao conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que diz respeito à distância entre o estado de desenvolvimento real ou atual da pessoa e de seu potencial. Quanto à perspectiva de Gagné, é possível estabelecer analogias entre ZDP e D. Nesse sentido, Bronfenbrenner e Morris (1998) consideram a importância tanto da reciprocidade das relações interpessoais da pessoa em desenvolvimento quanto a necessidade de que os símbolos presentes no ambiente imediato estimulem a sua atenção, exploração, manipulação e imaginação.

Os PP (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998) e o D (GAGNÉ, 2015) possuem elementos convergentes, como mencionado anteriormente. Além disso, o IMTD se beneficia e complementa com o MB ao considerar que, no processo de desenvolvimento de talentos, as atividades têm significado em um determinado contexto social e cultural e são influenciadas, construídas e transformadas nas trocas com outras pessoas dotadas e membros do grupo social. Por seu turno, Ribas e Moura (2006) advertem que Bronfenbrenner, ao observar os símbolos presentes no ambiente imediato como estímulos para a pessoa em desenvolvimento, considera instrumentos, signos e práticas culturais como mediadores, carregados de significação cultural.

Características Pessoais e Catalisadores Intrapessoais

No IMTD, as manifestações da base biológica das capacidades naturais (p. ex., genética, endo e exo-fenótipos) estão organizados hierarquicamente em três níveis (fundações genotípicas, embasamento fisiológico e embasamento morfológico superior) que afetam diretamente os I e, portanto, o desenvolvimento das capacidades naturais excepcionais ou dotação G

(GAGNÉ, 2013a). Para o MB, a hereditariedade passa a ser elemento chave, pois os PP são vistos como os mecanismos por meio dos quais genótipos se transformam em fenótipos (KREBS; COPETTI; BELTRANE, 1997).

Bronfenbrenner & Morris (1998) consideram que as características pessoais não possuem, por si próprias, nenhuma disposição seletiva para a ação, porém influenciam a capacidade de um organismo se ocupar efetivamente em PP. Podem, por um lado, se manifestar como limitações, rompendo a integridade funcional de um organismo (p. ex., defeitos genéticos, danos cerebrais causados por acidentes, dificuldades físicas, processos degenerativos ou doenças severas persistentes), ou como capacidades (p. ex., destrezas, experiências pessoais e conhecimentos que se estendem a domínios em que os PP fazem seu trabalho construtivo) (COPETTI; KREBS, 2004). Nesse sentido, as características pessoais podem fomentar ou interromper os PP no processo de desenvolvimento da G, ao serem forças geradoras ou desorganizadoras que afetam a direção e o poder deles (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

As CP destacadas por Bronfenbrenner e Morris (1998) são condizentes com o conceito de I de Gagné (2015) já que se referem ao papel facilitador ou dificultador das características que definem aos próprios talentos e que influenciam no D. Assim, a primeira (disposições) oferece movimento e viabilidade operativa – ou não – aos PP e podem ser características geradoras ou disruptivas/inibidoras (NARVAZ; KOLLER, 2004). A segunda (recursos biológicos) constitui capacidades que facilitam ou dificultam o funcionamento efetivo dos PP. Ademais, as características pessoais desencadeiam ou desencorajam reações do ambiente social – p. ex., aparência física atrativa versus sem graça, bebês agitados versus felizes, passividade versus hiperatividade (COPETTI; KREBS, 2004), – estimulando ou inibindo os PP (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Cronossistema e Progresso do desenvolvimento de Talentos

Bronfenbrenner e Morris (2006), considerando as mudanças e a instabilidade dos principais ambientes em que as competências e caráter humanos são modelados, incluem, no MB, o cronossistema, que permite examinar as mudanças e continuidades ao longo do curso de vida e sua influência sobre o desenvolvimento humano. O cronossistema representa um aspecto chave do modelo de Bronfenbrenner, já que transcende a dimensão pessoas, incluindo a história da sociedade. O autor define o cronossistema como a mudança ou consistência ao longo do tempo, das características da pessoa e do ambiente em que essa pessoa vive (BRONFENBRENNER, 1992) e é constituído por três níveis: microtempo; mesotempo; e macrotempo (NARVAZ; KOLLER, 2004). Já o IMTD utiliza a variável tempo ao descrever o processo de desenvolvimento de talentos considera o progresso dos D&T como uma série de fases organizadas numa trajetória de desenvolvimento de longo prazo marcada por uma série de transformações mais ou menos cruciais (GAGNÉ, 2013a). O IMTD se concentra nas duas primeiras dimensões cronológicas (microtempo e mesotempo). Por sua vez, o MB dedica atenção especial ao macrotempo, que se refere às mudanças de expectativas e eventos na sociedade em geral dentro e através das gerações (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006), considerando os símbolos, práticas, atividades e instrumentos desde uma perspectiva tanto sincrónica, quanto diacrónica. Assim, ambos se mostram complementares.

Considerações Finais

MB e IMTD possuem vários elementos convergentes. Todavia, como evidenciado na revisão sistemática de Abad e Barbosa (2019), pouca atenção tem sido dada a essas interfaces. Em

síntese, as articulações entre os modelos centram-se em três eixos: 1) Processos Proximais e processo de desenvolvimento de Talentos; 2) Características Pessoais e catalisadores intrapessoais; 3) cronossistema e progresso temporal do desenvolvimento de talentos.

Essas articulações são decorrentes da inter-relação entre as dimensões individual, social e cultural no processo de desenvolvimento humano. Por conseguinte, ressalta-se a importância de estudar os processos de desenvolvimento normativo e idiossincrático em um modelo integrado, que contribua para uma visão mais crítica e abrangente na indicação, identificação e desenvolvimento de D&T.

Considera-se, também, que o MB completa e robustece o modelo de Gagné, ao considerar as mudanças nas sociedades e ao longo de gerações (macrotempo); fatores vitais para entender o processo de desenvolvimento de D&T tanto por uma perspectiva sincrônica, quanto um prisma diacrônico. Ademais, parafraseando a Vygotsky (1998), complementa-se que o homem, ao alterar o meio ambiente, modifica sua própria natureza humana. Assim, o desenvolvimento social e tecnológico é produto e produtor de D&T.

Referências

Abad, Alberto; Barbosa, Altemir. Interfaces entre a perspectiva Bioecológica de Bronfenbrenner e o Modelo Integrativo de Desenvolvimento de Talentos. Anais 3º Seminário de Altas Habilidades: formação, atendimento e políticas públicas. Eixo 3. Atendimento: Práticas, procedimentos de ensino e adaptações curriculares para altas habilidades. Universidade Federal de São Carlos UFSCar. 2019

Abad, Alberto; Abad, Thaís. (2020). Dotação e talento: um olhar na teoria de Gagné. Educação Por Escrito, no prelo. 2020

Angoff, William H. The nature-nurture debate, aptitudes, and group differences. *American Psychologist*, 1988, 43.9: 713.

Baltes, Paul B.; Reese, Hayne W.; Lipsitt, Lewis P. Life-span developmental psychology. *Annual review of psychology*, 1980, 31.1: 65-110.

Baltes, Paul B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 1987, 23.5: 611.

Baltes, Paul B.; Smith, Jacqui. Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in human development*, 2004, 1.3: 123-144.

Baltes, Paul B.; Lindenberger, Ulman; Staudinger, Ursula M. Life span theory in developmental psychology. *Handbook of child psychology*, 2007.

Bélangier, Jean; Gagné, François. Estimating the size of the gifted/talented population from multiple identification criteria. *Journal for the Education of the Gifted*, 2006, 30.2: 131-163.

Bronfenbrenner, Urie. Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 1977, 32.7: 513.

Bronfenbrenner, Urie. *The ecology of human development*. Harvard university press, 1979.

Bronfenbrenner, Urie. Ecological system theory. In VASTA, R. (Org). *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-249). London. 1992.

Bronfenbrenner, Urie. *Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models*. 1999.

- Bronfenbrenner, Urie; Morris, Pamela. The ecology of developmental process. In DAMON, W.; LERNER, R. (Orgs.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 793-828). New York: Wiley. 1998.
- Bronfenbrenner, Urie; Morris, Pamela. The Bioecological Model of Human Development. Chapter 14 in Learner, R (Ed). *Handbook of Child Psychology, Volume 1 Theoretical Models of Human Development*. 2006.
- Cole, Michael. Culture and cognitive development: From cross-cultural research to creating systems of cultural mediation. *Culture & Psychology*, 1995, 1.1: 25-54.
- Copetti, Fernando; Krebs, Ruy Jornada. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil*, 2004, 67-89.
- Corno, Lyn. The best-laid plans: Modern conceptions of volition and educational research. *Educational researcher*, 1993, 22.2: 14-22.
- Crawford, Brittany F.; Snyder, Kate E.; Adelson, Jill L. Exploring obstacles faced by gifted minority students through Bronfenbrenner's bioecological systems theory. *High Ability Studies*, 2019, 31.1: 43-74.
- Dessen, M. A.; Maciel, D. A. *A Ciência do Desenvolvimento Humano-Desafios para a psicologia e a educação*. Curitiba: Juruá Editora, 2014.
- Gagné, François. From Gifts to Talents: The DMGT as a Development Model. In STERNBERG, R.; DAVIDSON, J. (Eds.). (1986). *Conceptions of giftedness*. Cambridge University Press.
- Gagne, François. A proposal for subcategories within gifted or talented populations. *Gifted Child Quarterly*, 1998, 42.2: 87-95.
- Gagné, François. Building gifts into talents: Overview of the DMGT. In: *Asia Pacific Conference for Giftedness. 10th Conference, Asia-Pacific Federation of the World Council for Gifted and Talented Children*, Singapore. 2008.
- Gagné, François. The DMGT/IMTD Building Talented Outputs Out of Gifted Inputs. In CALLAHAN, C.; HERTBERG-DAVIS, H. (Eds.). 2013a *Fundamentals of Gifted Education: considering multiple perspectives*. Second Edition.
- Gagné, François. Yes, giftedness (aka "innate" talent) does exist. The complexity of greatness: Beyond talent or practice, 2013, 191-221.
- Gagné, François. From genes to talent: The DMGT/CMTD perspective. *De los genes al talento: la perspectiva DMGT/CMTD*. *Revista de Educación*, 368, 12-37. 2015.
- Gagné, François. From Genes to Talents: The DMGT/CMTD perspective. In PISKE, F; STOLTZ, T.; MACHADO, J.; BAHIA, S. (Eds.). 2016. *Altas Habilidades/Superdotação e criatividade: identificação e atendimento*. Juruá Editora. Curitiba.
- Gagné, François. (2018). Academic talent development: Theory and best practices. In PFEIFFER, S.; SHAUNESSY-DEDRICK, E.; FOLEY-NICPON, M. (Eds.) 2018. *APA handbooks in psychology. APA handbook of giftedness and talent* (p. 163–183). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000038-011>
- Gagné, François; Mcpherson, Gary E. Analyzing musical prodigiousness using Gagné's integrative model of talent development. *Musical prodigies: Interpretations from psychology, education, musicology, and ethnomusicology*, 2016, 1: 3-114.
- Gottlieb, Gilbert. Probabilistic epigenesis of development. *Handbook of developmental psychology*, 2003, 3-17.
- Krebs, Ruy Jornada. Urie Bronfenbrenner e a ecologia do desenvolvimento humano. Casa Editorial, 1995.

Krebs, Rui Jornada; COPETTI, Fernando; BELTRAME, Thais Silva. Uma releitura da obra de Urie Bronfenbrenner: a teoria dos sistemas ecológicos. KREBS, Rui Jornada. Teoria dos sistemas ecológicos: um novo paradigma para a educação infantil. 1997. Santa Maria: Kinesis, 17-40.

Krebs, Ruy Jornada. A teoria dos sistemas ecológicos: um paradigma para a educação infantil. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Física e Desportos. 1997.

Lomas, Tim; Hefferon, Kate; Ivtzan, Itai. Positive developmental psychology: A review of literature concerning well-being throughout the lifespan. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2016, 4.2: 143-164.

Mcdermott, Amber N.; Dell, Thomas F. Review of Vocational preference inventory (ed.). 2014. <https://doi.org/10.1177/0034355213509856>

Mota, Márcia Elia da. Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. *Temas em psicologia*, 2005, 13.2: 105-111.

Narvaz, Martha Giudice; Koller, Silvia Helena. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Ecologia do desenvolvimento humano. Pesquisa e intervenção no Brasil*, 2004, 51-65.

Palacios, Jesús. Psicologia evolutiva: conceito, enfoques, controvérsias e métodos. In COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (2004). *Desenvolvimento Psicológico e Educação. Volume 2: Psicologia Evolutiva*. Penso Editora.

Ribas, Adriana Ferreira Paes; Moura, Maria Lucia Seidl de. Abordagem sociocultural: algumas vertentes e autores. *Psicologia em estudo*, 2006, 11.1: 129-138.

Shaffer, David David Reed; Kipp, Katherine. *Developmental psychology: Childhood & adolescence: Childhood and adolescence*. Cengage Learning, 2010.

Sheridan, Susan M., et al. Family-centered positive psychology: Focusing on strengths to build student success. *Psychology in the Schools*, 2004, 41.1: 7-17.

Vygotsky, Lev Semionovic. *A formação Social da mente (Trad.)* São Paulo. 1998.

LA EDUCACIÓN A PERSONAS MAYORES EN CUBA: RETOS Y OPORTUNIDADES. REFLEXIONES DESDE UNA EXPERIENCIA LOCAL

EDUCATION FOR THE ELDERLY IN CUBA: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES. REFLECTIONS FROM A LOCAL EXPERIENCE.

Andy Luis Marrero Vega

Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana

Resumen

El presente artículo tiene el propósito de visibilizar los retos y las oportunidades en la educación a personas mayores, desde una experiencia educativa situada en un aula de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana (CUAM), con sede en el propio campus universitario. Las reflexiones derivan de los problemas afrontados durante el desarrollo de un curso básico que tuvo lugar en el período 2022-2023. Los principales retos identificados son: el transporte y la limitación de la movilidad, el avance de concepciones edadistas; y la poca disponibilidad de recursos materiales y humanos. Entre las oportunidades se identifican: el envejecimiento poblacional como marco propicio para la adopción de políticas favorables a este sector etario, los saberes teóricos, prácticos y metodológicos acumulados en la enseñanza a personas mayores por más de veinte años por la CUAM; y la presencia de redes sociales e institucionales. El aprendizaje a lo largo de la vida en el contexto de una sociedad altamente envejecida, como es el caso de Cuba, posee un valor estratégico a nivel de país y su promoción no puede resultar postergada; sino que demanda de acciones concretas y un apoyo institucional coherente con las prácticas discursivas oficiales.

Palabras claves: Educación, persona mayor, envejecimiento, vejez, edadismo.

Abstract

The purpose of this article is to make visible the challenges and opportunities in the education of the elderly, from an educational experience located in a classroom of the University Chair for the Elderly of the University of Havana (CUAM), based in the university campus itself. The reflections derive from the problems faced during the development of a basic course that took place in the period 2022-2023. The main challenges identified are: transportation and limited mobility; the advance of ageist conceptions; and the limited availability of material and human resources. Among the opportunities identified are: population aging as a propitious framework for the adoption of policies favorable to this age group; the theoretical, practical and methodological knowledge accumulated in teaching the elderly for more than twenty years by CUAM; and the presence of social and institutional networks. Lifelong learning in the context of a highly aged society, as is the case of Cuba, has a strategic value at the country level and its promotion cannot be postponed; it demands concrete actions and institutional support consistent with official discursive practices.

Keywords: Education, elderly people, aging, old age, ageism.

Introducción

El mes de marzo de 2020 impuso una ruptura y crisis en la realidad cubana. No obstante, la pandemia por Covid-19 no supuso el cese del trabajo realizado por la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana (CUAM por sus siglas). En este escenario tuvo lugar la inédita experiencia de la coordinación de Psicogrupos WhatsApp de Atención Psicológica a Distancia de Personas Mayores y Cuidadores/as (Colectivo de Autores, 2021).

Esta experiencia de telepsicología fue pionera para el gremio de psicólogos cubanos. Consistió en una respuesta innovadora a una demanda de apoyo y acompañamiento psicosocial ante una situación de crisis multidimensional (sanitaria, social, entre otras.).

La flexibilización de las medidas higiénico-sanitarias y de aislamiento físico, los avances en el proceso de vacunación en Cuba, así como el logro de una nueva cultura del cuidado propio y ajeno; sentaron las bases para el (re) inicio presencial del programa educativo de la CUAM dirigido a las personas mayores.

El programa docente presenta dos modalidades fundamentales: el curso básico y los cursos de continuidad. La modalidad básica tiene una duración de un año escolar y está conformada por 4 módulos temáticos. La modalidad de continuidad constituyen una profundización en diversos temas orientado a los egresados del curso básico (Orosa, Henriquez, & Sánchez, 2021).

El (re) inicio de las actividades docentes de la Cátedra ocurre en un contexto socio-histórico diferente al pre-pandémico. La experiencia práctica en el trabajo con personas mayores ha hecho notar que nociones previamente posicionadas en los imaginarios colectivos, tales como envejecimiento activo y saludable; han sufrido un retroceso. Este vacío ha sido entonces ocupado por concepciones edadistas que tienen, entre otras implicaciones, la limitación de la autonomía, la independencia y la participación social de estos.

Las presentes reflexiones tienen, como lugar de enunciación, la experiencia del autor del presente artículo en el rol de coordinador académico de un aula de la modalidad básica de la CUAM, durante el curso 2022-2023. La misma tuvo sede en el campus de la Universidad de La Habana.

El grupo tuvo una matrícula de 31 estudiantes, su distribución por sexos fue de 6 hombres y 25 mujeres. Las edades oscilaron entre los 60 y los 82 años de edad. La heterogeneidad étnica es también característica de este grupo. Incluyó la presencia de dos educandos de nacionalidad chilena, uno de estos pertenece a los pueblos originarios. Los niveles de escolaridad fluctuaron desde la enseñanza técnica hasta la universitaria. La diversidad fue un rasgo esencial del grupo en cuestión.

Las ideas que se presentarán a continuación pretenden visibilizar retos y oportunidades a las que pudiera enfrentarse una persona que asuma la educación a personas mayores como opción pedagógica. También tiene como objetivo contribuir a concientizar sobre el estado actual de la educación orientada a este sector etario, desde una experiencia localmente situada, tomando a modo de contexto más amplio una sociedad muy envejecida como es el caso de Cuba.

Desarrollo

Principales retos

El problema del transporte y la limitación de la movilidad de la persona mayor

Las dificultades de movilidad asociadas a la transportación son de particular importancia para los adultos mayores. La capacidad de transportarse libremente ya sea utilizando el transporte público, privado o conduciendo un automóvil propio; se ha establecido como una de las actividades de la vida diaria de mayor relevancia (Chihuri *et.al*, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) reconoce que es necesario contemplar la accesibilidad al transporte, en términos físicos y/o económicos, como factor potenciador o inhibidor de un envejecimiento activo. La habilidad de trasladarse por la ciudad se considera entonces un determinante para la participación social y cívica, así como para el acceso a servicios comunitarios y de salud.

En Cuba el estado de crisis del sistema de transporte urbano, causado por las dificultades energética, carencia de piezas de repuesto, proceso inflacionario y elevación de costos de acceso a servicios, entre otros factores; tiene un impacto real-concreto en la limitación de la capacidad de movilización de las personas mayores. En el caso de la experiencia que se comparte, ha sido la causa presentada con más frecuencia para el abandono del curso, por encima de autopercepciones negativas acerca de la propia valía basada en criterios negativos sobre el envejecimiento.

Un monto considerable de estudiantes matriculados en el curso radica en el mismo espacio geográfico en que se encuentra enclavada el aula, pero declaran que persisten dificultades en la movilidad, incluso en distancias cortas. Existe una baja oferta del servicio que no logra dar una respuesta efectiva a la creciente demanda. También los medios de transportación presentan barreras físicas en el acceso y, para el caso privado, elevados costes. Esta situación incide negativamente en la permanencia en actividades de voluntariado a largo plazo y el aprovechamiento de oportunidades creadas desde lo territorial orientadas a las personas mayores.

El avance de concepciones edadistas

Todos poseemos explícita o implícitamente asunciones sobre las personas mayores (grupo social), el envejecimiento (proceso del desarrollo) y lo que implica ser viejo (parte del ciclo vital). Estas preconcepciones tienen un impacto en el modo en que somos percibidos, condicionando las formas de relación con los otros; y en que nos autopercebimos, condicionando la relación para con nosotros mismos (Berger, 2021). De forma que, si las representaciones compartidas son negativas, también lo será su repercusión psicosocial.

Las sociedades contemporáneas son portadoras de concepciones negativas en torno a la vejez y el envejecimiento, una de las formas posibles de denominar este fenómeno es edadismo. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) en el Informe Mundial sobre el edadismo, esta categoría se define como estereotipos, prejuicios y discriminación contra otras personas o autoinfligido por razones de edad.

El edadismo presenta consecuencias para la salud, el bienestar y el cumplimiento de los derechos humanos; además de implicar significativos costos económicos. En el caso de las personas mayores puede devenir en un empeoramiento de la salud física y mental, un aumento del aislamiento social y la soledad, un incremento de la inseguridad económica, una reducción de la calidad de vida y una muerte prematura (OPS, 2021).

El edadismo presenta tres dimensiones: a) estereotipos (pensamientos), b) prejuicios (sentimientos) y c) discriminación (acciones o comportamientos llevados a cabo en consecuencia). Se manifiesta en tres niveles posibles: a) el institucional, a través de leyes, normas, regulaciones, políticas y prácticas de instituciones que limiten injustamente las oportunidades y desfavorecen de forma sistemática a determinadas personas en función de su edad; b) interpersonal, producido en interacciones entre dos o varias personas; así como c) autoinfligido o intrapersonal, que un individuo dirige contra sí mismo (OPS, 2021). Esta última forma implica la subjetivación de una realidad objetiva, culturalmente determinada, que mediante las distintas formas de socialización humanas comparte y perpetúa estereotipos, creencias y prácticas discriminatorias; de las cuales el sujeto productor termina luego por ser víctima.

Una última distinción conveniente a realizar es en cuanto a su forma de expresión, puede ser explícito o implícito. El edadismo consciente y voluntario adoptado por una persona a menudo se contrasta con el edadismo implícito, que se da en gran parte sin una percepción consciente de su existencia (OPS, 2021). En este último caso, en lugar de existir una abierta discriminación, se produce de forma encubierta (implícita); muchas veces marcadas por el asistencialismo y de una visión deficitaria del adulto mayor (Berger, 2021).

Esta realidad se ha hecho evidente al haber transcurrido más de dos años desde el inicio de la pandemia por Covid-19. El avance de concepciones edadistas y prácticas discriminatorias por motivos de edad ha tenido lugar a nivel local, regional y global.

Huenchuan (2022) señala que si bien en este punto no es posible realizar un balance definitivo del impacto de la pandemia en los derechos humanos de las personas mayores, todo apunta a la ocurrencia de dos fenómenos sociales de particular relevancia. El primero es el peligro de la naturalización y asimilación acrítica de las violaciones a los derechos humanos de los adultos mayores. Así como el hecho de que su vulnerabilidad biológica (riesgo biomédico) vaya en detrimento de su titularidad de derechos, lo que equivaldría, en palabras de la autora, a un retroceso de más de 50 años de discusión sobre el tema.

En este escenario de crisis, los paradigmas de envejecimiento activo, saludable y productivo; han ido perdiendo lugar en el ámbito público y privado. El espacio simbólico perdido, pasa entonces a ser ocupado por concepciones edadistas, como se hizo notar con anterioridad.

Un entorno social caracterizado por percepciones erróneas de esta naturaleza, dificulta visualizar a las personas mayores como miembros valiosos de la comunidad, los cuales sí contribuyen socialmente. Este fenómeno psicosocial resulta asumido y naturalizado por un significativo número de personas mayores que subvaloran sus propias capacidades, dificultando así su incorporación y permanencia en espacios de voluntariados (ej. afiliación y estabilidad en asistencia a la Cátedra).

Este estado de cosas permite diagnosticar significativos retos con respecto al tema abordado. La crisis, desde la lectura que se propone, supone además de reto una oportunidad de transformación. Se apertura la posibilidad de alternativas, mediante el uso de la educación como dispositivo para el cambio individual y sobre todo social. La experiencia de los propios cursantes al formar parte de este espacio educativo da cuenta de ello.

En el caso particular del edadismo, por ejemplo, la exposición al curso básico en los educandos ha otorgado recursos para identificar estos procesos psicosociales, así como para su afrontamiento positivo. Se contribuye, por tanto, a un empoderamiento de las personas

mayores. Ello supone estimular, mediante la práctica educativa, el compromiso con el ejercicio de aprender, participar y ser responsable de trascender estereotipos y prejuicios sociales en sus prácticas cotidianas.

El aula. Un espacio en disputa y el envejecimiento del colectivo docente.

La CUAM es una institución de carácter multidisciplinario, dedicada al desarrollo de programas de educación dirigido a las personas mayores cubanas (Orosa *et al.*, 2021). Para el cumplimiento de su objetivo docente demanda de dos condiciones básicas: 1) un territorio donde trabajar (aula) y 2) la presencia de los actores implicados en el proceso educativo (educadores-educandos). En esta sección se analizarán críticamente ambos elementos.

La cátedra ha contado con aulas que funcionan en predios universitarios, casas de cultura, museos de la localidad, áreas de salud, clubes de computación, cooperativas agrícolas y escuelas (Orosa & Sánchez, 2020). La experiencia que se socializa está enclavada en el campus de la Universidad de La Habana.

Un rasgo en común que presentan casi todas las experiencias educativas de esta naturaleza, es la dificultad derivada del uso prolongado en el tiempo de locales que funcionen como aulas. La identificación y gestión de un territorio es uno de los retos iniciales a los que se enfrenta un coordinador académico. El aula se vuelve entonces un espacio en constante disputa.

El uso del término disputa en este marco tiene la intencionalidad de estar en sintonía con las ideas de De Beauvoir (1987), al expresar que los derechos nunca se deben dar por adquiridos, sino que son parte de una lucha constante. Se hace referencia al combate por la preservación del derecho de las personas a la educación durante toda la vida.

La gestión del aula puede ser facilitada o inhibida en función del apoyo institucional ofrecido. Algunas instituciones abren sus puertas al uso de sus espacios, mientras otras muestran una notable brecha entre la intencionalidad del discurso y la *praxis*. Esto plantea interrogantes como ¿estamos en presencia de edadismo individuales en los decisores o de instituciones edadistas? ¿se ha tomado en consideración la subjetividad puesta en juego del agente decisor? ¿se ha trabajado lo suficiente en la sensibilización con respecto al tema del envejecimiento y las prácticas discriminatorias basadas en la edad?

La disputa de un territorio, en el sentido antes declarado, puede ser el primer paso en una cadena de obstáculos que debiliten los compromisos individuales y voluntarios, asumidos por personas vinculadas a proyectos educativos de esta naturaleza. La labor de voluntariado a largo plazo es una de las premisas de funcionamiento de la Cátedra.

El voluntariado es una de las dimensiones del envejecimiento productivo, que apunta a la contribución social de las personas mayores y a la satisfacción de necesidades sociales relevantes. Comprende diferentes formas de apoyo ofrecidas gratuitamente. Es una actividad fundamentalmente orientada a otros, que beneficia a individuos, grupos y a la sociedad en su conjunto y que, por lo general; está relacionada con la participación en organizaciones comunitarias, gubernamentales, religiosas, educativas, entre otras. Requiere dedicación, responsabilidad y compromiso; sirve a los adultos mayores para sentirse útiles, además de generar satisfacción por la colaboración prestada en sí misma (Miralles, 2010).

Estas tareas presentan otros efectos positivos sobre la salud de las personas mayores. La participación en actividades sociales altamente organizadas es, junto a dejar de fumar, el principal predictor de longevidad y vitalidad en los adultos. Los motivos para estos beneficios

se han tratado de definir, pero los estudios no son del todo concluyentes (Musick, Regula, & House, 1999).

No obstante los beneficios enunciados, la actividad de voluntariado en un contexto marcado por una crisis multidimensional (económica, social, entre otras) resulta una tarea retadora. La crisis actual de la vida cotidiana impulsa a ponderar lo urgente por sobre lo importante, lo cual condiciona negativamente compromisos de esta naturaleza.

Actividades no remuneradas pueden resultar desprovistas de su valor social a causa de no estar directamente relacionadas con gratificadores inmediatos y/o satisfactores económicos. Resulta afectada entonces la permanencia al no permitir acceder a las ganancias subjetivas de una actividad cuyo reconocimiento es en esencia moral y social. Esta crisis descrita, sumada a la presencia de preconcepciones edadistas a nivel individual y colectivo; inciden de forma negativa en la vinculación, el mantenimiento y el eventual reemplazo de un claustro de profesores muy envejecido.

¿Qué alternativas existen entonces ante la demanda de incorporar nuevos educadores a un claustro altamente envejecido? Una primera alternativa se juega en visibilizar la utilidad y el valor social de la práctica educativa orientada a adultos mayores. También se hace notar la necesidad del apoyo de instituciones educativas (universidades, escuelas, entre otras) para garantizar un colectivo docente que, sin negar los beneficios del voluntariado, establezcan una relación contractual con la tarea docente en sintonía con sus tareas profesionales; desde una lógica de trabajo extensionista.

Otra alternativa es la de apostar por el contacto entre generaciones y la vinculación de educadores jóvenes a los claustros docentes de la cátedra. Lograr la incorporación de jóvenes a la educación a personas mayores es significativo, en tanto la comunicación intergeneracional positiva es un factor potenciador del bienestar del adulto mayor (Castro, 2007) y una estrategia efectiva para la reducción del edadismo (Lorente, Brotons, & Sitges, 2020).

Oportunidades:

El envejecimiento poblacional como marco para la adopción de políticas sociales y la articulación de estrategias para su afrontamiento.

En la actualidad Cuba presenta una situación demográfica con grandes retos para la gobernanza y las políticas públicas: una baja tasa de natalidad, un aumento de las migraciones y un incremento de la expectativa de vida. Estos factores han determinado el avance en el envejecimiento poblacional en nuestro país, las últimas cifras indican un 20,8% de la población con 60 años o más (Alfonso, 2020). No existen indicios del carácter reversible de esta tendencia demográfica en la población cubana.

Este escenario sitúa al envejecimiento poblacional como una de las principales líneas de acción política del país. Implica crear un entorno social propicio para el desarrollo de proyectos asociados a su atención y plantea la demanda de mayores estudios que profundicen la comprensión del fenómeno.

Martín (2020) da cuenta del envejecimiento como reto y objetivo de la política nacional. A su vez en el lineamiento número 116 de los *Lineamientos de la política económica y social* (PCC, 2017) queda planteada la necesidad de implementar de forma gradual una política para atender los elevados niveles de envejecimiento de la población y fomentar su participación en las tareas económicas, políticas y sociales.

No obstante la existencia del fenómeno y la proyección de su atención, esto no es razón suficiente para dar por sentado que los actores sociales implicados perciben de la misma forma su relevancia social o las demandas más urgentes asociadas. En el informe de la CEPAL titulado *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos* (Huenchuan, 2018) se da cuenta de una brecha entre la percepción de la importancia dada a fenómenos como el maltrato y la discriminación por motivos edad, por parte de gobiernos y oficinas regionales de derechos humanos (sociedad civil).

Esta brecha identificada es resultado del análisis en 34 países de la región y da cuenta de la demanda de incrementar el número de acciones orientadas a visibilizar, concientizar e intervenir en un mal tan extendido, tristemente agravado por la pandemia de Covid 19; como es el edadismo (Huenchuan, 2018). El anterior caso sitúa, una vez más, la necesidad de profundizar en la labor de toma de conciencia del carácter complejo del envejecimiento poblacional y el papel de la ciencia en impedir que determinadas dimensiones de este queden invisibilizadas.

En términos de la experiencia local-concreta en la gestión de cursos orientados a la educación de personas mayores, este marco implica: 1) facilitar la identificación de especialistas en los distintos temas que puedan colaborar en la práctica docente de las aulas de la CUAM; así como 2) podría ampliar el apoyo logístico por parte de los distintos actores sociales en instituciones y proyectos orientados a los adultos mayores.

Se pretende, con lo expuesto, legitimar el valor estratégico de la educación a personas mayores para afrontar de forma positiva este proceso demográfico. La práctica educativa deberá entonces estar orientada a la promoción de la participación y el empoderamiento de los adultos mayores, así como a la sensibilización social sobre la relevancia del fenómeno.

Experiencia acumulada en la educación a personas mayores.

Los espacios de educación a personas mayores presentan entre sus metas potenciar el desarrollo de los procesos cognitivos, afectivos y conativos; propiciar el desarrollo sociocultural de los educandos; facilitar la adaptación e integración social de los adultos mayores a su medio, así como fortalecer las habilidades sociales y comunicativas en las esferas de la vida cotidiana (Henríquez & Sánchez, 2020). De esta forma se potencian recursos que luego permitan procesos de participación más activos y otorguen un mayor protagonismo a nivel comunitario e institucional.

Orientada por estas aspiraciones la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana cuenta con más de veinte años de experiencia en la educación a personas mayores. Se avala un saber teórico y práctico, que bajo la adscripción al paradigma del aprendizaje a lo largo de la vida (*lifelong learning*) como eje medular del programa educativo, busca potenciar el desarrollo de habilidades y competencias que fomenten la integración psicosocial de sus educandos.

La existencia de un programa educativo validado y suficientemente flexible, ha consistido en una de las principales fortalezas en estos tiempos de incertidumbres. Su diseño curricular cuenta con una composición multitemática, que en el ejercicio práctico docente, constituye un real espacio de formación inter y multidisciplinaria; con claras aspiraciones transdisciplinarias.

Ha sido el resultado de la integración de diversas contribuciones, a partir de planes de clases y resúmenes elaborados por profesores de los módulos y por miembros del Consejo Técnico

Asesor de la Cátedra. A su vez, contiene aportes teóricos de diferentes profesionales que han colaborado con este programa educativo (Orosa *et al.*, 2021).

La experiencia acumulada ha permitido desarrollar por parte del profesorado de la cátedra un conjunto de recursos y herramientas para las clases. Entre estas se encuentran: la habilitación de entornos de enseñanza-aprendizaje de carácter lúdico y participativos, la creación de materiales de apoyo a la docencia (bibliográficos, audiovisuales, entre otros); la implementación de dinámicas grupales que fomentan las competencias en el trabajo en equipo e investigativo, sobre temas afines con el programa de formación.

La presencia de redes sociales e institucionales en torno a la Cátedra.

Las contribuciones y colaboraciones construidas a lo largo de estos veinte años han permitido articular una red de personas e instituciones en torno a la Cátedra. La experiencia que se comparte, con su anclaje institucional particular a la Universidad de La Habana, ha facilitado el apoyo de especialistas y docentes en las distintas temáticas que componen el programa de estudio. Se ha podido garantizar así una mayor calidad en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Estudios orientados a la evaluación de impacto en la formación del presente curso se encuentran en pleno desarrollo.

El curso básico desplegado ha contado con 19 investigadores y docentes universitarios, especialistas de notable prestigio en sus correspondientes áreas de desempeño profesional. Destacan la presencia de instituciones como las facultades de Psicología, Sociología, Derecho, Comunicación, Artes y Letras de la Universidad de La Habana; el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), el Centro de investigaciones sobre longevidad, envejecimiento y la salud en el adulto mayor (CITED); el Centro de Estudios Martianos, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-CUBA), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y el Centro de Estudios Demográficos (CEDEM).

Este logro, no se ha podido extender a otras aulas, donde la conformación de un claustro docente universitario ha sido cuanto menos difícil sino ya imposible. La Cátedra, no obstante, ha logrado suplir esta falencia con una nutrida red de voluntarios que a pesar de su avanzado envejecimiento, desde la preocupación por el reemplazo ya abordada, mantienen a nivel de base la esencia extensionista del proyecto.

Reflexiones parciales:

Desde la experiencia local-concreta del ejercicio del rol de coordinador académico de un aula de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana, me permito entonces compartir algunas reflexiones parciales que pueden resultar de utilidad para quien asuma la educación a personas mayores como opción pedagógica:

1. El (re) inicio de los cursos de la CUAM presenta abundantes retos objetivos, sobre todo coyunturales y asociados a la poca disponibilidad de recursos. También retos subjetivos derivados que van desde la presencia de concepciones edadistas a nivel colectivo e individual que resultan limitantes, hasta la motivación por mantener la permanencia en el proyecto en un contexto de crisis multidimensional.

La realización de un diagnóstico previo al inicio de las actividades docentes es clave en este sentido. Deberá incluir una identificación de los recursos y capacidades con los que cuentan los educandos, hasta las condiciones materiales concretas de las que se puede o no disponer (un aula, el claustro docente, materiales educativos, entre otros).

2. Se hace necesario el robustecimiento de los vínculos institucionales, la articulación de redes sociales, profesionales y asociaciones; para afrontar las dificultades en el completamiento del claustro docente identificadas. El trabajo intergeneracional se erige como una alternativa viable a implementar por sus potenciales ganancias psicosociales.
3. Existe una brecha entre la intención política a nivel de discurso y la *praxis* concreta en los distintos actores y decisores implicados. Ello puede estar basado, hipotéticamente, en concepciones edadistas que luego se expresan mediante prácticas discriminatorias. Se legitima así un campo de acción profesional válido para psicólogos y otros especialistas en ciencias sociales afines.
4. Por el valor estratégico que supone el afrontamiento al envejecimiento poblacional, y los beneficios sociopsicológicos que reporta; entre ellos: una mayor autonomía, autoestima, empoderamiento y adquisición de habilidades para la autogestión y la participación; resulta clave mantener el espacio de socialización y educación orientado para las personas mayores que es la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor.

Conclusiones

La educación a personas mayores es una necesidad estratégica en el contexto de una sociedad altamente envejecida como la cubana. Su promoción debe ser intencionada y apoyada institucionalmente si se desea, más allá del nivel del discurso, que el envejecimiento activo, saludable y productivo (sostenible) devenga en realidad concreta.

Contrario a los imaginarios colectivos, ampliamente asistencialistas y biomedicalizados, la vejez y el envejecimiento no son etapas costosas que suponen una elevada carga social y económica en sí misma; un envejecimiento patológico sí resulta en favor de este último sentido. ¿Existe acaso alternativa? La educación como dispositivo de transformación individual y sobre todo colectiva, es el arma fundamental con el que científicos sociales y educadores cuentan para afrontar el notable logro de la humanidad que es la extensión de la vida humana. La vida y el bienestar humanos, en tanto criterios éticos últimos, deberán ser el horizonte de acción comprometida para con una sociedad orientada al buen vivir.

Referencias bibliográficas

- Alfonso, A. (2020). Notas sobre el envejecimiento demográfico en Cuba. *Revista Temas. Cultura-Ideología-Sociedad* (100-101), 11-17. <http://temas.cult.cu/wp-content/uploads/2021/10/Temas-100-101-12-18-Alfonso.pdf>
- Berger, E. (2021). *Ageism at Work: Deconstructing Age and Gender in the Discriminating Labour Market*. Toronto: University of Toronto Press.
- Castro, M. (2007). *Relaciones intergeneracionales y bienestar de las personas mayores*. (Tesis de doctorado). Granada: Universidad de Granada.
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1634/1684256x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chihuri, S., Mielenz, T., DiMaggio, C., Betz, M., DiGuseppi, C., Jones, V. et al. (2016). Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 332-341. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.13931>
- Colectivo de Autores. (2021). *Servicio de orientación psicológica a distancia. Teoría y práctica desde los Psicogrupos en WhatsApp. Una experiencia durante la pandemia de la COVID-19*. La

Habana: CEDEM. <https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2022/03/PsicoGrupos-en-WhatsApp.pdf>

De Beauvoir, S. (1987). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.

Henríquez, P., & Sánchez, L. (2020). Impacto del programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor en el empoderamiento comunitario. *Revista Cubana de Educación Superior*, 39(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142020000100005

Huenchuan (ed), S. (2022). *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores*. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47835/1/S2200283_es.pdf

_____ (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. CEPAL. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

Lorente, R., Brotons, P., & Sitges, E. (2020). Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional? *Cuaderno de Pedagogía Universitaria*, 17(33), 6-16. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7341436.pdf>

Martín, J. (2020). La cara laboral del envejecimiento en Cuba. *Revista Temas. Cultura-Ideología-Sociedad* (100-101), 35-43. <http://temas.cult.cu/wp-content/uploads/2021/10/Temas-100-101-12-18-Alfonso.pdf>

Miralles, I. (2010). Vejez productiva.El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *KAIROS. Revista de Temas Sociales* (26). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3702472.pdf>

Musick, M., Regula, A., & House, J. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Science and Social Sciences*, 54(3), 173-180. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10363048/>

OMS. (2007). *Ciudades Globales Amigables con los mayores: Una Guía*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf

OPS. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. Washington D.C: OMS. <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Orosa, T., & Sánchez, L. (2020). Envejecer aprendiendo: la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor. *Revista Temas. Cultura-Ideología-Sociedad* (100-101), 125-132. <http://temas.cult.cu/wp-content/uploads/2021/10/Temas-100-101-12-18-Alfonso.pdf>

Orosa, T., Henríquez, P., & Sánchez, L. (2021). La educación de las personas mayores en Cuba desde la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor. *Alternativas cubanas en Psicología*, 9(25), 123-137. <https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2021/01/25-alternativas-cubanas-en-psicologia-v9n25.pdf>

PCC. (2017). *Documentos del 7mo. Congreso del Partido aprobados por el III Pleno del Comité Central del PCC el 18 de mayo de 2017 y respaldados por la Asamblea Nacional del Poder Popular el 1 de junio de 2017*. La Habana: PCC.

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD MEDIANTE LA EMPATÍA PARA LA ATENCIÓN DEL GERONTE: DESAFÍO DE ENFERMERÍA

SEXUAL EDUCATION THROUGH THE EMPATHY, FOR THE EDERLY CARE: A NURSING CHALLENGE.

Marizell Benítez Flores

Facultad de Enfermería, Universidad de Ciencias Básicas y Preclínicas: "Victoria de Girón".

Cila M. Gutierrez Benítez

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Ciencias Básicas y Preclínicas: "Manuel Fajardo".

Resumen

Este artículo documenta que aunque la atención al adulto mayor ha obtenido notables logros en el tema sexualidad, se mantienen actitudes donde se manifiesta el rechazo o la tendencia a ignorar que existe actividad sexual en la tercera edad inclusive dentro del personal de enfermería. Por lo cual es necesario desarrollar habilidades sociales como la empatía para elevar la calidad de vida de ellos en temas relacionados con su sexualidad ya que produce innumerables beneficios. Se adentra en los antecedentes del tema en cuestión teniendo en cuenta su importancia y pertinencia, como un reto al personal de enfermería. Es insuficiente la capacitación a todos los niveles del personal de enfermería para favorecer la educación de la sexualidad de este grupo tan significativo hoy día, ya que la sexualidad es tema que envuelve directamente a la enfermería, una vez que las prácticas del cuidado remiten al contacto con los cuerpos, con la intimidad y con lo erótico. En la actualidad hay un proceso de cambio poblacional que se evidencia con la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, dando lugar a una población envejecida. Con la concepción de los derechos sexuales y reproductivos y los objetivos de la Agenda 2030, además de la política del estado cubano, se adopta una nueva percepción sobre la sexualidad y el adulto mayor. Es necesario valorar en ellos su forma de sentir y actuar, así como las consecuencias en su salud sexual, lo cual adquiere gran significado en la actualidad.

Palabras Clave: adulto mayor, sexualidad, enfermería, empatía.

Abstract

This article documents that although the attention for the elderly people has obtained notable achievements in the area of sexuality, some attitudes are maintained where rejection or tendency to ignore the existence of sexual activity in the elderly is manifested, as well as within the nursing staff, therefore which the required care not rendered. Delves into the background of the subject in question, taking into account its importance and relevance related to sexuality education in the elderly as a challenge for nursing staff, due to demand for care existing in this significant age group. There is insufficient training at all level of nursing staff to promote sexuality education in this group. At present

time there is a process of population change that is evident with the decrease in fertility and the increase in life expectancy, giving rise to an aging population. With the conception of sexual reproductive right, the objectives of the 2030 Agenda and the Cuban State policy, a new perception of sexuality in the elderly is adopted. It is necessary to assess in then their way of feeling and acting, as well as the consequences on their sexual health, which acquires great significance today.

Keywords: *Older Adult, Sexuality, Nursing.*

Introducción

En el mundo actual las personas viven cada vez más y con mayor estado de salud, evidenciado en el incremento de la esperanza de vida. Cuba tiene el índice de envejecimiento más alto de América Latina con un 19.8% y tiene un 21.6% de personas de la tercera edad para una esperanza de vida de 78.45 años.

La sexualidad es un proceso innato, cambiante, gradual, natural, dinámico, inevitable y mediado por el entorno sociocultural, es responsabilidad de cada cual ejercerla o no y por ende deben estar bien informados en relación al tema en cualquier etapa de la vida aunque aquí nos enfoquemos en la ancianidad. La sexualidad forma parte fundamental de una vida plena y saludable donde el ser humano se mide esencialmente por su deseo de llevar a cabo un acto sexual cargado de nuevos significados y sentido, para que le conduzca a la realización personal, al ejercicio pleno de la libertad y a potenciar su estilo de vida.

Es un gran desafío capacitar al personal de enfermería sobre la base del reconocimiento de la sexualidad como parte significativa del bienestar y calidad de vida del adulto mayor como afirma Aller Atucha: "...parte integral de la personalidad y se expresa en todo lo que uno hace" y además defendemos la idea que la sexualidad permea todo en la vida y que rebasa el marco estricto de la genitalidad (González y Castellanos, 1994).

Es fundamental que estos profesionales de salud que brindan atención y cuidado a los ancianos porten recursos suficientes para ayudarlos a que vivan una sexualidad plena y feliz, por ello deben utilizar recursos como la habilidad empática, tan beneficiosa como herramienta para desarrollar al profesional de la enfermería con un concepto de práctica avanzada. Muy a nuestro pesar vemos a diario situaciones mediadas por mitos, estereotipos, conceptos erróneos, estigmas y prejuicios relacionados con los ancianos "*senectactes*" debido al desconocimiento aún en nuestros profesionales de enfermería.

Es importante educar la sexualidad por su trascendencia durante toda la vida del individuo, ya que las carencias educativas en esta esfera pueden constituir factores que obstaculicen su desarrollo equitativo y satisfactorio, además porque se promueven acciones preventivas en el actuar diario del personal de enfermería.

Este tema presenta actualidad y pertinencia ya que responde a la necesidad de promover el mejoramiento del desempeño profesional y humano de los enfermeros mediante una práctica de excelencia, lo cual constituye la razón de ser de nuestro sistema educacional y de salud. También porque responde a los objetivos de desarrollo sostenibles de la agenda 2030 y a las bases del Plan Nacional Económico y Social hasta 2030 del estado y gobierno del país.

Según lo expuesto se pudo precisar como objetivo el siguiente:

Valorar la educación de la sexualidad en el personal de enfermería mediante el uso de la habilidad empática para la atención del geronte.

Desarrollo

La sexualidad en la antigüedad se considera como algo sucio, vergonzoso e indigno, propio de grupos de baja calaña. La sociedad estaba muy cristianizada y la lujuria se consideraba pecado capital, por tanto el sexo sin intención de procrear estaba mal visto socialmente. Las mujeres no podían disfrutar del sexo porque se les discriminaba y acusaba de viciosas, solo los hombres disfrutaban de él. En la actualidad, gracias al avance de la sociedad, la sexualidad se ve como algo placentero y divertido. Durante siglos se consideró la sexualidad como un instinto pero se ha llegado a la conclusión que puede o debe ser aprendida.

Las primeras consideraciones sobre sexualidad datan de hace casi cinco mil años y no es hasta el siglo XX que se empieza a investigar la sexualidad desde un punto de vista científico, como es el ejemplo de Freud, pues en su obra conceptuaba el sexo como una fuerza poderosa y que no debía reducirse a lo genital.

Sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. Desde el punto de vista histórico-cultural no es más que el conjunto de fenómenos emocionales, de conductas relacionadas con y de prácticas en búsqueda del placer sexual, las cuales distinguen decisivamente al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes del desarrollo vital.

Generalmente se asocia sexualidad con genitalidad, por lo que se deja a un lado otros aspectos importantes como la afectividad, la moral y el erotismo, los cuales influyen en el desarrollo de la sexualidad. Sexualidad es mucho más, es la dimensión psicológica de la personalidad que se construye y expresa desde el nacimiento y durante toda la vida como ser sexuado en todo lo que es, hace o dice en su vida. Si bien es cierto, la sociedad impone normas morales que inciden en el comportamiento sexual de las personas, en última instancia es la persona quien asume la responsabilidad de sus actos; y aquí entra en juego la formación que se haya recibido.

El estado por su parte promueve una cultura de respeto a los derechos sexuales y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, una educación correcta y oportuna en donde se brinda información apropiada de sus derechos y responsabilidades respecto a la sexualidad. La orientación oportuna es importante ya que la sexualidad no es un juego, al mismo tiempo es muy necesario que la sociedad de manera general, deje los tabúes que existen a la hora de hablar de este tema en los colegios, en las universidades, principalmente en los hogares a fin de evitar graves consecuencia ya que la sexualidad es compleja, va más allá de los genitales y las posiciones del Kama Sutra.

La sexualidad desempeña un papel importante, mientras se mantenga un buen estado de salud, no hay causa para pensar que con la edad se pierde el interés y el deseo sexual o las prácticas sexuales. Aunque socialmente se ha *tabuizado* el tema en la vejez, esquematizándolo con la juventud y la adultez en específico, donde la mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es negada, rechazada o dificultada en gran medida provocando entonces que se establezca como sinónimos el envejecimiento y la pérdida de la actividad sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se propone informar para desmitificar ideas y prejuicios acerca de la vejez, en lo que refiere

específicamente a la sexualidad, pretende modificar el imaginario social en el que envejecer es sinónimo de pérdida, de enfermedad, de falta de deseo, de carencia de atractivo y de fin de la actividad sexual.

El envejecimiento se hace presente en todas las etapas del desarrollo social, sin embargo durante el presente siglo más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el ser humano ha ubicado como etapa de vejez, convirtiéndolo en un reto para las sociedades modernas. Este fenómeno es considerado como un logro muy importante de la humanidad y a su vez un inconveniente si no se toman conductas que solucionen las consecuencias que de él se derivan.

Los seres humanos son seres sexuales y este impulso no se detiene cuando el reloj marca los 60 o incluso los 90. Los adultos jóvenes pueden negar que los familiares mayores tengan relaciones sexuales, pero la actividad sexual es un indicador fuerte del envejecimiento saludable y de vitalidad. Muchos ancianos desean disfrutar de la actividad sexual y una parte de ellos, de hecho, la mantienen hasta bien avanzada la edad. A su vez otros expresan no tener relaciones sexuales por razones de peso como: separación, divorcio, muerte o enfermedad del cónyuge, dificultad para empezar nuevas relaciones, impotencia sexual, pérdida de interés, entre otras.

Para comprender mejor la sexualidad en esta etapa debe considerarse como parte natural y necesaria de la vida, además aceptar que los sentimientos sexuales y la actividad sexual se hacen presentes en todo momento del ciclo vital de las personas.

Los individuos de la tercera edad pueden cubrir las necesidades emocionales mediante una actividad sexual que no siempre lleva al coito, por lo que vemos de forma inquietante que existan tendencias de unificar coito y actividad sexual, lo cual es erróneo. La necesidad de recibir afectos, de relacionarse, de expresar sentimientos, etcétera, no se pierde con la edad y según las sabias palabras de Colombino de que la tercera edad es: “la edad del erotismo” entendemos también que esta edad tiene como único fin el de dar y recibir placer al desaparecer los intereses o preocupaciones de carácter reproductor. Propuesta presentada en 1982 en Asunción en ocasión del Primer Congreso Latinoamericano de Sexología.

El conocimiento y la conducta para el resto de la vida se adquiere entre la niñez y la juventud, y es en estas etapas donde se ve a los adultos mayores, sexualmente no deseables ni capaces de expresiones de actividad sexual, por lo que esta distorsionada interpretación de la realidad es mantenida con posterioridad por dichas personas hasta la vida adulta y al llegar a la senectud enfrentan entonces el problema de constatar que aún presentan interés y preocupación por su vida sexual, lo cual contrasta con los mitos, estereotipos y prejuicios aprendidos en sus años anteriores.

Los mitos y prejuicios son construcciones socio-culturales con una orientación negativa hacia el objeto en cuestión, que se antojan injustos pues se incurre en generalizaciones excesivas y actitudes relacionadas con sentimientos negativos, de estereotipos que se refieren a creencias erróneas o exageradas que la sociedad o un determinado grupo poblacional construyen sobre las personas ancianas. A su vez forman parte del Imaginario Social y al formar parte de este, dictaminan el comportamiento esperado, el “cómo debe ser” para cada individuo según el grupo etéreo al que pertenece. Esta información errónea limita su acceso a la educación sexual, a la atención médica y, en última instancia, a sus derechos sexuales.

Existe la tendencia a subestimar, malinterpretar y mayormente a ignorar las capacidades y necesidades en la esfera sexual en la senectud; por eso merece la pena advertir que esta etapa presenta gran variedad de valores, intereses y capacidades sexuales entre los distintos individuos. En la tercera edad, la sexualidad es una de las dimensiones más ricas, esto contradice uno de los prejuicios más arraigados: "en la vejez termina la sexualidad".

La valoración sociocultural dada a los cambios cognitivos, económicos, psicológicos, sociales, fisiológicos y patológicos que condicionan la sexualidad en esta etapa, constituye el más duro obstáculo en la vida íntima y cotidiana de las personas mayores. Vale decir que el problema no radica en los cambios fisiológicos normales sino en el significado sociocultural por las inhibiciones a las que conduce.

La educación sexual es un proceso sistematizado, con un propósito claro, ofrece conocimientos y técnicas para ayudar a la persona a lograr una realización plena, que mejore la autoestima y la aceptación e interrelación con el otro. Los adultos mayores de hoy han recibido una educación sexual informal-familiar muy conservadora, por lo tanto, no es casual que la educación sexual para el anciano no esté reconocida. Los ancianos son el sector menos favorecido por los conocimientos, se puede aprender a ser viejo y enfrentar operativamente las carencias de una sociedad que no ha articulado acciones para quienes van llegando y forman parte de nuestros mayores.

La educación también facilita la apropiación de los derechos de las personas. Es necesario devolver al anciano el derecho a ser sexuado, y desde allí, abrir el campo social, asumiendo que defender hoy el derecho a la sexualidad del anciano es defender la sexualidad de todos en el mañana. La educación sexual debe beneficiar al anciano y a la comunidad toda. La meta debe ser puesta en ayudar a encontrar la seguridad emocional que da el sentirse querido y tocado por la persona amada o deseada, sin la marginación o el desprecio hacia el cuerpo anciano.

La sexualidad ha sido un tema presente en diversas áreas del conocimiento alcanzando gran visibilidad, es tema que envuelve directamente a la enfermería, una vez que las prácticas del cuidado remiten al contacto con los cuerpos, con la intimidad y con lo erótico. En los dominios de la promoción y de la educación para la salud no hay como dejar de considerar el lugar que ocupan hoy las discusiones acerca de los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos inalienables de hombres y mujeres. Es que los profesionales de enfermería valoran mucho el hecho de tener formación en sexualidad y creer que es necesario utilizar las habilidades sociales como la empatía, pero se encuentran con un problema muy importante ya que la formación académica que reciben es limitada en estos temas. Su preparación se basa en una formación por interés personal, y motivados por la necesidad de dar respuesta a las demandas de las personas, la familia y/o la comunidad que asisten.

La Educación Sexual en la docencia médica superior debe ofrecer a la persona la posibilidad de elegir los patrones y modo de conducta acordes con su forma particular y única de enfrentar la sexualidad humana y decidir los caminos para recorrerla, esta modalidad contempla la necesidad de armonizar en todos los sentidos lo personal con lo social, pero nunca al precio de subordinar forzosamente al ser humano a su contexto social, tal como lo ha hecho la educación sexista tradicional. Por tanto, se hace necesario preparar a los profesionales de la enfermería, con recursos y potencialidades para poder afrontar los retos, contradicciones y problemas propios de la sexualidad, bajo principios de libertad, responsabilidad, comprensión,

tolerancia y reciprocidad con el otro, sin anular lo personal y evitar el enfoque biologicista, que privilegia el estudio del cuerpo humano en su estructura y funcionamiento.

La habilidad empática como habilidad social es un conjunto de conductas aprendidas que se manifiestan en situaciones interpersonales con gran impacto en todos los aspectos de la vida porque son fuente de autoestima, seguridad y bienestar social. La aplicación de esta responde a la necesidad de destacar la sensibilidad del personal de enfermería ante el problema que constituye la sexualidad del senectante y cómo enfrentarnos adecuadamente a ello, ya que la cualidad de la empatía no es más que la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás, nos permite ver las cosas desde la perspectiva del otro en vez de la nuestra propia aunque no estemos de acuerdo y al mismo tiempo brinda beneficios insustituibles a la hora de educar y relacionarse con los demás, en este caso con personas de la tercera edad ya que: mejora la comunicación, incrementa la sintonía emocional, beneficia las relaciones interpersonales, crea un clima de confianza, disminuye la agresividad, favorece la satisfacción personal, entre otros, por lo que es necesario desarrollarlas a lo largo de toda la vida y en todos los ámbitos de ella, al decir de la estudiosa del tema Ferrera, D. (2016).

La empatía es un atributo muy importante y necesario en los profesionales de la salud y sin embargo es un tema poco utilizado y tratado por no decir nulo, al igual que la educación de la sexualidad por lo que ambos constituyen un problema a resolver.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se esfuerza en conjunto con el Sistema Educativo por mantener la calidad de vida de las personas de la tercera edad teniendo en cuenta que constituye uno de los problemas principales a escala mundial y nacional, por lo cual se hace fundamental apoyar el desempeño del personal de enfermería de forma tal que actúen eficazmente ante las demandas del adulto mayor. Es por ello que los consultorios de la familia se establecen como el primer nivel de atención geriátrica, a donde ellos acuden en busca de escucha, orientación y cuidado. Con la actuación de estos profesionales se tratan aspectos que redunden en seguridad y bienestar, minimizar los factores de riesgo con el fin de modificar estilos de vida y por consiguiente obtener una calidad de vida que genere sexualidad saludable en el grupo en cuestión.

Todo lo destacado anteriormente nos indica la necesidad de diseñar y ejecutar estrategias que ayuden a dar solución a este azote de la humanidad y del cual Cuba no escapa, por lo que proponemos un curso de capacitación a nivel comunitario para incidir en la preparación del personal de enfermería dirigido a la educación de la sexualidad para la atención del adulto mayor. Está en todos la responsabilidad de formar una sociedad que valore la vida en todo momento.

Conclusiones

En el contexto actual de Cuba, el estudio a realizar denota, que es todo un desafío para el personal de enfermería el tema relacionado con la educación de la sexualidad y el uso de la empatía como habilidad social para la atención a los adultos mayores y su sexualidad. Demostrándose que el desarrollo de la habilidad empática es característica vital en la relación enfermero-paciente e influye en mantener un adecuado estado de salud ya que favorece la comprensión de experiencias, sentimientos, preocupaciones y perspectivas por lo tanto facilita una vida saludable y una sexualidad plena y satisfactoria.

Por lo cual la elaboración y realización de un curso de superación dirigida a estos profesionales para superarse en este contenido tan neurálgico hoy como es la educación de la sexualidad

mediante la empatía en ancianos/as es de trascendental importancia y pertinencia debido a la necesidad de atención existente en este grupo poblacional tan sensible, que en la situación vigente no da solución total por la poca preparación del personal de enfermería. Quedando de forma general al interés personal de cada uno de ellos. Además la propuesta contribuye a la mejor preparación del personal de enfermería para brindar una atención de excelencia a los adultos de la tercera edad, lo que coadyuva en un aumento de la calidad de vida y la esperanza de vida de este grupo poblacional, así como una mejor relación entre el personal de enfermería y dichos senectantes.

Referencias bibliográficas

- Barbera, M. C. (2015). Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;23(3):404-10 DOI: 10.1590/0104-1169.0432.2569 www.eerp.usp.br/rlae
- Bera, J.M., Veiga, M. y Torrijos, M. (1991). *Enfermería Geriátrica: La sexualidad en los ancianos*. Madrid: Editorial; Internacional de ediciones y Publicaciones. IDEPSA..
- Carabalti, M. (2000). La sexualidad en la edad avanzada. *Rev, Bras. Sex.* 5(2):142-5.
- Eisenberg, N y Strayer, J. (1987). *La empatía y su desarrollo*. Bilbao: Desdée de Brouwer. S.A.
- Flores, A. (2013). *La sexualidad en el adulto mayor*. Editorial LUMEN/HVMANITAS. España.
- Galán, J.M., Serrano, R.R., Martín, M.S.M y Fernández, J.M.A. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología educativa*, 20(1) ,53-60. <http://doi.or/10.1016/j.pse.2014.05.007>
- Goleman, D. (1998). *La Práctica de La Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Herrera, A. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. [citado junio 2022]; 68(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000200011&lng=es.html
- López Vidal, E., Goventes Sosa, J., González García, G. y Dávila Núñez, M. (2004). Programa Adulto Mayor. En González García Borrego, M. y Suárez Fuentes, R. *Enfermería familiar y social*. La Habana: Ciencias Médicas. p 189-199.
- Madera, M., Tirado, L. y González, F. (2016). Factores relacionados con la empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad de Cartagena. *Enferm. Clín*, 2(5), 282-289. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.06.004>
- Marín Larraín, H. y Espínola Millán, C. (2010). *Manual de Geriatria*. Vol. 1. México: Panamericana.
- Murillo, A.C y Rapso-Brenes, M. (2005). Sexualidad en las personas adultas mayores. En: Sánchez-Salgado CD, (Ed). *Familia y persona de edad mayor*. Puerto Rico: Red de Estudios de la Vejez. p. 141-154.
- Orihuela, J., Gómez, M. y Fumero, M. (2009). Sexualidad en el anciano: un elemento importante en su calidad de vida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17(6):545-547.

Red Cubana de Gerontología y Geriátría. Programa Ramal del Adulto Mayor. Cuba. Centro de Investigaciones sobre: "Longevidad, Envejecimiento y Salud. Centenarios en Cuba; 2015 [citado junio 2022]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=7103.html>

Rocabruno Mederos, J.C. (2000). Tratado de Geriátría y Gerontología. En: Capítulo 7. *La sexualidad en el adulto mayor*. La Habana: Academia. Instituto Cubano del Libro. p. 87-89.

Rodríguez Rivera, L. (2009). Longevidad. Genética vs. Ambiente. *Revista Cubana Aliment Nutr: 19(1 Supl):S58-S57*.

Selma HouseinAbdo, E. (2005). Cuba el País para vivir 120 años, Club de los 120 años; 2009 [Internet] Cuba. Red Cubana de Gerontología y Geriátría; [citado junio 2022]. Disponible en <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=5648.html>

Vega García, E. (2015). *Envejecimiento en América*. Organización Panamericana de la Salud.

Vega García, E., Menéndez Jiménez, J.F., Prieto Ramos, O. y González Vera, E.G. (2001). Atención al adulto mayor. En Álvarez Sintés R. temas de *Medicina General Integral*. Tomo I. La Habana: Ciencias Médicas. p 166-194.

ANEXO

Programa de curso de superación.

Título: Preparación en educación de la sexualidad mediante la empatía a profesionales de enfermería para la atención al adulto mayor.

Objetivos:

- Actualizar sobre temas de educación de la sexualidad para mejorar desempeño profesional.
- Desarrollar técnicas participativas que facilitarán el trabajo con los senectantes.

Dirigido a: Profesionales de enfermería del PDU: "Jorge Ruiz Ramírez", del municipio Playa.

Duración: 150 horas.

Profesora: Lic. Marizell Benítez Flores, enfermera supervisora del PDU: "Jorge Ruiz Ramírez", del municipio Playa.

Sistema de contenidos:

1. Sexualidad y sexo.
2. Envejecimiento y sexualidad.
3. Cambios biopsicosociales en el adulto mayor.
4. Sexo y salud.
5. Derechos sexuales del adulto mayor y marco legal.
6. Relaciones interpersonales y habilidad empática.

Módulos	Clases teóricas	Clase taller	Seminario	EI	E	Total
Sexualidad y sexo.	2h	2h	2h	18h	1h	25h
Envejecimiento	2h	2h	2h	18h	1h	25h
Cambios biopsicosociales.	2h	2h	2h	18h	1h	25h
Sexo y salud.	2h	2h	2h	18h	1h	25h
Derechos sexuales y marco legal.	2h	2h	2h	18h	1h	25h
Relaciones interpersonales y habilidad empática.	2h	2h	2h	18h	1h	25h
Total	12h	12h	12h	108h	6h	150h

Leyenda:

C: Conferencia; CT: Clase Taller; S: Seminario; EI: Estudio Independiente; E: Evaluación

Métodos: Expositivo oral, elaboración conjunta y estudio independiente.

Medios: Para impartir el presente curso se requiere de un salón dotado de pizarra, también una microcomputadora, Data Show o cualquier otro medio para proyectar los materiales preparados con PowerPoint, Word, y Excel, Papelógrafo, video etc.

Estrategia docente: La actividad se desarrollará a tiempo parcial, con un grado de comparecencia semipresencial, una vez a la semana los viernes, se impartirán conferencias prácticas y clases talleres. Impartirán la docencia las profesoras del PDU: "Jorge Ruíz Ramírez", del municipio Playa.

El postgrado facilitará a los cursistas un aprendizaje desarrollador, donde se utilizarán técnicas participativas que le facilitarán el trabajo con los estudiantes en sus diferentes asignaturas. El postgrado se desarrollará de forma activa y participativa, los cursistas desarrollaran actividades de autopreparación, debates y trabajos independientes.

Sistema de evaluación:

La evaluación tendrá carácter formativo, realizándose a través de la participación oral, el trabajo en equipos y la entrega de un trabajo final.

La evaluación final se realizará a través de la presentación de una clase modelo de enfermería donde se apliquen los conocimientos adquiridos durante el curso. Se tendrá en consideración los resultados de las evaluaciones frecuentes. El estudiante recibe un certificado, si satisface las exigencias del programa.

Las evaluaciones se expresan con las calificaciones de:

Excelente (5), Bien (4), Aprobado (3) o Desaprobado (2).

EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD Y COMUNICACIÓN ASERTIVA EN PROFESIONALES ENFERMERÍA

INTEGRAL SEXUALITY EDUCATION AND ASSERTIVE COMMUNICATION FOR NURSING PROFESSIONALS

Yameysi García Torres
Anaiviana Ibáñez Viltre
PDU: "1ro de enero"

Resumen

El presente artículo destaca la importancia de la educación integral de la sexualidad y la comunicación asertiva en el cuidado de enfermería.

El desarrollo de la comunicación asertiva como habilidad social para la interacción entre los/las enfermeros/as y sus pacientes se convierte en una necesidad en la atención primaria de salud, sobre todo al tratarse de un tema tan relevante como la sexualidad. Educar e influenciar en la toma de decisiones para modificar estilos de vida inadecuados relacionados con la sexualidad, la salud sexual y la educación integral de la sexualidad constituye un desafío para el profesional de enfermería, la destreza para la comunicación es parte integral de todo el proceso de enfermería, teniendo en cuenta la influencia que ejercen los profesionales de enfermería mediante las técnicas de comunicación para ayudar a las personas a modificar actitudes y comportamientos.

Palabras claves: educación integral de la sexualidad, comunicación asertiva, profesional de enfermería.

Abstract:

This essay high light the importance of integral sexual education and assertive communication in nursing care.

The development of assertive communication as a social skill for interactions between nurses and patients becomes a necessity in community health care, speccially in a topic as relevant as sexuality. To educate and influence in decision making to modify inadecuate life styles related with sexuality, sexual health and integral sexual education, constitutes a challenge for nursing professionals, considering the influence that nurses can obtain over pacientes using adequate communication tools, to help people modify bad attitudes and behauviors

Key words: *integral sexual education, assertive communication, nursing profesional.*

Introducción

La educación trasciende los marcos de la formación de conocimientos en el proceso enseñanza aprendizaje y se extiende hacia el logro de un desarrollo integral del ser humano en el que confluyen los valores morales. Una educación óptima debe atender con máximo interés los aspectos principales del proceso de formación integral de la personalidad, para cumplir tal propósito se destaca la educación integral de la sexualidad como una esfera vital para el desarrollo de la personalidad y el desarrollo de habilidades sociales.

La introducción del enfoque de la comunicación asertiva como habilidad social se enmarca en un replanteamiento y cambios respecto al papel de la educación en la sociedad actual, reconociéndose un creciente interés en una educación sexual cada vez más integral que involucre al ser humano en sus dimensiones bio-psico-sociales.

En este tema se destacan investigaciones realizadas por especialistas cubanos desde una perspectiva más integradora en general, como: Fariñas (1994; 2005), Torroella (2002), Martínez (2009), Bello (2005; 2012; 2015), Zaldívar (2011; 2014; 2015) y Codina (2012; 2014), realizan estudios sobre las habilidades sociales relacionadas con la asertividad, la autoestima y el estrés, asociados a la salud y al bienestar, así como técnicas para su entrenamiento.

Se destacan también en este período, los aportes de los resultados del Proyecto de Investigación dirigido por C. Reinoso: "Modelo para el desarrollo de habilidades sociales en profesores y estudiantes de carreras pedagógicas, UCPEJV (2011- 2016)".

Entre las investigaciones realizadas por el proyecto se pueden citar las relacionadas con la conformación de la plataforma teórica metodológica, la que se ha perfeccionado y ampliado, la delimitación de las dimensiones y subdimensiones de las habilidades sociales con los respectivos indicadores diseñados y validados. D. Ferrera (2013) incursiona en investigaciones relacionadas con las habilidades sociales intrapersonales.

Al respecto Ferrera (2013) conceptualiza las habilidades sociales como: "Formaciones psicológicas complejas, que favorecen las relaciones intrapersonales, interpersonales, y grupales, manifestadas en el modo de actuación durante el desempeño profesional en la actividad pedagógica" (p. 86).

El Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y de Derechos Sexuales en el Sistema Nacional de Educación, en su eje temático número nueve, propone el trabajo con las siguientes habilidades sociales: conocimiento de sí mismo/a, manejo de emociones y sentimientos en el hombre y la mujer desde los estereotipos de género, toma de decisiones, relaciones inter e intragenéricas, comunicación asertiva, negociación sobre la base de paridad, respeto y cooperación.

En esta línea de pensamiento, hay que declarar que el Sistema Nacional de Educación en Cuba, ha creado la resolución ministerial R/M 16 del 2021 para el programa de educación de la sexualidad con enfoque de género y derechos sexuales con el objetivo de promover el desarrollo de un comportamiento sexual sano, pleno y responsable en niños y niñas, adolescentes y jóvenes a partir de la formación y desarrollo de conocimientos, habilidades psicosociales, valores y actitudes que favorezcan los modos de conducta y las relaciones humanas sustentadas en el ejercicio de los derechos sexuales y la igualdad de género.

Por otra parte, es de destacar que varias instituciones cubanas tienen como parte de su encargo social el diseño e implementación de acciones que contribuyan a la educación integral

de la sexualidad de la población. Sin embargo, pese a los esfuerzos de estas, existen diferentes situaciones que aún persisten en la sociedad, tales como embarazos no planificados y no deseados en la etapa de la adolescencia y juventud, y la incidencia de infecciones de transmisión sexual en las distintas etapas de la vida. Si bien estas problemáticas son multicausales, uno de los factores que inciden son las deficiencias en la comunicación sobre sexualidad.

La comunicación es, por tanto, “un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos” (Mejía Lopera, 2006). Implícita a esta definición de comunicación, y entendiéndola en este contexto, podría encontrarse la estrecha e íntima relación que tiene la tarea de comunicar con la relación de ayuda en el área de la enfermería, Peplau afirma que “las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre la enfermera/o y la persona necesitada de ayuda” (Fernández Mérida, 1998).

Partiendo de la base, por tanto, de que para que haya relación tiene que haber comunicación, esta debe ser asertiva para poder lograr una apropiada educación de la sexualidad y un adecuado proceso de relación de ayuda enfermero-paciente.

Investigadoras sobre temas de enfermería y sexualidad, A. Perdomo Cáceres, y M. Perdomo Cáceres, (2018) plantean que para lidiar con la sexualidad en su amplitud, es necesario rescatarla como objeto de preparación profesional, extrapolando la perspectiva biomédica privilegiada. Presuponen, con eso, la superación de una formación profesional en dirección a una perspectiva centrada en las interrelaciones. Todos convergen en el punto de intersección entre una comunicación asertiva, la educación integral de la sexualidad y el cuidado, donde la formación y el perfil socio profesional son determinantes para las prácticas cotidianas de enfermería.

En esta línea de pensamiento, es significativo señalar que este profesional en su formación como enfermera/o de la familia, en sentido general no ha recibido una adecuada preparación en estas dos aristas que se investigan para tener una incidencia positiva en el área de salud.

En el estudio realizado se emplearon diferentes métodos entre los que se encuentran el histórico-lógico, y análisis documental.

Los argumentos antes expuestos permitieron precisar el siguiente objetivo: valorar la importancia del estudio de las concepciones teóricas e históricas relativo a la educación integral de la sexualidad para el desarrollo de la comunicación asertiva en profesionales de enfermería.

Desarrollo

Todas las sociedades desarrollan sus propios sistemas o formas de comunicar. En el área del estudio existen normativas lingüísticas que se siguen como directrices y ya hablando del área laboral cada profesión tiene sus características propias de identificar un mensaje. En el área de la salud no hay diferencia, también se sigue ciertos patrones de conducta en base a postulados propios de la profesión. El área de enfermería utiliza, por consiguiente, esos simbolismos.

Hoy en día, en medio de tantas formas de transmitir un mensaje, creeríamos que la comunicación es un tema secundario; sin embargo, es todo lo contrario, de acuerdo a Gómez & Fedor (2016), según sea nuestra calidad de conversación con alguien es la calidad de relación que tenemos con esa persona y viceversa. Desde ese enfoque, la comunicación adquiere relevancia en el contexto profesional de enfermería. En términos de la cultura y la educación para el desarrollo comparten con la comunicación su objetivo transformador; es decir, un profesional con preparación teórica y práctica, refiriéndonos ya a la carrera de enfermería, entre las capacidades desarrolladas está las de la comunicación.

Santamaría Jiménez, (2018), hace mención a la comunicación asertiva, que se refiere a la habilidad fundamental en la convivencia a base del respeto de opiniones, como esencial dentro de este proceso: “La comunicación asertiva que se requiere tener entre el profesional de enfermería y el paciente pasa por construir empatía, escucha activa basada en el respeto, saber qué decir, cómo decirlo y qué hacer ante cualquier realidad”.

En todo lo anteriormente expuesto juega un papel importantísimo la comunicación asertiva para el desarrollo de la educación integral de la sexualidad, que debe comenzar en el seno familiar con el nacimiento, hasta extenderse al medio social en el que el individuo se desenvuelve.

El desarrollo de las habilidades sociales constituye un rasgo característico de los sistemas educativos en diversos países como Colombia, Perú, Argentina, Chile entre otros. Las cuales han sido objeto de estudio de numerosos investigadores (Sacramento, Mendoza y Yael, 2008; Flores, M., 2014; Mantilla, Oviedo, y Hernández, 2015; Amaral, Maia y Medeiros, 2015; García, Villagómez, y Reyes, 2016; Brigada, 2017). Estas habilidades se definen como “herramientas útiles para que las personas establezcan relaciones saludables consigo mismas, con las demás y con el entorno, de tal manera que sean favorables a la salud y el bienestar del individuo en todos sus ámbitos. Parten de la premisa que las personas tienen la capacidad de transformarse a sí mismas e intervenir el entorno en el que viven para construir el mundo que desean. (Mantilla, Hernández, Aragón y Estupiñán, 2013).

Los presupuestos develados por los defensores de la teoría de la comunicación humana, así como los aportes de la psicología de orientación marxista, resultan referentes para la presente investigación, sobre todo desde el reconocimiento del papel de la comunicación en el desarrollo de la personalidad del individuo y, para este caso, visto con especial énfasis desde sus funciones (informativa, afectiva y regulativa) y su impacto en las concepciones y conductas que se expresan en el ámbito de la sexualidad.

En Cuba, la educación aparece marcada por profundas transformaciones que, en la esfera pedagógica, aún carecen del desarrollo suficiente para permitir que esta actividad devenga en propiciadora de elementos que le otorguen herramientas al profesional de la salud para la modificación de comportamientos y conductas a favor de los estilos de vida saludables en la población, afectando de manera considerable su desempeño profesional. (Perdomo Cáceres, 2019).

A las/los enfermeras/os como comunicadores de los servicios de salud y agentes sociales de cambio, se les exige, además del dominio de habilidades cognitivas y técnicas relacionadas con la materia e instrumental de la profesión, habilidades de comunicación e interacción social, que garanticen la calidad de los servicios que prestan y la satisfacción de los pacientes que acuden a ellos, pues la insuficiencia de una comunicación asertiva en la educación de la sexualidad, podrían provocar intercambios poco efectivos e ineficaces, con sus pacientes,

familiares y compañeros/as de trabajo; generando efectos o consecuencias negativas en el proceso de prevención y curación e incluso afectar el resto de sus competencias, teniendo en cuenta que son consideradas como un factor de la eficiencia profesional.

Dada la complejidad del tema que se estudia se hace evidente tener en cuenta el desarrollo de la comunicación asertiva para un desempeño profesional más eficiente, por lo que se considera pertinente tomar en consideración las investigaciones realizadas desde diversas aristas para el mejoramiento del desempeño profesional por diferentes especialistas, entre los que se destacan: Ferrer (2000) (Pades, 2003); Granados (2004); Soto, Padilla y Solano (2011) Osorio (2012), Brito (2013); entre otros.

Por ser la educación integral de la sexualidad un proceso progresivo, gradual, y sistemático que incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales de forma tal que facilite la posibilidad de dar y recibir placer de una forma plena y responsable lo que entraña establecer una comunicación asertiva muy especial entre las personas y fundamentalmente en las relaciones de pareja, antesala de la dimensión sexual familia y por otra parte, el logro de una conducta sexual humana sin prejuicios y tabúes, es que se debe hacer énfasis en el perfeccionamiento de ella.

La enfermería cubana ha mantenido históricamente la formación profesional basada en el modelo biomédico y por un largo período dio gran énfasis a la asistencia de enfermería centrada en procedimientos técnicos desarrollados en el cuerpo biológico, negando, de cierta manera, la multidimensionalidad humana. Sin embargo, se percibe en la actualidad un movimiento que busca ampliar las formas del cuidado más allá de las técnicas y de los aspectos eminentemente biológicos. En esa perspectiva, se analiza también la necesidad de una preparación continua en temas sobre educación de la sexualidad y comunicación asertiva como habilidad social.

La profesión de enfermería debe jugar un rol favorecedor a cambios de actitud en los individuos, la familia y la comunidad, en lo que a EIS se refiere. Los distintos tipos de cambios con los que los profesionales se enfrentan, precisan diferentes técnicas de intervención en dependencia de a quiénes va dirigida. Crear cambios en los sistemas humanos implica el uso de destrezas y habilidades apoyadas en una comunicación asertiva.

Estos temas indudablemente constituyen un sistema de conocimiento que favorecerá la educación integral de la sexualidad. Debe recordarse la conexión entre el sistema de conocimientos, el sistema de habilidades y hábitos, el sistema de relaciones con el mundo y el sistema de la experiencia de la actividad creadora (González, Recarey, & Addine, 2007). Luego la apropiación de estos conocimientos, bajo la dirección del profesional de enfermería, mediará en los pacientes la formación de valores y actitudes para asumir una conducta sexual responsable y favorecer el establecimiento de relaciones interpersonales de respeto, equitativas y que reconozcan la diversidad.

En este sentido, si el proceso de educación de la sexualidad, como todo proceso de educación, se enfoca desde la perspectiva vygoskiana de apropiación, entonces su resultado no se limitará al aprendizaje de determinados conocimientos, sino que enriquecerá la cultura del individuo, su crecimiento personalógico y provocará la modificación de los modos de interrelacionarse. Debe recordarse que el “enfoque histórico-cultural de Vygotsky se fundamenta en que el desarrollo psicológico es un proceso muy complejo, que tiene su origen o fuente en las condiciones y la organización del contexto social y cultural que influyen sobre el sujeto, a todo lo largo de su historia personal, pero que se produce, definitivamente, como

resultado de la acumulación de su experiencia individual, a partir de sus vivencias” (Arias, 2005, p. 12). Lo que ratifica la importancia de impartir los contenidos de la educación integral de la sexualidad desde la historia de vida de cada paciente y el contexto social en que se desenvuelven.

Es significativo puntualizar que la finalidad del Sistema Nacional de Salud de Cuba es elevar cada día más el nivel de salud de la población, donde la educación integral de la sexualidad y una comunicación asertiva entre paciente y personal de enfermería también es parte esencial, y resulta de primordial importancia que sus profesionales se encuentren permanentemente en condiciones de satisfacer esa finalidad, para lo cual resulta imprescindible fortalecer su formación profesional. De ahí la importancia que reviste la elaboración y ejecución de talleres dirigidos a los profesionales de enfermería en lo relativo a la educación integral de la sexualidad y la comunicación asertiva.

Se connota dentro de los objetivos a alcanzar en estos talleres la formación y desarrollo de habilidades psicosociales, como el conocimiento de sí mismo, la toma de decisiones informadas y responsables, el manejo de emociones y sentimientos, la comunicación asertiva relacionada con la expresión sana, placentera y responsable de la sexualidad, así como la elaboración de proyectos de vida inclusivos para todos y todas.

Conclusiones

La enfermería precisa en el ámbito de la sexología de una formación integral que incluya los perfiles de educación en salud sexual para profesionales especializados en programas de salud reproductiva, en prevención y control de infecciones de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia humana, en educación sexual, investigación en sexología y clínica sexológica, incluyendo el asesoramiento sexual y el tratamiento sexológico, pues los profesionales de enfermería valoran mucho el hecho de tener formación en sexualidad y creen que es necesario orientar, informar y educar a las personas que lo necesiten mediante una comunicación asertiva.

El estudio realizado demuestra que constituye un reto para los profesionales de la salud en el contexto actual cubano en lo relativo a la educación integral de la sexualidad para el desarrollo de la comunicación asertiva. De ahí la importancia que reviste la elaboración y ejecución de un sistema de talleres sobre educación de la sexualidad para el desarrollo de la comunicación asertiva en profesionales de enfermería.

Referencias bibliográficas

Arias, G. (2005). Un intento de sistematización de los planteamientos esenciales del enfoque histórico cultural en sus inicios. *Revista Psicología: Teoría y Práctica*, 7(1), 11-48. Acceso: 18/02/2017. <http://www.redalyc.org/html/1938/193818624007/>

Agora, P. (2014). En que consiste la comunicación asertiva. *Revista Psicoactivamujerhoy*.

Barbera, M. C. (2015). Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;23(3):404-10 DOI: 10.1590/0104-1169.0432.2569 www.eerp.usp.br/rlae

Ferrera, D. y Ruiz, M.E. (2011). Habilidades sociales versus Comunicación. Ponencia presentada en el Proyecto de investigación: Modelo para el desarrollo de habilidades sociales en profesores y estudiantes de carreras pedagógicas. UCPEJV. La Habana.

Ferrera, D. (2014). Habilidades sociales y educación de la sexualidad en estudiantes de carreras pedagógicas. Ponencia presentada en II Congreso Iberoamericano de Género, educación, salud y desarrollo humano *Taller Iberoamericano de educación sexual y orientación para la vida*. La Habana.

_____. (2015). Habilidades sociales y educación de la sexualidad en estudiantes de carreras pedagógicas. *Revista Electrónica Orbita Científica*, sep-oct. 21, La Habana.

Figueró Martín, I. Duarte Clímets, G. Sánchez Gómez, MB. Brito Brito, pr. Abordaje de la sexualidad en atención primaria. ¿Qué valorar? Ene, *Revista de enfermería*. V. 9, n. 2, ago. 2015. ISSN 1988 348x. <http://ene-enfermeria.org/ojs>

González, A. M., Castellano, B., Rodríguez, M., Castro, P. L., McPherson, M., & Torres, M. A. (1997). *Hacia una sexualidad responsable y feliz: documento teórico-metodológico*. La Habana: Pueblo y Educación

González, C. V. (2015). Historia, teoría e investigación de la comunicación. *Revista Comunicación y Sociedad*, 11-43. <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n23/n23a2.pdf>

Hernández, I. R. (2014). Comunicación en salud. Comunicaciones Estratégicas y SEO. *Revista Universidad de la Frontera*. <http://publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/>

Laguna, F. M. (2014). El historiador de la comunicación entre la teoría de la comunicación y teoría de la historia. *Revista de Historiografía*. pp 56-74. https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/4571/fi_1421060782

Lopera, A. (2017). Desafíos éticos para la enfermería en la atención primaria en salud. *tribunal etico de enfermería*. Vol. 23 (1). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2017000100025

Muggenburg, C. Riveros, A. Juárez, F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado [Internet]. *Enfermería Universitaria*, 2016; 13(4): 201-207. [Citado 2020, 18 de mayo]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.00>.

Perdomo, A.B. (2014). Nueva figura de la Educación Avanzada. Programa de mejoramiento permanente del desempeño profesional. *Revista Órbita Científica*.

Mejía Lopera, M. E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm*, 54.

Navarro, C. Salazar, C. (2016). La relación enfermera-paciente "a veces lo único que necesitas... es tomar la mano de la persona" *Revista Facultad de ciencias de la salud Udes*, vol. 3 (1). <https://journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/62>

Osorio, A. (2012). Estrategia pedagógica para el mejoramiento del desempeño profesional pedagógico en la educación del valor responsabilidad ambiental en los profesores de secundaria básica. (Tesis de Doctorado). UCPEJV. La Habana.

Pades, A. (2003). Habilidades sociales en enfermería. Propuesta de un programa de intervención (Tesis de Doctorado). Universitat De Les Ill Balears. Palma de Mallorca.

Pades, A y Ferrer, V. (2001). Cómo mejorar las habilidades sociales. Ejercicios prácticos para profesionales de enfermería. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Perdomo, AB. (2014). Nueva figura de la Educación Avanzada. Programa de mejoramiento permanente del desempeño profesional. *Revista Órbita Científica*.

Reinoso, C. y Fernández, A.M. (2011). *Técnicas para el estudio y desarrollo de la competencia comunicativa en profesionales de la educación*. La Habana: Pueblo y Educación.

Reinoso, C. (2013-2014-2015-2016). Modelo para el desarrollo de habilidades sociales en profesores y estudiantes de carreras pedagógicas. (Resultado de proyecto de investigación). La Habana: UCPEJV.

Ríos, I. (2011). Comunicación en salud. *Revista Perspectivas de la comunicación*, vol. 4
<http://publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/111/94>

Zaldívar, D. (2011). *Psicología, salud y bienestar*. La Habana: Liber.

LO COMUNITARIO EN LA EVALUACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL

THE COMMUNITY IN THE EVALUATION OF SYSTEMS AND SERVICES MENTAL HEALTH

Sara Ardila
Alicia Stolkner

*Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires
Argentina*

Resumen

La atención comunitaria ha sido uno de los ejes de las propuestas de transformación de la atención psiquiátrica. No obstante, no existe claridad en el campo de la salud mental respecto a qué es esto denominado "comunitario". En este trabajo, que constituye una ampliación del presentado en el XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, se analiza el modo en el cual se incluyen "lo comunitario" y la atención "comunitaria" en algunos instrumentos de evaluación internacionales de programas y servicios de salud mental, resaltando la importancia de la evaluación en este campo. Se concluye planteando la necesidad de evidenciar los sentidos que traen aparejados ciertos conceptos que han devenido "políticamente correctos", aunque a veces vacíos de significado, como es el caso del de "comunitario".

Palabras clave: Instrumentos de evaluación, salud Mental, comunitario.

Abstract

Community attention has been central to the psychiatric attention reform. Nevertheless, in the mental health area there is no agreement on the meaning of "communitary". This work analyzes the inclusion of the ideas "community" and "communitary" in the international mental health evaluation instruments of programs and services. It also emphasizes the importance of evaluation in mental health. The conclusion points out the need to reflect about the meaning that some common concepts have when used in the area of mental health, even though this meaning sometimes remains hidden. This work is based on a lecture delivered at the XXV Argentinian Congress of Psychiatry.

Key words: Evaluation Instruments, Mental Health, Communitary

Resumo

A atenção comunitária tem sido um dos eixos das propostas de transformação da atenção psiquiátrica. No entanto, não existe clareza no campo da saúde mental com respeito a que se compreende por "comunitário". Neste trabalho, que constitui uma ampliação do trabalho apresentado no XXV Congresso Argentino de Psiquiatria, analisa-se o modo em que se incluem "o comunitário" e a atenção "comunitária" em alguns instrumentos internacionais de avaliação de programas e serviços de saúde mental, destacando a importância da avaliação neste campo. Conclui-se o trabalho, propondo a necessidade de evidenciar os sentidos que trazem igualados certos conceitos que viraram "politicamente corretos", embora, às vezes, vazios de significado como é o caso do significado de "comunitário".

Palavras-chave: Instrumentos de Avaliação, Saúde Mental, Comunitário

Introducción

La reforma de la atención psiquiátrica, avalada como propósito regional desde la Declaración de Caracas en 1990 y ratificada en los Principios de Brasilia en 2005, tiene como uno de sus pilares la atención de carácter comunitario. No obstante, pese al aparente consenso en lo que a este principio respecta, existen debates y desacuerdos acerca de qué contenido darle a “lo comunitario” en la atención, con una gama de posibilidades que van desde hacer hincapié en los aspectos meramente estructurales (dónde está ubicado el servicio) hasta las que insisten en mirar más en detalle las prácticas específicas de atención para poder entonces dar a éstas el calificativo de “comunitarias”. Los polos van, caricaturizando un poco la cuestión, desde calificar casi cualquier acción *alternativa* como comunitaria, hasta restringir en extremo el concepto.

Así, y en la medida en que lo “comunitario” constituye un elemento fundamental de la reforma, nos hemos propuesto revisar los sentidos que éste adquiere, a partir de diversas fuentes. Para este trabajo en particular nos centraremos en el análisis de algunas herramientas diseñadas a nivel internacional para la evaluación de los programas y servicios de salud mental. Consideramos que los instrumentos de evaluación constituyen un elemento valioso del cual se dispone para establecer parámetros frente a la atención en salud mental, en consecuencia, comprender cómo incluyen lo “comunitario” puede ser un aporte valioso para el avance y consolidación de la reforma psiquiátrica.

De este modo, los objetivos de este trabajo son: (1) describir las comprensiones de la atención comunitaria en salud mental a partir del análisis de algunos instrumentos internacionales de evaluación de sistemas y servicios de salud mental, y (2) propiciar la reflexión acerca de los supuestos que existen en el campo de la salud mental en torno a “lo comunitario”, y sus posibles repercusiones en los modos de desarrollar y valorar la reforma de la atención psiquiátrica.

Para ello seleccionamos algunas herramientas internacionales de evaluación de sistemas y servicios de salud mental, realizando así un muestreo intencional por criterios (Patton, 2002). Para el análisis de las herramientas realizamos primero una historización de ellas a fin de contextualizar su desarrollo; así como una lectura de éstas a partir de la categoría “comunitario” y términos relacionados como “comunidad”.

Inicios de la evaluación de servicios de salud mental

El interés por la evaluación de los programas y servicios de salud mental surge casi de manera simultánea con el desarrollo y expansión de tales servicios. Los primeros estudios que se encuentran referenciados sobre la materia datan de la década del 60¹, época en la cual se vive una gran expansión de los dispositivos de atención alternativos al hospital psiquiátrico tradicional, generalmente adjetivados como “comunitarios”.

Con la reforma propuesta en los programas y servicios de atención, era necesario comprobar si existían diferencias entre aquello que se proponía como innovador –lo comunitario– y la

¹ Consulta realizada en Medline. Términos de búsqueda: "mental health service" y "evaluation".

atención psiquiátrica tradicional. De este modo, durante los primeros años de la década del 70 se produjo una oleada de esfuerzos investigativos en la evaluación de los servicios de salud mental comunitaria (Knudsen, 1996), los cuales buscaban probar una serie de supuestos sobre las propuestas innovadoras de atención, cuales eran que éstas eran más “humanas”, más terapéuticas, y más costo–efectivas que la atención psiquiátrica tradicional (Bachrach, 1996).

No obstante, probar tales supuestos implicaba un debate conceptual de fondo, el cual se refería a si los objetivos o propósitos de la atención psiquiátrica tradicional eran similares, o por lo menos comparables con los objetivos de las propuestas de salud mental comunitaria. Esto es, si era posible evaluar los mismos aspectos en servicios tradicionales que en servicios innovadores, y de ser así, cuáles serían los indicadores apropiados para ello.

Parte de este debate se materializa en la construcción desde fines de los 80 de la “Clasificación Internacional de Cuidados en Salud Mental” de la Organización Mundial de la Salud, la cual llevó varios años y muchas discusiones respecto a si era posible evaluar cualquier servicio utilizando una serie de criterios comunes, o si era por el contrario necesario evaluar de manera independiente las actividades “curativas” y las actividades de “rehabilitación” (Departamento de Psiquiatría Social, Universidad de Groningen, 1993).

Como se desprende de lo anteriormente señalado, “la evaluación” se constituye en un interesante terreno de intersección entre los componentes técnico y teórico del campo de la salud mental, lo cual significa que resulta tan necesario definir cómo se evaluará por ejemplo, una práctica denominada “comunitaria” (qué incluye, qué excluye, quién y cómo se hace, etc.) como los fundamentos conceptuales de tales definiciones operacionales, por ejemplo, si hablamos de una “práctica comunitaria”, considerar por qué se le da el apelativo de “práctica” a aquello que se pretende identificar, y por qué se le califica de “comunitaria” dentro del rango posible de adjetivos que se pueden dar a una práctica.

Ahora bien, y pese a que la década del 90 es aquella en la cual se observan los mayores desarrollos, desde una perspectiva internacional, en lo que respecta a la evaluación de programas y servicios de salud mental, también es una década en la cual, debido al contexto ideológico del mundo sanitario que se vivía en aquella época, lo conceptual se va dejando de lado a favor de lo técnico, o más bien valdría decir, de lo tecnocrático (Ardila y Stolkiner, 2009).

La calidad de la atención: Implicaciones de una idea controvertida

Como ya se mencionará, aunque es posible encontrar referencias de trabajos y herramientas relacionadas con la evaluación de la atención en salud mental durante los 60, 70 y 80, es posible señalar que es a partir de los 90 que se observa un interés mayor por desarrollar y difundir el tema de la evaluación en el ámbito internacional, bajo la rectoría de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es importante destacar que durante tales años se estaba, en el escenario sanitario internacional, en pleno auge de las reformas de los sistemas de salud de corte neoliberal, respaldadas desde las “sugerencias” de algunos organismos multilaterales. En dicho contexto, un área que se encontró particularmente vulnerable frente a tales reformas fue la de la atención en salud mental, en buena medida debido a que por la pretendida *complejidad y particularidad de las acciones* dentro del campo, se había generado un cierto aislamiento de la salud mental frente a algunos desarrollos en el campo de la salud, y en consecuencia no se

contaba con argumentos que pudieran responder a los cuestionamientos y demandas de los decisores y administradores.

Las intervenciones en salud mental fueron calificadas por algunos reformadores como servicios de baja relación costo-efectividad, que en tanto tales debían ser costeadas por las personas de manera individual y no hacer parte de las acciones incluidas en los planes generales de beneficios en salud. En otros casos, se afirmaba que no era posible dar cuenta de cuáles eran los resultados de tales intervenciones y acciones, y menos aún, de cómo se llevaban a cabo los procesos de atención. Tampoco se sabía cuánto costaba ni cómo cuantificar cierto tipo de intervención si se quería comparar con otro, hecho especialmente cierto para las intervenciones innovadoras, agrupadas bajo el título de “comunitarias”.

Todo lo anterior se vio agravado por lo que Salvador-Carulla (1998) señala como uno de los obstáculos intrínsecos de los procesos de reforma de la atención psiquiátrica, cual es el de “estar teñida de una importante carga doctrinal que, en ocasiones, ha impedido un análisis riguroso de sus defectos y ha llevado a repetir los mismos errores en su proceso de implementación en diferentes países”.

En el contexto anteriormente descrito se celebró en septiembre de 1990 en Ginebra, una consultoría informal convocada por la OMS con el fin de discutir con un grupo de expertos y representantes de diversas áreas del campo de la salud mental, lo que deberían ser los lineamientos a nivel internacional para la evaluación de **la calidad** de la atención en salud mental.

Tal reunión fue el origen del diseño de los instrumentos que luego serían divulgados, tras sus adaptaciones, desde las diversas oficinas regionales de la OMS: *Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental*, volumen 1 (1994) y volumen 2 (1997). Es de señalar que en castellano, hasta donde tenemos conocimiento, sólo se encuentra disponible el volumen 1.

Cabe recordar que el interés por la *calidad* de la atención en salud aparece durante la década del 50, en parte como respuesta a las demandas de responsabilidad frente a los profesionales e instituciones de la salud. Se desarrolla entonces la práctica de la “acreditación” de las instituciones, a fin de sustentar que aquello que se hacía correspondía a unos criterios correctos, es decir, que la atención era de “calidad” (Aparicio, 1993).

El autor clásico de la calidad y su evaluación en salud es Donabedian (1966) quien retoma los planteamientos de la calidad de la producción industrial. Según su idea original, en salud se debían evaluar, como en cualquier proceso de producción, las estructuras, los resultados y los procesos, y es a partir de estos tres elementos que se desarrollan los principales instrumentos de evaluación en salud y en salud mental. La idea de calidad, llevada al campo de la salud, contribuye a señalar la necesidad de dar cuenta de manera concreta y con base en unos criterios de aquello que se hace, pero también reduce la idea de la atención en salud a un proceso netamente técnico, dejando de lado los componentes simbólicos de los implicados en cuestión, tanto de quienes “proveen” los servicios como de aquellos que los “reciben”.

En este sentido, un avance y aporte central de la reunión de expertos en salud mental de 1990 fue el adicionar a las dimensiones clásicas de la evaluación de la calidad (estructura/proceso/resultado) la del “contexto”. Lo que se planteaba era que si se quería realizar una evaluación con sentido de la calidad de la atención, era necesario indagar por el sistema de salud mental como un todo, en lugar de evaluar sólo la atención de los enfermos mentales.

Aunque en el texto de la reunión no se habla en términos concretos de “contexto”, tomamos dicha expresión del trabajo de Aparicio (1993), quien plantea que se puede hablar de un contexto específico y uno inespecífico. El último haría referencia a las condiciones socioeconómicas de un país determinado, y el primero –el específico– trata del campo de los servicios sanitarios, que incluiría la legislación sanitaria y el tipo de sistema sanitario con el que se cuente.

Hablamos entonces de la importancia dada en dicha reunión a la dimensión del “contexto”, puesto que se enfatiza en la necesidad de incluir a las políticas y los planes de salud mental como elementos indispensables para establecer la calidad de la atención en salud mental.

De hecho, el modelo que guía el desarrollo de los instrumentos de la OMS a partir de dicha reunión, es el de pensar que la atención en salud mental está compuesta por tres niveles, cuyo análisis es necesario para poder comprender la calidad de la atención. El *primer nivel* correspondería a las políticas y programas de salud mental; el *segundo nivel* a los servicios o dispositivos específicos en donde se provee la atención en salud mental; y el *tercer nivel* haría referencia a las intervenciones específicas de atención (Bertolote, 1997).

A partir de lo anterior la OMS publica, como se señaló anteriormente, un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención en salud mental. El primero volumen, que data de 1994 consta de seis módulos y un apartado de información adicional, que en la versión de la OPS queda contemplado como un séptimo módulo (*Políticas de Salud Mental, Programas de Salud Mental, Atención Primaria de la Salud, Servicios de Atención Ambulatoria en Salud Mental, Servicios de Internamiento Psiquiátrico, Servicios Residenciales para el paciente psicogerátrico, Información Básica*). El segundo volumen, de 1997, cuenta por su parte con seis módulos (*Derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, Servicios de apoyo de base comunitaria, Hospitales de día, Hospitales de día para adultos mayores, Centros de día [centros de rehabilitación psicosocial], Facilidades de psiquiatría forense*).

De la década de los 90 en términos regionales, es importante destacar que ésta se inicia con la “Declaración de Caracas” (1990), la cual promulgaba como compromiso común de los países de América Latina y el Caribe, la reforma de la atención psiquiátrica, tomando como ejes el respeto de los derechos de las personas con trastorno mental y la atención comunitaria.

Hubiese sido de esperar que los instrumentos de evaluación apoyaran el desarrollo de la reforma propuesta, puesto que ofrecían parámetros para poder establecer la calidad de la atención que se estaba prestando, en tanto ofrecía indicadores claros frente a los cuales contrastar el estado de la atención en cada lugar. De allí que resulte llamativa la escasa difusión de tal instrumento, y en particular del volumen 2, cuyos módulos resultaban altamente compatibles con los planteamientos de la Declaración de Caracas.

No obstante, es de destacar que un aspecto en el cual se avanzó notoriamente durante la década de los 90, fue en el diseño de políticas y planes nacionales de salud mental a lo largo y ancho de América Latina. Sin embargo, la brecha entre lo que se promulgó a nivel de principios y los cambios en la atención siguió siendo muy amplia, unido esto al hecho de que en muchos casos las políticas no se vieron acompañadas por un incremento en la financiación de la salud mental, quedando sólo al nivel del planteamiento de buenas intenciones.

La década de los 90 también se caracterizó, como se mencionó párrafos arriba, por una agudización de las reformas de los sistemas de salud bajo la lógica del Estado mínimo, con la

reducción de las coberturas en salud, la aparición de nuevos actores en el escenario sanitario y muy importante, el paso del subsidio a la oferta al *subsidio a la demanda*.

Es de destacar aquí que uno de los principios y recomendaciones del grupo de evaluación reunido en 1990, y que se menciona en los instrumentos que de allí se desplegaron, fue que el diseño de las herramientas de evaluación debía basarse en una perspectiva de *salud pública o salud mental pública*. Este punto requeriría de un análisis más detallado, pero baste con señalar que a la par de la reducción del papel de los estados en materia de salud, se dio aparejada una reducción de lo que se consideraba debía ser la salud pública, en la medida en que las reacomodaciones entre lo que es *público* y lo que es *privado*, fue un terreno fundamental de lucha ideológica de aquel momento.

En términos de los instrumentos de evaluación señalados podría hipotetizarse que desde la lógica de “los mínimos” en materia de salud pública, sus propuestas hubiesen superado lo que se estaba dispuesto a hacer. En ese momento en materia sanitaria más que ampliar, de lo que se trataba era de reducir, llegando, para el caso de la salud mental, al absurdo de equiparar como acciones **únicas** de salud pública en este campo, las de promoción y prevención.

El Nuevo Milenio: ¿Interés “ampliado” en la salud mental?

La siguiente década comienza, para la salud mental, con el respaldo de la OMS al posicionarla como asunto prioritario para las agendas internacionales y nacionales. Así, el informe mundial de salud del año 2001 se dedicó a la salud mental. Podía plantearse que esto es posible en parte, gracias a la inclusión o más bien predominancia dentro del campo de la salud mental de la lógica de la “medicina basada en la evidencia”. Como se señaló en dicho informe, gracias a los avances de la epidemiología psiquiátrica se logró demostrar la alta carga de las enfermedades mentales en la población mundial (10-15%), y con la inclusión del indicador de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se pudo cuantificar por primera vez el peso de los trastornos mentales en la carga total de enfermedades (12% para el mundo y 24% para las Américas). Así entonces, la salud mental empezó a ser vista como central dentro de los problemas de salud, y no sólo como un asunto de unos pocos. (Caldas de Almeida, 2005).

Se despliegan entonces una serie de iniciativas con el fin de *obtener información* para así poder establecer prioridades e impulsar los cambios que se considerasen necesarios. Entre ellas se puede señalar el Estudio Mundial de Salud Mental (2003), el Atlas sobre recursos de salud mental en el mundo (2001, 2005), y para el tema objeto de nuestro trabajo, el diseño del *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM–OMS)* (2005) y el desarrollo de estudios a partir de su aplicación en diversos países.

El IESM-OMS señala que su objetivo es el de recopilar la información esencial sobre el sistema de salud mental de un país o región con el fin de fortalecerlo. Plantea que de acuerdo a los hallazgos del Atlas de recursos en salud mental, se evidenció que muchos países no contaban con sistemas para recopilar y difundir la información sobre salud mental, y que en otros casos, aunque existiesen tales sistemas, estos eran de alcance y calidad limitados.

Plantea entonces que esta ausencia de información impide el desarrollo de las políticas, los planes y los servicios de salud mental. Así mismo, señala que el instrumento fue construido a partir de las 10 recomendaciones del Informe de Salud Mundial de 2001, las cuales se desarrollaron y plasmaron en las seis secciones en las que se organiza el instrumento (*Política*

y marco legislativo, Servicios de salud mental, Salud mental en la atención primaria, Recursos humanos, Educación pública y Relación con otros sectores, Evaluación e investigación). Cabe mencionar aquí, aunque se desarrollará más adelante, que tres de las diez recomendaciones del Informe Mundial de 2001, hacían mención explícita a “lo comunitario”: 3. *Prestar asistencia en la comunidad*; 5. *Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores*; 9. *Vigilar la salud mental de las comunidades*.

Ahora bien, es de señalar respecto al IESM-OMS que su interés por evaluar los *sistemas de salud mental*, con el énfasis en la “evaluación global de un país”, puede relacionarse con que lo planteado fue un problema en los 90, y que se intenta entonces tratar de recomponer en esta nueva década: la pérdida de organización y rectoría del sistema de salud, vía la descentralización, que constituía uno de los elementos de la reforma. A partir de ésta, y contrario a lo que se planteaba, lo que ocurrió fue un aumento de la inequidad entre las regiones al interior de los países, y la mayor fragmentación y segmentación en los sistemas de salud.

Así, en América Latina, la descentralización en salud no trajo un fortalecimiento de los niveles locales y una mejoría de las condiciones de salud de las poblaciones, como se esperaba. De este modo, en la década del 2000 se intenta recuperar algunas funciones y responsabilidades para el nivel nacional, entre ellas, la de la organización y difusión de la información.

Este último término es también de destacar, pues como se observa, el discurso que se acentúa desde allí es el de la *información*, y no tanto el de la *calidad*, como ocurría en los instrumentos anteriores. Que la cantidad y cualidad de la información con la que se disponga sea un indicador de calidad, es cierto; pero la información *per se*, no garantiza la calidad, ni tampoco que la calidad sea la meta a lograr con la obtención de la información.

Es posible entonces plantear, que este instrumento evidencia un giro de perspectiva, o al menos de estrategia, en lo que respecta a los argumentos a buscar y a dar desde la evaluación. A diferencia de los instrumentos anteriores, cuya puntuación es más cualitativa (2: Adecuadamente cumplida; 1. Parcialmente cumplida; 0: no cumplida), el IESM-OMS ofrece una guía para poder obtener todos los indicadores en términos cuantitativos (en su mayoría las medidas señaladas se plantean como: número de, proporción de, disminución/aumento de...) Sin querer entrar en la discusión acerca de lo cuantitativo vs. lo cualitativo pues se considera poco fructífera, lo que se quiere hacer notar es el cambio respecto a aquello que se busca y se cree importante evaluar, así como la *desaparición* en las referencias de los instrumentos diseñados una década atrás.

Incorporación de lo Comunitario en los Instrumentos de Evaluación

Desde diversos lugares se ha planteado que las nociones de “comunitario” y “comunidad”, pese a utilizarse ampliamente en diversos campos, son rara vez definidas. Así, y puesto que son conceptos centrales para la reforma de la atención psiquiátrica, nos hemos propuesto desde hace un tiempo aproximarnos a los modos en que son entendidos: por los profesionales de la salud mental, en los documentos de política, y en este caso, en los instrumentos internacionales de evaluación de la atención en salud mental.

Más que intentar dar una definición única de lo que es lo comunitario, lo que buscamos es comprender los sentidos múltiples que se encuentran presentes tras una supuesta uniformidad. Al respecto Rodríguez del Barrio (1999) plantea que el aparente consenso

respecto a lo que es lo comunitario y la intervención comunitaria, oculta diferencias profundas entre concepciones y formas de intervención en salud mental.

De hecho, un aspecto que resulta llamativo es que en la actualidad “lo comunitario” es empleado y respaldado desde diversas posiciones ideológicas. En el campo de la salud ha sido avalado porque supone una reducción de costos en la atención, siendo incluso una forma soterrada de trabajo gratuito por parte de la “comunidad” (Ugalde, 1987); y por el otro, ha sido respaldado desde las posturas que promulgan la adecuación de los programas e intervenciones a las necesidades reales de la gente, vía el incremento de poder en la toma de decisiones de las “comunidades”.

En todo caso, pareciera que el uso del término se ha difundido, posiblemente porque éste remite a sentimientos agradables y a la percepción subjetiva de seguridad (Bauman, 2001). De este modo, resurge el concepto de “comunidad” en un escenario que, aunque distinto de aquel en el cual apareciera por primera vez dentro de las ciencias sociales (siglo XIX), comparte con aquel momento histórico el desasosiego experimentado ante la fractura y pérdida de lo antiguo, de la seguridad de lo “conocido”.

Cabe señalar además que lo comunitario ha formado parte de los movimientos de reforma de la atención psiquiátrica desde muchas décadas atrás. Baste con citar los ejemplos de la “*comunidad terapéutica*”, de la “*psiquiatría comunitaria*” o del movimiento de “*salud mental comunitaria*”. En el caso de la reforma de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe, como ya se mencionó, uno de los ejes lo ha constituido la “atención comunitaria”. Así mismo, desde los documentos y recomendaciones de la OMS en los últimos tiempos, “la comunidad” y “lo comunitario” están siempre presentes.

Ahora bien, en el análisis de las comprensiones sobre tales nociones en los instrumentos de evaluación descritos en párrafos anteriores, lo que hicimos fue buscar en dónde se mencionaba “la comunidad” o “lo comunitario”, y así entonces poder realizar una lectura respecto a lo que parecía se quería significar con su uso.

Respecto a los instrumentos para evaluar la calidad de la atención en salud mental (1994, 1997), se consideraron cuatro niveles de aparición de los términos, de acuerdo a la forma en la que está organizada el instrumento: 1. Título del módulo; 2. Área temática del módulo; 3. Título del ítem; 4. Descripción del ítem.

Así, para el **volumen 1** (1994), el término estuvo presente en el nivel dos (“participación comunitaria”, “extensión comunitaria del servicio”, “interacción con los familiares y la comunidad”); en el nivel tres (por ejemplo: “Papel y funciones de los usuarios y otros miembros representativos de la comunidad...”, “un mínimo del 30% del tiempo de trabajo de cada miembro del personal técnico está dedicado al trabajo en la comunidad”, “todo residente tiene derecho a acceder a los servicios de salud provistos en la comunidad”); y en el nivel cuatro (por ejemplo: “... el personal se dirige a los pacientes amablemente, utilizando preferentemente el tratamiento y los títulos que recibían en la comunidad...”, “... la definición de prioridades es más sólida cuando está basada en la magnitud y severidad clínica y social de los problemas, la respuesta de la comunidad y la disponibilidad de medios eficaces y eficientes para enfrentarlo”).

El término entonces es utilizado en este instrumento de varias maneras: en algunos lugares como sinónimo de sociedad; en otros se emplea para hacer alusión al grupo social y cultural

de pertenencia del paciente; en otros indica una noción espacial referida al afuera del hospital o de la institución.

Como se observa, se utiliza en sentidos diferentes, pero cabe señalar una frase que consideramos engloba lo que generalmente implica su uso: pareciera que al hablar de comunidad nos estamos refiriendo a “*todos esos otros que no somos nosotros*” (Dabas, 2007). Entonces, el término de lo comunitario incluiría de manera simultánea las ideas de agrupamiento y de vínculo, a la vez que las de exclusión y diferencia.

Por su parte, el análisis del **volumen 2** (1997) permite mostrar otros elementos relacionados con lo comunitario. Además de encontrarse significados similares a los del volumen 1 (y de estar presente en los cuatro niveles de análisis propuestos), cabe destacar que en el módulo dedicado a los “derechos de los usuarios de los servicios de salud mental” uno de los ítems remite a la resolución 46/119 de las Naciones Unidas (1991) referida a los *principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental*.

En particular, el principio 3 señala que: “*Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad*”; y el principio 7, punto 1, señala que: “*Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive*”.

Lo importante de destacar de estos principios, y de su inclusión en el instrumento de evaluación, es que lo comunitario se liga con los derechos, y en este sentido, además de hacer alusión a un lugar espacial diferenciado del hospital, también se comienza a relacionar con el pleno ejercicio de la ciudadanía.

De este modo, lo comunitario tendría que ver sobre todo, con un tipo de *funcionamiento* caracterizado por el ejercicio pleno de la ciudadanía, el cual es posible, de manera privilegiada, en los espacios habituales de vida y de socialización. Esto porque desde una perspectiva relacional y contextual de lo humano, las personas somos y nos constituimos desde aquello con lo cual interactuamos, y en consecuencia el “ambiente” o “el territorio” se refiere a elementos vivos, dinámicos y humanos en tanto están revestidos de significados para los sujetos.

Ahora bien, en el módulo dedicado a los “servicios de apoyo de base comunitaria”, lo anteriormente señalado se amplía, enfatizando en que los tipos de apoyo y de servicios que reciban las personas con trastornos mentales deberán estar lo más integrados posibles a los servicios y apoyos a los que pueda acceder cualquier otro ciudadano (de salud, educación, trabajo, recreación, etc.), con los apoyos y acompañamientos que sean necesarios para que esto resulte posible, tanto para la persona con trastorno mental, como para su familia. En especial, plantea que el contexto para los servicios de apoyo de base comunitaria será “la desinstitucionalización” y muy importante, “la no-institucionalización”.

Por su parte, el instrumento IESM-OMS (2005), aunque fundamentado en las recomendaciones del Informe Mundial de Salud 2001, que como vimos destacan “lo comunitario”, enfoca las significaciones del término a aquellas que resulten operacionalizables. Así entonces, en las definiciones de los términos a emplear incluye:

Establecimiento o dispositivo de salud mental comunitario: servicio de salud fuera de un hospital psiquiátrico (p. 14)

Dispositivo residencial comunitario: Un dispositivo comunitario de salud mental, no hospitalario, que brinda residencia nocturna para personas con trastornos mentales. ... Incluye: Hogar protegido; alojamientos sin personal; alojamientos con personal residencial o visitante; ... Casas de transición; Comunidades Terapéuticas (p. 15)

Unidad de internamiento u hospitalización psiquiátrica de base comunitaria: Una unidad psiquiátrica que brinda atención a pacientes ingresados para el abordaje de trastornos mentales dentro de un dispositivo comunitario. Estas unidades están generalmente ubicadas dentro de los hospitales generales ... (p. 18).

De los términos citados se pueden destacar dos cosas: primera, que lo comunitario se utiliza como término opuesto a hospital psiquiátrico, sobre todo, en términos espaciales (afuera de); y segunda, la tautología con la que se dan las definiciones: un servicio de base comunitaria es aquel que se refiere a un dispositivo comunitario.

Es de anotar además, al observar los indicadores de tales servicios de *base comunitaria*, que no resulta clara la especificidad de estos, en la medida en que los indicadores que se utilizan para su evaluación son iguales a los de otros tipos de servicios, por ejemplo: número de dispositivos, número de camas/lugares, número de usuarios atendidos, número promedio de días de estancia.

Pese a que sea importante contar con estos datos, cabe anotar que, por un lado, no dan cuenta de las especificidades de lo que sería una atención comunitaria, vista como diferencial, de la impartida en un hospital psiquiátrico tradicional. Y por el otro, evidencia la crítica señalada párrafos arriba respecto a la homogenización bajo un mismo título de modalidades diferenciales, tanto conceptual como operativamente.

A modo de conclusión

La evaluación de la atención en salud mental constituye una herramienta fundamental para el avance de la reforma psiquiátrica. Así mismo, en los últimos años se han desarrollado herramientas que pueden aportar elementos valiosos a esta tarea. No obstante, es necesario evaluar a su vez las herramientas de evaluación mismas, intentando comprender los significados que traen aparejados y los contextos –sanitarios, económicos, políticos– desde los cuales son elaborados y a partir de los cuales cobran sentido.

Esta historización de los instrumentos de evaluación resulta valiosa, no sólo para comprender tales contextos, sino también para aprovechar los aportes que otros han realizado al campo, y que muchas veces, al ritmo de la moda o de los discursos prevalecientes en ciertos momentos, van siendo dejados en el olvido, el lugar de optimizarse e integrarse a las nuevas comprensiones.

Así mismo, “lo comunitario” dentro del campo de la salud mental es un aspecto que, justamente por su aparente obviedad, debe ser repensado una y otra vez. La tarea de quienes trabajan bajo esta perspectiva es entonces la de revisar si los instrumentos de evaluación brindan elementos que den cuenta de la calidad de sus prácticas; y si por el contrario se quedan cortos, trabajar en la construcción de parámetros e indicadores que traduzcan y

reflejen su accionar y que permitan entonces expandir las experiencias de reforma a otros contextos.

Referencias bibliográficas

Aparicio, V. (1993). "Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes". (pp. 15-50). En Aparicio, V. (Ed.) *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Ardila, S. y Stolkiner, A. (2009). "El uso de técnicas en la evaluación no tecnocrática: Desarrollos acerca de la evaluación de programas y servicios de salud mental". Trabajo presentado en: *VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani*. Buenos Aires, Agosto 5-7 de 2009.

Bachrach, L.L. (1996). "Desinstitutionalisation: Promises, Problems and Prospects". (pp. 3-18) En Knudsen, H.Ch. & Thornicroft, G. (eds) *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bauman, Z. (2001). *Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Bertolote, J.M. (1997). "A framework for quality assurance in mental health care". En World Health Organization. *Quality Assurance in Mental Health Care. Volume 2*. (pp. 87-99). Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization.

Caldas de Almeida, J.M. (2005). "Estrategias de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la Nueva Fase de la Reforma de los Servicios de Salud Mental en América Latina y el Caribe". *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(4/5).

Dabas, E. (2007). Seminario Internacional *Bogotá, por los derechos de las familias*. Bogotá, Octubre 31, noviembre 1 y 2 de 2007. (comunicación personal)

Departamento de Psiquiatría Social, Universidad de Groningen, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación en Salud Mental (1993) *Clasificación Internacional de los Cuidados de la Salud Mental*. Traducción y adaptación al castellano: Unidad de Salud Mental para la Investigación (USaMI).

Donabedian, A. (1966). "Evaluating the quality of medical care". *Milbank Memorial Fund Quart* 44 (pt 2). July: 166-206.

Knudsen, H. Ch. (1996). "Preface" (pp. XV-XX) En Knudsen, H.Ch. & Thornicroft, G. (eds) *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge University Press: Cambridge.

Organización de Naciones Unidas (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2005). *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Organización Mundial de la Salud (ESM-OMS) Versión 2.1*. Ginebra: Autor.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). "Declaración de Caracas". *Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.

- Organización Panamericana de la Salud. (1994). *Evaluación de la calidad de la atención en salud mental* Washington DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). "Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención de Salud Mental en las Américas". *Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud: 15 años después de Caracas*. Brasilia, Brasil.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (3ª ed.) Newbury Park: Sage Publications.
- Rodríguez del Barrio, L. "Salud mental y rehabilitación: la dinámica de diversificación y homogenización de organizaciones, discursos y prácticas". *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*. 1999, Vol. X: 127-132.
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., Rodríguez-Blázquez, C., Atienza, C. y Velázquez, R. (1998). "¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional". *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2(3). En: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic_4.htm [con acceso el 4 de agosto de 2008]-
- Ugalde, A. (1987). "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales*. 1987. 41, 27-37.
- World Health Organization, Division of mental health (1991) *Quality assurance in mental health*. Informal consultation on the quality assurance of mental health care. Geneva, 10-12 September 1990. [WHO/MNH/MND/90.11].
- World Health Organization, Division of mental health (1994). *Quality assurance in mental health care. Check-lists & glossaries. Volume 1*. Geneva: Autor [WHO/MNH/MND/94.17].
- World Health Organization, Division of mental health and prevention of substance abuse (1997). *Quality assurance in mental health care. Check-lists & glossaries. Volume 2*. Geneva: Author. [WHO/MSA/MNH/MND/97.2].

ESTRATEGIAS GERENCIALES PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL “JESÚS MARÍA CASAL RAMOS” – PORTUGUESA.

MANAGEMENT STRATEGIES FOR THE QUALITY MANAGEMENT OF THE SERVICES OF THE JESUS MARIA CASAL RAMOS HOSPITAL-PORTUGUESA.

Carlos Augusto Marín Moreno

Universidad Nacional Experimental “Simón Rodríguez” (UNESR – Araure)

Resumen

La investigación tuvo como objetivo principal desarrollar estrategias gerenciales para la gestión de calidad de los servicios hospitalarios en el Hospital “Jesús María Casal Ramos” –portuguesa. Metodológicamente, bajo un enfoque cuantitativo, diseño experimental y descriptivo, de tipo proyecto factible. La población fue conformada por cien (100) personas entre ellos médicos residentes y estudiantes, adscritos a los servicios de emergencia de adultos, ginecología, pediatría y medicina interna, del hospital antes mencionado. Con una muestra intencional, quedando constituida por 25 representantes en cada servicio. La técnica utilizada fue la encuesta, con un instrumento de tipo cuestionario con 14 preguntas cerradas. La confiabilidad de dicho instrumento se calculó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach el cual arrojó un resultado situado en 0,63 considerándose este confiable. Del análisis de los resultados obtenidos se evidenció que el personal administrativo de dicha institución, no manejaba ningún tipo de control o seguimiento a través de estadísticas, existía desconocimiento total respecto a los términos y puesta en práctica de la calidad del servicio dentro de las instalaciones, de tal forma comprometiendo la capacidad de respuesta ante las necesidades de los pacientes. Al respecto, para otorgar soluciones a dichas debilidades, se concluye que es necesario capacitar al personal en materia de gerencia y desarrollar la estrategia planteada en el trabajo de investigación.

Palabras Claves: Estrategias gerenciales, gestión de calidad y servicios.

Abstract

The main objective of the research was to develop managerial strategies for the quality management of the hospital services in the Hospital Jesus Maria Casal Ramos - Portuguesa. Methodologically, under a quantitative approach, experimental and descriptive design, feasible project type. The population was made up of one hundred (100) people, including resident doctors and students, assigned to the Adult Emergency Services, Gynecology, Pediatrics and Internal Medicine, of the aforementioned Hospital. With an intentional sample, being constituted by 25 representatives in each service. The technique used was the survey, with a questionnaire-type instrument with 14 closed questions. The reliability of said instrument was calculated using Cronbach's Alpha coefficient, which yielded a result located at 0.63, considering it reliable. From the analysis of the results obtained, it was evident that the administrative staff of said institution did not manage any type of control or monitoring through statistics, there was total ignorance regarding the terms and implementation of

the quality of service within the facilities, thus compromising the ability to respond to the needs of patients. In this regard, in order to provide solutions to these weaknesses, it is concluded that it is necessary to train staff in management and develop the strategy proposed in the research work.

Keywords: *managerial strategies, quality management and services.*

Introducción

En el contexto actual de Venezuela, el tema de salud pública se ha vuelto un lujo, debido a su elevado costo, y en algunos casos un imposible. Dado que en términos de calidad de servicios, el trato hacia los pacientes menos favorecidos o de recursos muy limitados es paupérrimo. Asimismo, una de las grandes debilidades en los sistemas de salud pública, radica en el hecho que no existen garantes de políticas públicas, que velen por el cumplimiento de la calidad de los servicios dentro de las instituciones (como se citó en Kotler, 1997) “La calidad del servicio es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra”. Partiendo de lo antes planteado, es indispensable puntualizar que la calidad del servicio al ser intangible, no significa que sea menos importante, al contrario, representa un conjunto de acciones y tratos para que el usuario se sienta cómodo durante su estancia en un lugar específico, cumpliendo o atendiendo sus necesidades en pro del bienestar del sujeto en efecto. (p.4).

En este sentido, el enfoque de la presente investigación denota la carencia de la calidad del servicio como un elemento vinculante y de suma importancia dentro de la unidad de atención en salud, desde diversos escenarios e intérpretes. Partiendo de un punto de vista institucional, se busca brindar estrategias adecuadas para la gestión administrativa efectiva dentro de los servicios de ginecobstetricia, medicina interna, pediatría y emergencia de adultos, orientados a través de métodos y herramientas a nivel administrativo para el mejor control y seguimiento de los servicios brindados en las instalaciones.

En el mismo orden de ideas, la capacidad de respuesta en los servicios hospitalarios, se gestiona a través de un personal que no tiene nociones y conocimientos en materia de orden, control y seguimiento en procesos administrativos, al desconocer por completo los términos se imposibilita el hecho de brindar un servicio de calidad, y es allí donde surge un cuello de botella en el proceso, relacionado directamente a la atención de los pacientes sea por carencia de medicación, atención o implementos de trabajo.

Entonces, siendo el personal administrativo, los principales responsables de garantizar los medios y recursos para la atención adecuada de los pacientes, la influencia de la gerencia o roles supervisorios de la institución hospitalaria es *sine qua non*, para incrementar la capacidad de respuesta efectiva y brindar un servicio de calidad en las distintas áreas de servicios dentro del hospital.

Fundamentos teóricos

Berry (1993) menciona que “la calidad de los servicios es la amplitud o discrepancia que existe entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones en función a la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía” (p.20). Por otra parte, Cardenas (2007) comenta que “la calidad de los servicios se asocia con los esfuerzos que cada organización debe realizar en la creación de una cultura, la cual permita producir bienes y prestar servicios considerados óptimos, para incrementar su productividad, garantizando a su

vez, la permanencia y competitividad de la organización y ésta sólo se logra cuando los usuarios cubren sus percepciones y expectativas del servicio solicitado” (p. 24).

Al internalizar las numerosas definiciones referentes a la calidad de los servicios, se evidencia la carencia de estos en la unidad de salud del presente estudio. Ahora bien, partiendo de lo antes planteado, se ratifica la influencia de la alta gerencia, como los principales responsables en garantizar la calidad de servicio en la institución, en vista de que los procesos administrativos defectuosos, diferencias o problemáticas asociadas forman parte de la responsabilidad de su gestión y no de los demás trabajadores.

Entre las teorías que intentan explicar la calidad de los servicios, existe una propuesta por Falconi, la cual se identifica como el flujograma de la caminata hacia la excelencia, la cual se conforma por 4 fases: Entendiendo su trabajo, arreglando la casa, arreglando la máquina y caminando para el futuro. Al respecto Falconi (2004), plantea que “Nosotros, seres humanos precisamos sobrevivir. Para esto precisamos comer, vestir, ser cuidados cuando nos quedamos enfermos, dormir, ser educados, etc. Para atender a estas necesidades de supervivencia es que el ser humano se organiza en industrias, hospitales, escuelas, prefecturas, etc. Vamos a llamar empresa a cualquiera de estas organizaciones” (p.12).

En este sentido, a medida que las personas se agrupan, estas deben organizarse y establecer prioridades, siendo una de las más relevantes de éstas la calidad del servicio como un elemento vinculante en organizaciones de índole público o privado, es por ello que la estandarización de los procesos administrativos serán el canal o medio para poder garantizar la calidad del servicio en la unidad de salud, dado que el crecimiento exponencial de las instituciones de salud está vinculado directamente a la planificación estratégica de la gerencia como una guía para tramitar soluciones. Es necesario puntualizar que la planificación estratégica a nivel institucional otorgará las herramientas administrativas para incrementar la capacidad de respuesta ante sus requisitores o usuarios; con la ayuda de la aplicación del método 5W1H.

También, la teoría de Fuentes Ventura (2020), relata que “en el sector público de salud, existen diversos problemas que influyen en la atención de calidad, entre ellos elevados tiempos de espera, problemas con demandas de especialistas, malos sistemas de información y atención al público”. (p. 14). Asimismo, dicha teoría plantea que el común denominador que caracteriza los cuellos de botella en los servicios de salud pública, parte del hecho de comprometer la capacidad de respuesta por falta de información en los procesos administrativos y objetivos organizacionales no claros.

Es por eso que la gestión participativa a través del personal administrativo como gerencial es crucial para garantizar la calidad de servicios en las áreas de emergencias de adultos, ginecobstetría, pediatría y medicina interna en el hospital “Casal Ramos”, para poder desarrollar acciones eficaces y eficientes a nivel administrativo mediante una gestión oportuna con: orden, control y seguimiento de los datos proporcionados por la parte operativa (especialistas, residentes y estudiantes) de las áreas antes mencionadas, y así prever y garantizar recursos como medicinas, implementos de trabajo, etc.

En conclusión, lo antes mencionado señala la necesidad de que haya un orden, control y seguimiento por la parte del personal administrativo-gerencial del hospital, referente a los pacientes que acuden a las instalaciones por un servicio específico, teniendo claro cuál es el alcance de sus responsabilidades y rol dentro de sus funciones. El control estadístico y uso de los datos proporcionados por las áreas hospitalarias, referente a consumos de

medicamentos, proyecciones de compras de implementos de trabajo, ayudarán a garantizar la calidad de los servicios, siendo parte de la estandarización de los procesos administrativos el registro, análisis y uso adecuado de los datos proporcionados por los médicos.

La gestión administrativa actual, dentro de las instalaciones del hospital “Jesús María Casal Ramos”, se ha visto afectada por temas asociados a la migración de profesionales y de mano de obra capacitada, el personal administrativo y gerencial que en la actualidad labora, no posee herramientas y/o estrategias sólidas en esta materia, específicamente en temas asociados a calidad de servicios dentro de sus procesos administrativos, siendo dicho desconocimiento un motivo para identificarlos como parte del problema y de los actuales cuellos de botellas dentro de los procesos.

La calidad de los servicios, según Hernández (2022) “recomienda una formación dirigida a la gerencia institucional con la finalidad de que, en un futuro cercano, ésta pueda llevar a cabo una serie de acciones gerenciales, basadas en enfoques por competencias innovadoras, integrales e integradoras que posibiliten la consecución de los mejores resultados en la gestión” (p.15). Asimismo, Correa (2017), puntualiza que “para ser coordinador de un centro de salud, se requiere de la aplicación de todas las funciones gerenciales y de las habilidades técnicas, humanas y conceptuales requeridas para lograr una eficiente gestión, mediante el manejo de estrategias y de la capacitación adecuada a nivel gerencial para enfrentar con éxito las dificultades que se le presenten en cuanto a atención médica, insumos, personal, planificación, organización y así poder lograr una efectiva atención al público, donde el usuario quede satisfecho con el servicio prestado” (p.16).

Es de esta manera que se plantea como propuesta desarrollar un plan de acción con ayuda de la metodología 5W1H, la misma se define según Lasswell (1979), como “un análisis empresarial que consiste en contestar 6 preguntas básicas, las cuales son; qué, por qué, cuándo, dónde, quién y cómo” (p.21). Dicha propuesta puede considerarse una lista de verificación mediante la cual es posible generar estrategias para implementar mejoras dentro de los procesos administrativos. Dicha mejora continua puede desarrollarse mediante 2 formas; a través de cambios radicales o pequeños cambios, donde su evolución o comportamiento se mide conjunto ciclo PDCA. El ciclo PDCA, se define como “la medición de la efectividad de las acciones de mejora implementadas, adecuadas a una selección de indicadores que informen qué tan cercano o alejado se está de la meta definida” Shewhart (1939). Tal herramienta permitirá evaluar la evolución durante el desarrollo del plan 5W1H, sus principios parten del hecho de: planificar, el hacer o ejecución de actividades, el chequear las actividades ejecutadas y actualizar datos recabados y efectividad de las actividades desarrolladas.

Metodología

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo que, de acuerdo con Sampieri (2004) “se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busca formar preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas” (p.25). Respecto a la investigación, está basada bajo la modalidad de investigación de campo; según Arias (2015) la describe como “un proceso que consiste en someter a un objeto o un grupo de individuos en determinadas condiciones, estímulos o tratamientos, para observar los efectos o reacciones que producen” (p.25).

En relación a lo antes descrito, el diseño de la investigación se clasifica como experimental, en concordancia a ello, Tamayo (2006), lo describe como “la investigación experimental se ha

ideado con el propósito de determinar, con la mayor confiabilidad posible, la relación causa-efecto". (p.27).

Finalmente, se enmarcó bajo la modalidad de proyecto factible, que según Hurtado (2008) describe dicho método como "la elaboración de una propuesta, un plan, un programa o modelo, como solución a un problema o necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social, o una institución, o de una región geográfica, en un area particular de conocimiento, a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, los procesos explicativos o generadores involucrados y de las tendencias futuras, es decir, con base en los resultados de un proceso investigativo" (p.26).

Es así, como partiendo de lo antes mencionado se elaboró una estrategia bajo la metodología 5W1H; como propuesta para la estandarización de los procesos administrativos y así garantizando la calidad de los servicios en los diversos espacios del hospital "Jesús María Casa Ramos" de Portuguesa.

La población para la presente investigación estuvo conformada por (100) participantes, entre residentes, especialistas y estudiantes que brindaban sus servicios en las áreas de ginecobstetricia, medicina interna, pediatría y emergencia de adultos. Así mismo, el muestreo utilizado para el presente estudio fue de tipo estratificado, que según Castro (2003), lo define como "aquellos donde todos los miembros de la población tienen la misma opción de conformarla, a su vez pueden ser, muestra aleatoria simple, estratificada, por conglomerados o áreas" (p. 28). Las condiciones para el muestreo; exigían que los individuos brindaran servicios dentro de alguna de las áreas de estudio. En tal sentido, la muestra del objeto de estudio estuvo conformada por 25 participantes de cada área.

Como técnica de recolección de datos, se utilizó la encuesta. Por su parte, el instrumento, según Tamayo (2008), define la encuesta como "aquella que permite dar respuestas a las problemáticas en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida sistemática de información según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida" (p. 28).

Partiendo de lo antes mencionado, en la presente investigación, se utilizó como instrumento para la recolección de datos el cuestionario, el cual fue aplicado a los estudiantes, residentes y especialistas que conforman la muestra, utilizando 14 preguntas cerradas. En el mismo orden de ideas, las escalas seleccionadas para las respuestas se abordarán bajo análisis de datos cuantitativos; utilizando indicativos como el SI y NO, dependiendo la opinión del entrevistado.

Tabla 1

ENTREVISTADOS J.M CASAL RAMOS- PORTUGUESA	
ÀREA	CANTIDAD
EMEREGENCIA ADULTOS.	25
GINECOBSTETRIA.	25
MEDICINA INTERNA.	25
PEDIATRIA.	25
<u>TOTAL GENERAL</u>	100

Fuente: Marín Moreno (2023).

Para la validación del instrumento se acudió a la opinion de tres expertos en el área. En síntesis, Hernández (2006), comenta que la confiabilidad del instrumento “es el grado en el cual las mediciones de un instrumento son precisas, estables y libres de errores” (p. 30).

Análisis y discusión de resultados

El análisis e interpretación de los resultados, representa la concreción de la fase diagnóstica de la investigación, se obtiene la opinión de los involucrados en función a las variables de estudio.

En este apartado, se dan a conocer los resultados obtenidos, producto de la aplicación de los instrumentos, de acuerdo a los objetivos formulados en la investigación. Asimismo, aplicando las características del enfoque cuantitativo, se expresa la cantidad de personas que estuvieron en acuerdo o en desacuerdo conforme a las preguntas realizadas, para luego representar de forma gráfica a través de barras, desde un punto de vista cuantitativo con un desarrollo y enfoque descriptivo.

En primer lugar, respecto a los procesos administrativos se preguntó a los participantes si existía un control y seguimiento por parte del personal administrativo; el 38% manifesto que sí, mientras que el 62% negó. Asimismo, en lo que respecta al control estadístico; se preguntó si a través de métodos estadísticos se señalaban enfermedades con mayor frecuencia durante consultas o guardias médicas, el 57% afirmó, mientras que el 43% negó.

En cuanto al indicador de control gerencial, se preguntó si el proceso de gestión administrativa es comprensible y claro; el 5% afirmó, mientras que el 95% comentó que no. Por otra parte, se preguntó respecto a la eficacia y eficiencia de la administración, donde el 40% reconoció la eficacia en el proceso, mientras que el 90% manifestó que esta era inexistente.

En concordancia con el indicador que sugiere capacitar al personal en materia gerencial; se interrogó a los participantes si era necesario realizar capacitaciones en materia de gerencia dentro del personal administrativo / gerencial, y la respuesta a dicha interrogante fue: 70% afirmó, mientras que el 30% negó. Luego, se consulta a los participantes si consideran que los datos proporcionados a la administración, que son recolectados durante consulta o en emergencias son utilizados para gestionar de forma efectiva los recursos: el 8% afirmó, mientras que el 92% negó.

Por último, se consultó a los participantes, si es necesario desarrollar un organigrama de los procedimientos administrativos: donde el 95% afirmó y el 5% negó. Es así, como de acuerdo a los resultados obtenidos, se procedió a desarrollar una estrategia a nivel organización a través de la herramienta 5W1H, que tiene como propósito influir de forma positiva dentro del desempeño de roles administrativos y gerenciales dentro de la unidad de salud, apostando a la consolidación de los procesos administrativos a nivel organizacional. En este sentido, el propósito principal es proporcionar una herramienta gerencial eficaz y eficiente dentro de la institución para garantizar la calidad de los servicios hospitalarios durante la atención a los pacientes.

Conclusiones

La investigación en estudio, consistía en desarrollar estrategias gerenciales para la gestión de calidad de los servicios hospitalarios del hospital "Jesús María Casal Ramos"-Portuguesa, luego a través del análisis de los datos recolectados por medio de la encuesta aplicada a los médicos residentes, especialistas y estudiantes de los servicios de medicina interna, pediatría, emergencia de adultos y ginecobstetricia, se concluye que es necesario:

1. Formular objetivos institucionales que promuevan de una manera sólida la estructura de la organización a fin de que el personal que labora en el área administrativa se sienta vinculada directamente con los servicios hospitalarios, donde se informe la importancia de todos como un equipo de trabajo consolidado.
2. Desarrollar un organigrama de procesos, poniendo en práctica las proyecciones para incrementar la capacidad de respuesta ante los pacientes y servicios, y dentro de esta estrategia corporativa; detallar la misión, visión y valores de la organización, de forma sincronizada para guiar las actividades gerenciales, administrativas y operacionales.
3. Coadyuvar desde la gerencia, para llevar a cabo las estrategias corporativas en la organización, manteniendo el hábito de orden, control y seguimiento de los procesos en cada puesto de trabajo.
4. Implementar las estrategias sugeridas para la optimización en la gestión administrativa de los procesos y de esta manera contribuir y garantizar las herramientas necesarias para el incremento de la capacidad de repuesta en los diversos servicios hospitalarios en el "Jesús María Casal Ramos"-Portuguesa.

Es por ello que se vuelve necesario y factible, capacitar y aplicar la estrategia sugerida al personal administrativo, con el fin de crear ese pensamiento integral, y los mismos puedan tener nociones claras sobre las responsabilidades de su cargo, o la importancia de su estancia dentro de las instalaciones.

A manera de concluir, se puede apreciar las ganas de colaborar, desarrollar, crear y sobre todo hacer, del personal administrativo, es así como se ratificó una vez más, la importancia de que

los datos proporcionados por el personal médico sean utilizados para la toma de decisiones oportunas y decisiones de carácter financiero, permitiendo generar proyecciones de necesidades a nivel de insumos y medicamentos en la unidad de salud, con el propósito de prever los recursos y garantizar una atención oportuna y de calidad en los diversos servicios hospitalarios dentro de la unidad de salud.

Referencias bibliográficas

- Arias (2004). <Técnica de análisis de datos> : [Página Web]:<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2014/06/tecnicas-de-analisis-de-datos-ejemplo.html>
- Arias (2010). <Gestión de Calidad>. Cap. II “Evolución del Significado dependiente del grado de madurez de la disciplina de Gestión de la calidad”, pp. 9 a la 15.
- Arias (2012). < Investigación tipo Experimental>: [Página Web]:http://planificaciondeproyectosemirarismendi.blogspot.com/2013/04/tipos-y-diseno-de-lainvestigacion_21.html#:~:te%20Dise%C3%B1o%20Experimental.-
- Cárdenas (2007). <Calidad de servicios en la editorial de la Universidad del Zulia>. [Página Web]:http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131595182007000100013
- Falconi Campos (2004). <Gestión de la Rutina del Trabajo del Cotidiano >.Flujograma de la Caminata hacia la Excelencia.
- Falconi Campos (2004). <Gestión de la Rutina del Trabajo del Cotidiano >. Cap. I “Que es una empresa”.
- Falconi Campos (2004). <Gestión de la Rutina del Trabajo del Cotidiano >. Cap. I “Que es una empresa”.
- Fuentes Ventura (2020). <Estrategia gerencial para mejorar el clima organizacional en el servicio de neurocirugía del hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo”> : [Página Web]:<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7249/Fuentes%20Ventura%20Carlos%20David.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez (2018). < Estrategias gerenciales basadas en la gestión de calidad para la atención y servicio al usuario de consulta de primera del hospital tipo II Dr. Ernesto Segundo Paolini>. : [Pagina Web]:<http://hdl.handle.net/123456789/551>
- Ojeda (2011). <Misión Barrio Adentro Gestión Participativa en Salud >.[Página Web]:<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/721/jojeda.pdf?sequence>

ALTERACIONES EMOCIONALES Y COMUNICATIVAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

*EMOTIONAL AND COMMUNICATIVE ALTERATIONS OF HOSPITALIZED
PATIENT*

José Manuel García Arroyo

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

Resumen

Objetivos: este artículo tiene como objetivo estudiar las reacciones de los pacientes a la hospitalización, especialmente cuando ocasionan problemas de comunicación con el médico.

Métodos: se tomó una muestra de pacientes adultos que consultaron a la APPS (total: 14), a quienes se les aplicó el "Método de Abordaje de la Subjetividad" (MAS), consistente en realizar entrevistas no-directivas a través de las cuáles se obtienen las frases emblemáticas del enfermo, con las que reconstruir los fenómenos subjetivos.

Resultados: se identificaron distintas emociones (miedo, ira, rabia, etc.), relacionadas con las exigencias que tenían que cumplir en el ingreso. Esto nos ha permitido definir dos reacciones disfuncionales: la "sumisa" y la "rebelde" y en ambas se produce un trastorno importante de la comunicación médico-enfermo.

Conclusión: el médico debe conocer bien las reacciones disfuncionales expuestas, su origen y los problemas que ocasiona, ya que solo así puede intentar modificarlas.

Palabras clave. Hospitalización. Sumisión, rebeldía. Reacciones disfuncionales. Método de Abordaje de la Subjetividad (MAS).

Abstract

Objectives: this article aims to study the reactions of patients to hospitalization, especially when they cause problems of communication with the physician. **Methods:** to this end, we took a sample of adult patients who consulted in the APPS (total: 14 subject), who were treated with the "Method of Approaching to the Subjectivity" (MAS), consisting of non-directive interviews through which we obtain the emblematic phrases from the patient which make possible to reconstruct the subjective phenomena.

Results: different emotions (fear, anger, rabies, etc.) related to the requirements that patients had to undergo during the income were identify. This has allowed us to define two dysfunctional reactions: the "submissive" and the "rebellious", and in both there is an important disorder of medical-patient communication. **Conclusions:** the doctor should know well the dysfunctional reactions exposed, their origin and the problems that causes, since only then it will be possible to try to modify them.

Key words. Hospitalization. Submission. Rebellion. Dysfunctional reactions. Method of Approaching to the Subjectivity (MAS).

Introducción

La palabra “hospital” proviene de “huésped” (*hospites*), refiriéndose a la “persona necesitada de asilo”. Se trata de una denominación que parte de las instituciones de caridad que, apoyándose en el cristianismo, funcionaron durante toda la Edad Media. Por entonces, lo importante no era curar sino cuidar de los enfermos y también de los necesitados e indigentes. En ese momento histórico se había olvidado el origen de estos establecimientos en los templos griegos dedicados al dios Asclepio.

Actualmente se considera el hospital como una unidad física y social operativa, cuya finalidad última consiste en devolver la salud al paciente hasta donde sea posible, intentando recuperarlo para la sociedad de manera que pueda continuar con sus actividades habituales. No siempre se consigue el objetivo, presentándose casos incurables en los que la hospitalización tiene fines más modestos. A la función asistencial se añaden las de docencia e investigación, como se da en cualquier parte de un sistema de salud moderno.

La diversidad de fines sanitarios y de estructuras asociadas, originan distintos tipos de hospitales (generales, psiquiátricos, maternales, rehabilitadores, asilares, etc.). Los que aquí nos interesan son los generales que se ocupan de patologías reversibles, interviniendo en el diagnóstico y tratamiento, así como en la protección del paciente de las exigencias del medio. Se intenta que la duración media de las estancias se reduzca al máximo y se oriente hacia una incorporación social rápida (1), de manera que la antigua función de custodia prácticamente ha desaparecido (2). Esto hace que el hospital sea el prototipo de organización con fines complejos: es un hotel, una escuela, un laboratorio y un lugar de tratamiento (3).

El Hospital General cuenta con una serie de personas, distribuidas en dos grupos: los “sanitarios” y los “administrativos”, pudiendo ambos entrar en conflictos de intereses (4) y en problemas de ejecución, debido al doble sistema de mando (2). Son características de cualquiera de ellos las siguientes: división del trabajo en grupos especializados, cohesión dentro de cada grupo, ordenación jerárquica con asignación de roles y principio de autoridad con normas de funcionamiento claras y definidas.

El hecho de que el hospital muestre un régimen de autoridad que exige obediencia, tanto a profesionales como a enfermos, hace que no baste con que estos últimos cooperen, sino que deben comportarse de una determinada forma. Hablamos de mandatos que abarcan diferentes áreas funcionales: vestimenta, horario de comidas, sometimiento a pruebas e intervenciones, tiempos de visita, etc. Evidentemente, las normas se hacen más rígidas cuando el hospital tiene mayor tamaño, debido a la necesidad de control, con lo que disminuyen las iniciativas de los pacientes haciéndose la relación terapéutica menos espontánea (5).

Dadas las características citadas, el ingreso se constituye en un acontecimiento alienante, que se presenta como: a) extraordinario (no forma parte de la experiencia común), b) imprevisible (no suele estar programado), c) indeseado (salvo casos con grandes molestias o dolor, nadie lo quiere) y d) incontrolable (obliga a ceder la dirección a los profesionales sanitarios). Así las cosas, la decisión del internamiento casi nunca recae en el paciente (se cifra solo en un 2 %) (6) y suele tomarse ante circunstancias muy particulares: enfermedades graves, necesidad de cuidados que no pueden dispensarse en el domicilio o ante el fracaso de los tratamientos utilizados (7).

La hospitalización en sí misma supone un cambio drástico en la vida de una persona, pues la conduce a asumir un nuevo rol, en el que no tiene experiencia, al tiempo que pierden los restantes (5). Dentro del desempeño hospitalario se encuentran en un lugar destacado la obediencia y la dependencia exigidas; de hecho, el ingreso coloca al paciente en una situación de máxima dependencia (5), de manera que el personal asume los medios, los recursos y la movilidad del enfermo, mientras éste se torna en un “menor de edad” que está allí para ser curado (5). Se espera que actúe pasivamente frente a los cuidados médicos (2), no quejándose y prestándose a la cooperación (8).

Del mismo modo, se produce lo que Coe (2) llama “proceso de desnudamiento”, que consiste en separar al paciente de sus símbolos personales, otorgándole otros que le dejan indefinido (uniforme, cama, número, trato impersonal, etc.). Esto se asocia a la despersonalización y deshumanización que sufre, si bien los más graves pueden no darse cuenta en el momento de la admisión pero, durante la convalecencia, suelen apercibirse de ello (9).

Estas demandas específicas dan lugar a reacciones emocionales que el médico tiene que conocer muy bien pues, en última instancia, son las responsables de la perturbación de la relación de este con sus pacientes; de su reconocimiento va a seguirse la posibilidad de manejar adecuadamente la comunicación en dicha relación. Se añade un problema: que en los grandes hospitales se reduce la posibilidad de entender y manejar las emociones de los internados (5).

El interés que nos mueve en esta investigación consiste en estudiar en profundidad las reacciones de los enfermos y sus consecuencias comunicativas, intentando ir más allá de las explicaciones que se han dado hasta el momento; estas se han realizado desde puntos de vista que no tienen en cuenta la subjetividad de la persona implicada. Considerar las experiencias íntimas de los pacientes viene muy bien a los presupuestos de la medicina contemporánea, basada en el modelo bio-psico-social (10), que invita al médico a considerar, además de los aspectos somáticos, los componentes psicológicos (léase “subjetivos”) de cualquier problema.

Para conseguir los objetivos propuestos hemos tomado un grupo de pacientes adultos que permanecieron ingresados por diferentes patologías a los que pudimos entrevistar. Con ellos tratamos de conseguir los siguientes objetivos: 1º) comprobar la existencia de reacciones emocionales, 2º) estudiar las posibles reacciones disfuncionales y las características que presentan, 3º) determinar cómo estas se sustentan en las manifestaciones emocionales, 4º) estudiar cómo las reacciones disfuncionales provocan alteraciones de la comunicación con el médico y 5º) comprobar cómo este último suele también responder a las actuaciones del enfermo, pudiendo alterar aún más la interacción.

Material y método

El material está formado por un conjunto de pacientes adultos que permanecieron ingresados en diferentes centros hospitalarios de Sevilla y que fueron dados de alta (total: 14 casos). Estos presentaron “reacciones disfuncionales” desencadenadas por el ingreso y, posteriormente, acudieron a la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS) a consultar por diferentes problemas (ansiedad, depresión, conflictos, separación, etc), siendo sometidos a un trabajo psicoterapéutico. De ellos conservamos los protocolos contenidos en sus historiales clínicos, en los que se recoge abundante material verbal retrospectivo compuesto por enunciados referidos al internamiento y a las circunstancias que lo acompañaron. Del extenso grupo tratado, aquí sólo presentamos cuatro casos, debido a que

los restantes mostraron expresiones verbales parecidas y confirmaron los resultados finales. La selección realizada no desvirtúa las conclusiones, pues lo hallado puede transpolarse al resto. En el proceso hemos cumplido las necesarias reglas éticas, a saber: anonimato, privacidad y consentimiento.

Los casos considerados son los siguientes:

***P-1.** Varón, 57 años. Ingresado por pancreatitis aguda de etiología desconocida. Alta por mejoría clínica y desaparición sintomática. Plantea problemas al personal sanitario.

***P-2.** Mujer, 62 años. Ingresada por taquicardia paroxística supraventricular, no controlable con su medicación habitual. Alta por mejoría clínica. No plantea problemas al personal sanitario.

***P-3.** Varón, 61 años. Ingresado por neumonía atípica. Alta por mejoría clínica. No plantea problemas al personal sanitario.

***P-4.** Mujer, 68 años. Ingresada por fractura de cadera. Intervenida quirúrgicamente y dada de alta. Plantea problemas al personal sanitario.

El diálogo (psico)terapéutico hizo que, en la consulta, estas personas pudieran rememorar la experiencia del ingreso, lo que resultó revelador de las reacciones tanto del paciente como del médico y se pudo descubrir la naturaleza intersubjetiva de la alteración comunicativa. Hemos empleado el “Método de Abordaje de la Subjetividad” (en adelante, MAS), que antes ha sido aplicado por nosotros en la investigación de múltiples patologías (distimia, hipocondría, reacciones ante el diagnóstico de cáncer, mastectomizadas, dismenorreicas, etc.), con resultados bastante alentadores (11). Con el método ha sido posible desvelar los componentes (inter)subjetivos y comunicacionales de las personas que nos consultan.

La aplicación del MAS (11) implica el uso de entrevistas no-directivas en las que el paciente puede expresarse con naturalidad en un clima relajado, tranquilo y acrítico. Las preguntas que se le dirigen son abiertas, de manera que puede contestar con la amplitud y el tiempo que necesite, no entorpeciéndose la libre expresión de sus sentimientos y emociones. El material obtenido es de naturaleza verbal y está compuesto por enunciados, si bien no todos pueden emplearse en la investigación debido a la intrascendencia de muchos de ellos para el asunto tratado. Esto hace que se separen dos formas de enunciados (11): a) los “útiles” o “tipo I”, que pueden usarse porque contienen la información que aporta las claves del problema y b) los de “tipo II” o “inútiles”, que son sistemáticamente desechados por no contener ninguna información relevante y suelen referirse a asuntos baladíes (p. ej. “tengo pensado viajar a Italia”, “mi vecina ya tiene novio”, etc.). Se observa cómo, a lo largo de las entrevistas realizadas, los pacientes ganan en expresividad verbal, consiguiendo formular el problema sometido a análisis de una manera más clara y definida. A la postre, los enunciados “tipo I” se agrupan por su similitud (“enunciados convergentes”), ya que muestran un sentido parecido (*sinn*) y se refieren a lo mismo (*bedeutung*) (12), mientras el contexto (consulta médica) se mantiene constante. Con estos enunciados se van a constituir diferentes categorías, que dan cuenta de las alteraciones comunicativas y emocionales.

Se desprende de lo expuesto que el método es cualitativo, pues no utiliza la numeración ni la estadística, y se sostiene en las producciones verbales de quienes realizan psicoterapia. Ya demostramos en otro lugar que la subjetividad no puede ser cuantificada (13,14).

Resultados

Los resultados representan las categorías que hemos separado a partir de los enunciados obtenidos y que van a representar los componentes subjetivos del problema. Las dividimos en los siguientes apartados:

Manifestaciones emocionales en el ingreso

Debido a las características particulares de este hecho, se producen numerosas reacciones emocionales. Las registradas de manera más constante son las siguientes:

-Miedo. Surge de la posible amenaza que le retrae y le deja inmóvil, ya que no puede escapar (**P-2**: *“Estaba aterrada, pues no sabía qué me iban a hacer y no podía salir de allí”*. *“Me asusté mucho porque no sabía si saldría con los pies por delante”*. **P-3**: *“Cuando hablaban entre ellos y no comprendía lo que decían, sólo pensaba en que tenía algo malo”*).

-Ira, rabia. Supone el enfado fácilmente desencadenable (**P-1**: *“Estos médicos no sabían ni donde tenían la mano derecha. Recuerdo estar siempre cabreado, porque yo no mejoraba y ellos tenían la culpa. No entendían lo que me pasaba y venga a hacerme pruebas”*. **P-4**: *“Recuerdo que no entendía nada y tampoco me explicaban nada. Esto me ponía alterada y respondía”*).

-Desconcierto. El paciente se siente perdido en el ingreso (**P-2**: *“No sabía qué pasaba, no entendía nada, no me informaban de nada”*. **P-4**: *“Intentaba atar cabos, pero eso para mí era imposible porque no sabía qué decían”*). Suele relacionarse con la información deficiente que circula en la mayoría de los hospitales, aspecto señalado por numerosos autores (15) (**P-1**: *“A mí no me decían absolutamente nada y eso me dejaba muy intranquilo”*).

-Pena. Se asocia con la pérdida de las circunstancias habituales y por la soledad (**P-2**: *“Muchas veces lloraba porque estaba fuera de mi casa, aunque mi hija se quedaba conmigo”*. **P-3**: *“Me sentía muy solo y, aunque venían a verme, no era lo mismo que estar en la casa de uno”*).

-Impotencia, fatalismo. Relacionadas con no poder hacer nada en su favor (**P-2**: *“No sabía por dónde tirar y lo mejor era no rechistar. Tenía un terrible presentimiento y yo no quería saber absolutamente nada de aquello”*. **P-3**: *“En ciertos momentos sentía que mi mundo se desmoronaba, pero no podía hacer nada. Tenía que estar allí y allí me quedaba”*).

-Desconfianza. Pone en cuestión la competencia de los médicos, de sus buenas intenciones, de la veracidad de las pruebas o de la eficacia del tratamiento, teniendo que estar en guardia (**P-1**: *“No tengo muy buena opinión de los profesionales de ese hospital. Tenía que estar pendiente para que no me engañaran”*. **P-4**: *“A pesar de lo que a mí me dolía aquello, estaba al loro de lo que decían. Los médicos hacen experimentos con los pacientes”*).

-Irritabilidad. Se encuentra alerta y responde con facilidad (**P-1**: *“Yo siempre estaba enojado. No me podían decir nada, porque saltaba a la primera”*. **P-4**: *“Constantemente me hacían saltar, aquello era un despropósito”*).

-Ansiedad. Supone un nerviosismo o intranquilidad de carácter inespecífico (**P-1**: *“Me intranquilizaba tener que estar allí encerrado y por las noches no descansaba”*. **P-2**: *“Si me ponía a pensar dónde estaba y qué hacía allí, me alteraba mucho y el corazón se me disparaba”*).

Las emociones se encuentran fuera de la comprensión y de la reflexión del paciente, de ahí su difícil manejo por parte de este. Funcionan, en el sentido de Ewald, como un “cortocircuito afectivo” (16).

El origen de las reacciones emocionales

Como pudimos comprobar, estas se presentan como respuesta a la exigencia de adaptación al rol de paciente hospitalizado, concretamente a la solucitud de obediencia. Por lo general, señalaron que lo que más les afectaba era tener que aceptar las normas hospitalarias (**P-1**. *“Para mí aquello era inaceptable, me refiero a tener que sufrir una falta de libertad como esa”*. **P-3**: *“No sé cómo se puede aguantar tener que estar allí metido por cojones, en un sitio tan desagradable”*. **P-4**. *“Que te digan a tu edad lo que tienes que hacer, me parece excesivo, sobre todo cuando ellos son tan jóvenes”*). Hay que decir que los pacientes estudiados fueron ingresados en grandes hospitales y que las normas de funcionamiento eran más rígidas, como antes se especificó.

Formas disfuncionales de reaccionar. Hemos hallado dos formas en los enfermos que tratamos:

a) **“Postura sumisa” o de “sometimiento”**. La descubrimos en los casos **P-2** y **P-3**. Detectamos las siguientes características:

-Obedecen las órdenes del personal sanitario. Actúan haciendo lo que se les pide: **P-2**: *“Hacía lo que me mandaban y no me planteaba nada más”*. *“Dejé que hicieran con mi cuerpo lo que ellos quisieran”*. **P-3**: *“No sé si rechisté cuando me llevaron a Rayos o me hicieron el TAC. Puedo decir ahora que no. No sé si debería haber actuado de otro modo, pero yo no quería problemas con nadie”*.

-Ausencia de quejas y de preguntas. **P-2**: *“Nunca protesté durante todo el ingreso”*. **P-3**: *“Quisiera haberme quejado alguna vez, pero no lo hice. Creo que era allí un cero a la izquierda”*. *“Aunque entendía poco, no preguntaba”*.

-No toman decisiones importantes. No lo hacen aunque se trate de algo necesario: **P-2**: *“Cada vez que me preguntaba el médico, yo le decía que me ponía en sus manos”*. **P-3**: *“No sabía qué hacer, pero tampoco quería hacer nada...Creo que colaboré muy poco con lo que pasó allí”*.

-Inexistencia de dificultades con el personal sanitario. Este aspecto se deriva de los tres anteriores: **P-3**: *“Yo nunca tuve ningún problema con los médicos o los enfermeros, ni ellos conmigo”*. **P-2**: *“Es triste, pero pasé por allí como si fuera un muñeco de goma, aún no lo entiendo”*.

Se trata de actuaciones que nada tienen que ver con el aprendizaje. Más bien son actitudes que no pasan por la conciencia ni por el pensamiento racional, asociadas a la forma concreta de sentir y vivenciar del enfermo. Se observa claramente en las siguientes frases:

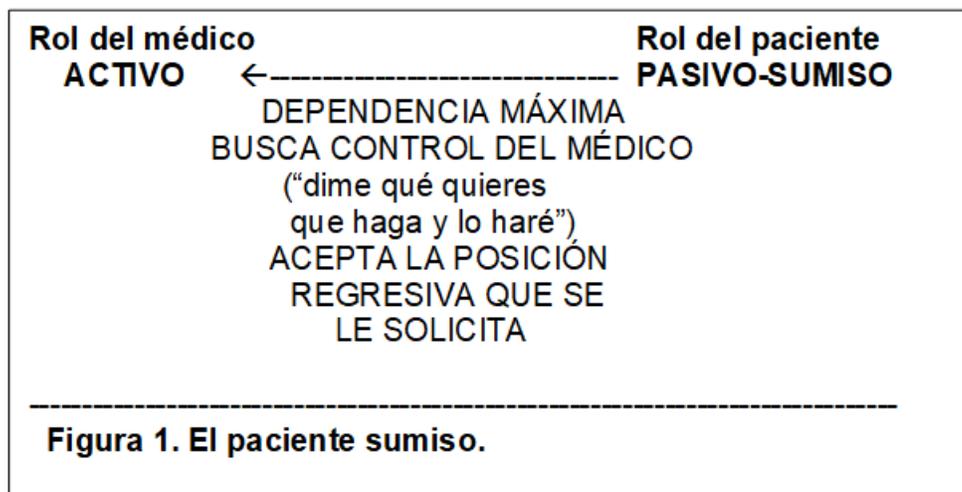
P-2: *“Como me comportaba era algo automático. Ellos empezaban a hablar y yo simplemente me callaba y pensaba para mis adentros: haced lo que os dé la gana”*. **P-3**: *“Lo que yo hacía y cómo me sentía no era ninguna forma de cavilar, lo más parecido a actuar sin conocimiento”*.

Estas afirmaciones indican que no se trata, como se ha dicho, de que aprenden lo que se espera de ellos (colaboración, no entorpecer la labor del personal sanitario, respetar, etc.).

Más bien, ante la situación indeseada que se les plantea, actúan sin oposición, dejándose llevar y aceptando la dependencia-pasividad. Dado que el ingreso les desborda por completo, se colocan como un objeto en manos del Otro, que va a disponer de ellos libremente. Ello implica que, ante la impotencia que el paciente siente al no poder hacer nada por su enfermedad, le otorga toda la potestad al Otro, que ahora lo puede todo, que es omnipotente. Si no puede curarse con sus propias actuaciones adopta la actitud sumisa, de manera que el Otro mágicamente va a arreglar el problema sin él hacer nada en absoluto y sin siquiera interesarse por lo que le está sucediendo.

Al ser personas fáciles de atender por el personal sanitario, son malinterpretados por éste: se piensa que son gente correcta, bien educada, que saben estar o que son fáciles de trato. Pero tras las apariencias, está ocurriendo algo muy distinto que el médico desconoce, sobre todo si no se interesa por saber cómo se encuentra. Se provocan entonces espejismos interpretativos, que son los que han llevado a hablar del “paciente bueno” en estos casos y no es que sea “bueno”, sino impotente y rendido (“haz conmigo lo que quieras”). En realidad estamos ante un sujeto que no interacciona, que realmente no asume ciertos componentes fundamentales del “rol de enfermo” porque tendría que interesarse por su patología, para colaborar con el médico en su curación, no haciendo nada para mejorar su salud.

Es corriente que el médico disponga del internado a su antojo, tomando la dirección de su estancia hospitalaria, desinteresándose muchas veces por él, ya que “él mismo no se interesa por su caso” (**P-3**: “¿El médico? Un gran pasota, ni me hablaba siquiera”). Puede también chocarle la pasividad del paciente e intentar que reaccione (**P-2**: “El médico me decía: señora, hable, dígame algo, por favor”). En la Figura 1 presentamos un grafo que da cuenta de la dinámica del paciente sumiso.



b) “Postura rebelde” o de “obstinación”. La descubrimos en los casos **P-1** y **P-4**, en quiénes hemos hallado las siguientes características:

-Quejas y peticiones constantes. Son el producto de la no aceptación de la situación en la que se encuentra: **P-1**. “Yo no me iba a conformar en esa mierda de hospital, donde no te echan ni cuenta”. “Pedía lo que era justo”. “Como actuaba, creo que me convertí en el pesado

de la habitación 623". **P-4.** "A mí nadie me atendía y me llevaba todo el tiempo llamando al timbre".

-Oposicionismo y desafíos. **P-1.** "Desde luego a mí no me podían tener así, como si fuera un puto animal. Seguro que si ingresan a algún miembro de su familia le tendrían más consideración". **P-4.** "Se ponían muy bien puestos, para no hacer nada. Me tuvieron mucho tiempo sin darme una solución".

-Se encuentran a la defensiva. Actitud vigilante asociada a la falta de confianza: **P-1.** "Desde luego que no podía dejar de estar pendiente de lo que me hacían. ¿Usted se relajaría en una situación como esa?". **P-4.** "Ellos decían que saltaba a la primera y que no les dejaba hablar y, si lo pienso bien, creo que tenían razón".

-Dificultades con el personal sanitario. Se desprenden de las anteriores: **P-1:** "Aunque no me quiero acordar, tuve más de una con el médico. Quise que viniera su jefe para ponerlo al corriente". **P-4.** "Sí, tuve problemas con los médicos, si ellos no querían saber nada de mí, yo tampoco de ellos".

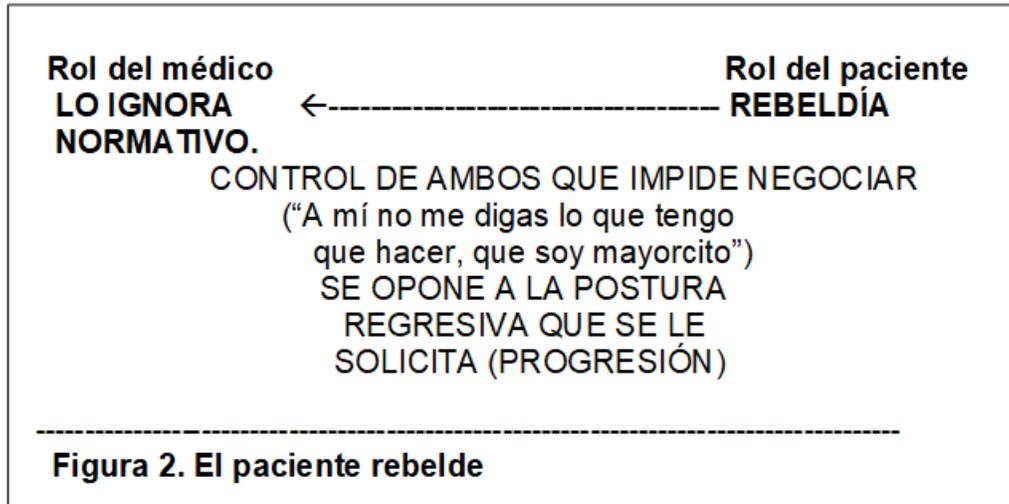
-No se descubre ningún aprendizaje en las actitudes que adopta el paciente. Más bien se trata de una actitud espontánea, como ellos mismos afirmaron: **P-1:** "Yo solo sé que a mí me salía la mala leche de dentro, sin pensar en nada". **P-4:** "Quería estar bien con ellos, de verdad, pero lo que me salía era ser desagradable sin proponérmelo".

Lo que sucede en estos casos es que, ante el desbordamiento del ingreso, la persona reacciona oponiéndose frontalmente a la conducta dependiente que se le exige. Se niegan a convertirse en un simple objeto en manos del Otro y que este haga con él lo que quiera; eso sería desastroso, pues supondría perder el dominio de la situación. De ahí que las reacciones emocionales más registradas hayan sido: ira, rabia, disforia y desconfianza. No se puede decir que estén negando la enfermedad, sino una de sus consecuencias importantes: confiar y ponerse en manos de Otro, que pueda disponer de él en lo relativo al proceso patológico.

En realidad no creen en la omnipotencia del Otro, no piensan que el médico lo sepa o lo conozca todo, por lo tanto, no pueden dejar de estar alertas, imposibilitando el dejarse llevar y ponerse en manos de alguien. A resultas de ello, se convierten en personas difíciles de atender y, como los "sumisos", también suelen ser malinterpretados. Suele pensarse que son personas desagradables, maleducados, intransigentes, que no saben estar, groseros, etc.; de ahí que se les haya denominado "malos pacientes". Debajo de estas apariencias (¡que engañan!) encontramos un rechazo a la regresión, tomando una postura progresiva, en la que se enfrentan a una situación para la que realmente no están preparados, por eso no están conformes con nada y discuten, no cooperan, se enfrentan, etc. No se trata de un paciente "malo", sino de alguien que no sabe cómo reaccionar para conservar su autonomía, la cuál no está acostumbrado a perder ("a mí no me digas lo que tengo que hacer, que soy mayorcito"). Tampoco aquí existe un verdadero asumir el "rol de enfermo" porque no entienden que dejarse llevar, en lo relativo a la enfermedad, las normas higiénicas o los tratamientos, no implica una pérdida de la autonomía.

Hallamos aquí un problema importante en la comunicación con el médico, que puede ser ignorado si este último no se interesa por saber qué le pasa. La comunicación se altera porque es complicado contactar con una persona que se encuentra siempre vigilante, a la defensiva y responde a todo lo que se le dice. Esta postura puede dar lugar a dos posibles reacciones en el médico: a) lo ignora por causarle molestias: lo evita, le dedica menos tiempo, no se

interesa por él más de lo preciso, etc. (**P-1**: “Los médicos pasaban de mí como de la mierda”; **P-4**: “No conseguía nada por más que insistía”) o b) se pone más normativo, con lo que aumenta la rebeldía del paciente (**P-4**: “el médico que me tocó era un mandón y eso no podía soportarlo, por eso me enfadaba con él”). En la Figura 2 se presenta un grafo que da cuenta de la dinámica del paciente rebelde.



Discusión y conclusiones

A pesar del intento actual de limitar el número de ingresos porque muchas pruebas e intervenciones se realizan fuera del hospital y de que se acortan las estancias (15), el internamiento puede ser necesario para una persona, en cuyo caso suele producirse un impacto psicológico (17,18). Este tiene que ver con verse, de repente, introducida en un sistema autoritario que implica la existencia de actividades reglamentadas, como medio eficaz por el que un número escaso de personal mantiene bajo control a un gran número de pacientes. Las normas de este contexto les obligan a moverse en márgenes muy estrechos y hacen más intensas ciertas características de la relación médico-enfermo: dirección e iniciativa del profesional y obediencia del enfermo. Como señala Coe (2), el individuo hospitalizado se convierte en un “niño sometido” a una autoridad superior de la cuál depende, para su propio bien.

Evidentemente, no todos los internados van a responder de una manera favorable a estas exigencias, pudiendo aparecer “reacciones disfuncionales”. No se trata de algo nuevo, pues estas han sido estudiadas desde distintos ángulos pero, que sepamos, no se ha planteado nunca la forma de vivir estas circunstancias desde la subjetividad; esta es la novedad que la presente investigación aporta.

Para alcanzar este fin invitamos a un grupo de pacientes, que fueron hospitalizados y que presentaron estas reacciones, a hablar libremente de sus experiencias. El hecho de que acudieran a consultar a la APPS (aunque fuera por un motivo distinto) nos dio la oportunidad de estudiar dichas manifestaciones psíquicas en profundidad. Se utilizó con ellos el “Método de Abordaje de la Subjetividad” (MAS) que ya ha dado abundantes frutos con distintas manifestaciones clínicas (duelos, hipocondría, dismenorrea, distimias, etc.) (11, 19-23). Este

consiste en escuchar al paciente en el ambiente cálido y tranquilo de una consulta y recoger fielmente sus expresiones verbales, mediante entrevistas no-directivas. Un paso más allá pretende seleccionar los enunciados adecuados para la investigación (los de “tipo I”) y formar con ellos categorías. Estas últimas representan los componentes de la subjetividad que estábamos buscando.

Se podría achacar al estudio que el material obtenido es retrospectivo, confiando en la memoria del paciente, y no de manera directa durante el propio ingreso. Creemos que esto no supone un problema, sobre todo si pensamos que los enunciados “tipo I” aparecen, en principio, acompañados de abundantes manifestaciones emocionales, que representan formas expresivas que muestran como realmente se experimentó el ingreso. Recordemos que Freud conceptualizó el mecanismo de la “represión” a partir de darse cuenta de que los hechos revividos conservaban la misma vivacidad que cuando fueron vividos; así, “vivir” y “revivir” eran fenómenos equivalentes para el médico vienés. Aquí hemos visto algo parecido, dado que el dolor se conservaba intacto.

Como era de esperar, todos los sujetos estudiados presentaron reacciones emocionales, que pudieron filiarse; en ellas no intervino la voluntad del paciente y eran respuestas espontáneas a la presión que sufrieron al intentar adaptarse a las normas hospitalarias. A partir de ahí se aislaron dos formas disfuncionales en los pacientes:

a) “Postura sumisa” o “sometimiento”. Trátase de individuos que hacen lo que se les pide sin rechistar, no se quejan, no preguntan y no toman decisiones respecto a su salud. Actúan de modo pasivo y aceptan la dependencia requerida. Indica esto, más allá de las interpretaciones que los profesionales sanitarios hagan, que se colocan como un objeto en manos del Otro, a quién le otorgan el poder maravilloso de curación, es decir que se le inviste de la máxima omnipotencia. Entonces, el paciente no tiene nada que hacer, esperar y mágicamente se curará.

Las emociones que aparecen en estos casos son las de: miedo, temor, pena, impotencia y fatalismo, lo que sugiere que, muchas de estas personas, pueden haber tomado una postura de derrota ante algo inmanejable. De este modo, no asumen el “rol de enfermo” porque tendrían que: interesarse e investigar sobre su patología, motivarse para ponerse bien, hacer algo en su propio beneficio, etc., (24). Taylor (25) ha señalado que este comportamiento no es positivo, pudiendo ir en detrimento de la propia recuperación y se ha apuntado también el riesgo que tienen de “hospitalismo” (2).

Puede equipararse lo expuesto a una de las formas señaladas por Hollender (26): el prototipo de relación “madre-lactante”, con un médico activo y un paciente pasivo. Si tenemos en cuenta el “control en la relación” (27), el médico lo mantiene alto y el paciente bajo, tomando el primero el papel de “cuidador”. Además, plantean un problema importante de comunicación, que se sustenta en la diada (médico-paciente) que se forma en estos casos: al comportarse de una forma “tan correcta”, hacen pensar que están colaborando y, al no quejarse, hacen creer que no necesitan nada. Entonces, el médico puede optar por desentenderse de ellos, dejando de observar signos y síntomas capitales.

b) “Postura rebelde” o de “obstinación”. El sujeto se instala en la queja y en la demanda, llegando al desafío y al opositorismo, hallándose alertas y desconfiados, lo que ocasiona frecuentes choques con los sanitarios. Aquí hallamos una oposición frontal a la dependencia y a las normas que exige el ingreso, de manera que las emociones registradas son: ira, rabia, disforia y desconfianza; algunos autores han hablado de “reactancia” en estos casos (28). En

los pacientes estudiados no hemos encontrado casos extremos de este comportamiento, en los que se presentan agresiones verbales o físicas o grandes transgresiones (beber, flitear, abandono del hospital, etc.).

Aquí el sujeto no quiere ponerse en manos del Otro, que dispondría de él a su antojo, ni tampoco ser un simple objeto de estudio. El comportamiento tiene que ser activo, sin dejarse llevar, lo que se debe a que no creen en el poder del Otro sobre la enfermedad, teniendo que mantenerse vigilantes por lo que pudiera pasar. Si consideramos el “grado de control en la relación” (27) el paciente se niega a perderlo con lo que se entra en una situación en la que intenta siempre tener el dominio. En el modelo de Hollender (26) hablamos del prototipo de relación “padre-hijo”, en la que el enfermo no acepta guiarse por el médico para poder curarse.

Ocasionan un problema de comunicación importante, debido a que el paciente es un desconocido, para el médico; este último tiene dos opciones: a) lo ignora, con lo que se le pueden escapar algunas manifestaciones clínicas o dejar pasar una demanda importante (29), cuando no precipitar el alta (2) o b) intenta “meterlos en vereda”, poniéndole límites más estrechos, sin prácticamente escucharlo; es una mala solución porque provoca más rebeldía e indignación al paciente.

Aunque las dos posturas parezcan extremas tienen ciertos elementos en común:

1º) En ambas las normas se encuentran implicadas. En el mundo contemporáneo, en el que las personas tienden al individualismo y a la preservación de la intimidad y libertad, la hospitalización se convierte en un fuerte choque.

2º) En ninguna el paciente asume en realidad el “rol de enfermo”, aunque hayan aceptado el ingreso, ya que no cumplen sus características (buscar ayuda, desear la curación, confiar en el médico, etc.) (24). Realmente, los enfermos se encuentran más interesados en el hecho de estar en el hospital, que en la patología que presentan. No puede decirse que estén negando la enfermedad, sino que muestran un conflicto respecto a una de las consecuencias de esta: ponerse en manos del Otro.

3º) Ambas reacciones no tienen nada que ver con el aprendizaje, sino con una postura que no pasa ni por la conciencia, ni por el pensamiento y que puede asociarse a la forma de sentir y de experimentar propia de cada paciente (“efecto subjetividad”). De hecho, los pacientes estudiados definen su modo de actuar como algo “automático”.

4º) Las emociones desencadenadas plantean un problema de comunicación médico-paciente, común a las dos formas. En este problema la responsabilidad recae sobre los dos miembros de la relación: el enfermo, porque se comporta de forma automática sin pensar en lo que hace, y el médico, porque no lo escucha e interpreta erróneamente sus comportamientos.

En nuestra opinión, las denominación de “paciente bueno” y “malo” deberían de desaparecer, por varias razones:

- a) se trata de términos morales, asociados tradicionalmente a premios y castigos,
- b) suponen una separación propia del pensamiento infantil: los “buenos” frente a los “malos” (como puede verse en las películas, cuentos, discusiones de pareja o de familia, etc.); hablamos de un mecanismo defensivo denominado “polarización”,
- c) Llevan a importantes contradicciones dentro del pensamiento médico (2):

-“bueno” es el que no da la lata pero puede negarse a su recuperación, lo cuál es contrario a la filosofía del hospital, entonces es “mal” paciente,

-el “malo” recupera antes su salud, por lo tanto es un “buen” paciente,

-el “bueno” puede enquistarse en el hospital con lo cuál ya no es tan “buen” paciente, etc.,

d) conducen a espejismos interpretativos: al colocar un concepto sobre el paciente (significado) lo que se observa, cuando lo tenemos delante, es esa denominación y produce la ilusión de que se le conoce bien, lo que impide investigar a fondo el por qué de su comportamiento (o su enfermedad, dado el caso).

En estos casos, la actitud del médico resulta fundamental pues puede desviar el comportamiento del internado, acentuando más ciertas características de éste. De ahí que no pueda ubicarse exclusivamente en el plano biológico, pensando que lo psicológico no le concierne; tiene que entender por qué el paciente se conduce como lo hace, cosa que solo puede conseguir dialogando con él, tras crear un clima distendido carente de autoritarismo, que facilite la expresión de miedos, temores, contrariedades, etc. De hacerlo así, puede poner freno a las posturas controvertidas aquí presentadas, produciendo la adaptación y el aumento de la participación en la enfermedad. Un factor puede jugar en contra de una mayor atención psicológica al paciente: que el personal sanitario suele concentrarse más en la maquinaria que en este (30), pasando por alto sus preguntas y comentarios (31).

Jeanmet (32) insiste en personalizar la relación con el enfermo, explicando a este el sentido de lo que se realiza y permitirle tomar una actitud activa. El mismo autor se refiere a humanizar los hospitales, lo que significa tener en cuenta las necesidades verdaderas de los enfermos, evitando que el hospital sea una fábrica para reparar órganos averiados (32). Dado que nos hemos centrado en reacciones muy generales del enfermo hospitalizado, sería conveniente continuar la presente investigación procurando relacionarlas con ciertas circunstancias personales de este (rasgos de la personalidad, nivel intelectual, aspiraciones, etc.).

Referencias bibliográficas

- Gallar, M. (2007). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (4ª ed.). Madrid: Paraninfo.
- Coe, RM. (1984). *Sociología de la Medicina* (3ª ed). Madrid: Alianza Universidad.
- Wilson, RN. (1963). The Social Structure of the General Hospital. *Annals*; 346: 67-76.
- Smith, H. (1955). Two lines of authority are one too many. *Modern Hospital*; 85: 48-52.
- Rodríguez Marín, J. (2001). El hospital como marco de cuidado de la salud. En *Psicología social y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Greenley, JR. y Davidson, BF. (1988). Organizational influences on patients health behavior. En: Cochman DS (ed): *Health Behavior emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.
- Moor, L. (1973). *Elementos de Psicología Médica*. Barcelona: Toray.
- Wessen, A. (1966). The apparatus of rehabilitation: an organizationaal analysis. En Sussman MB. *Sociology of rehabilitation*. Washington: Americal Sociological Society.

- DeLange, WH. (1963). Patient role conflict and reactions to hospitalization. *Journal of Health and Human Behavior*; 4: 113-118.
- Engel, GL. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 196: 129-136.
- García Arroyo, JM. (2016). El cáncer de mama (2): metodología de la subjetividad. *Punto Rojo*.
- Frege, G. (1984). *Estudios sobre semántica*. Barcelona: Orbis.
- García Arroyo, JM. (2001). Lo cuantitativo y lo cualitativo en Psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Primera parte). *Anales de Psiquiatría*; 17(7): 319-324.
- _____. (2001). Lo cuantitativo y lo cualitativo en Psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Segunda parte). *Anales de Psiquiatría*; 17(7): 325-332.
- Brannon, L y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Lersch, P. (1968). *La estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia.
- Hernández, G. y cols. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Med Chile*; 133: 895-902.
- Fullerton, C. y cols. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*; 41(2): 103-109.
- García Arroyo, JM. (2017). Subjetividad y duelo. *Ciencia y Humanismo en la Salud*; 4(3): 87-96.
- _____. (2017). Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 82(3): 271-279.
- _____. (2017). Análisis lógico de los estadios iniciales de la esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*; 63(2): 79-87.
- García Arroyo, JM y Domínguez, ML. (2014). Subjective aspects of Burnout Syndrome in the Medical Profession. *Psychology*; 5(18): 2064-2072.
- _____. (2011). Estudio psicológico del trastorno distímico en la mujer. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 39(5): 331-333.
- Parsons, T. (1984). *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.
- Taylor, SE. (1979). Hospital patient behavior: reactance, helplessness, or control? *Journal of Social Issues*; 35: 156-184.
- Szasz, TS. y Hollender, MH. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of doctor-patient relationship. *Arch Intern Med*; 97: 585-592.
- Roter, DL. y Hall, JA. (1992). *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors*. Westport, Con.: Auburn House.
- Brehm, JW. (1956). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Lorber, J. (1975). Good patients and problems patients: conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior*; 16: 213-225.
- Weitz, R. (1996). *The sociology of health, illness and health care*. Belmont CA: Wadsworth.
- Taylor, SE. (1982). The impact of health organizations on recipients of services. En: Johnson AW. *Contemporary health services*. Boston: Auburn House.
- Jeammet, P. y cols. (1999). *Psicología Médica* (2ª ed.). Barcelona: Masson.

RESILIENCIA EVIDENTE: FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO POSITIVO ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA EN UNA MUESTRA DE JÓVENES CUBANOS

EVIDENT RESILIENCE: POSITIVE PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING BEFORE AND DURING THE PANDEMIC IN A SAMPLE OF CUBAN YOUNG PEOPLE

Annia Esther Vives Iglesias

Departamento de Teología, Investigaciones y Publicaciones, Seminario Teológico Adventista de Cuba, Cuba

Carlos Marcelo Moroni

Facultad de Psicología, Universidad de Morelos, México

Raúl Rodríguez Antonio

Facultad de Educación, Universidad de Morelos, México

Resumen

Marco teórico: El estrés generado por la pandemia por Covid-19 afectó en diferentes medidas el funcionamiento psicológico de todos los habitantes del planeta. El propósito del artículo es comparar como se comportó ese funcionamiento psicológico antes de la pandemia y durante esta en un grupo de jóvenes cubanos. Método: Para tal fin se aplicó la escala de Funcionamiento psicológico positivo en una muestra de 38 estudiantes de Teología antes y durante el periodo pandémico. Resultados: Los resultados de la prueba *t* pareada sugieren que no existen diferencias significativas en el nivel global de FPP experimentado por los participantes previo a la pandemia y durante la pandemia ($t=1.305$, $gl= 36$, $p= .20$). Conclusiones: Se concluye que el pertenecer a una organización religiosa, tener un sistema coherente de creencias y de apoyo social se convirtieron en factores protectores del estrés y potenciadores de la resiliencia en la muestra estudiada, a pesar de las condiciones adversas compartidas.

Palabras clave: funcionamiento psicológico positivo, resiliencia, estrés, apoyo social

Abstract

*Background: The stress generated by the Covid-19 pandemic affected the psychological functioning of all inhabitants of the planet to different extents. Objective: The purpose of the article is to compare how this psychological functioning behaved before the pandemic and during it in a group of young Cubans. Method: For this purpose, the Positive Psychological Functioning (PPF) scale was applied to a sample of 38 Theology students before and during the pandemic period. Results: The results of the paired *t* test suggest that there are no significant differences in the global level of PPF experienced by the participants before the pandemic and during the pandemic ($t=1.305$, $df= 36$, $p= .20$). Conclusions: It is concluded that belonging to a religious organization, having a coherent system of beliefs and social*

support became protective factors against stress and enhancers of resilience in the sample studied, despite the shared adverse conditions.

Keywords: *positive psychological functioning, resilience, stress, social support*

Antecedentes

El ser humano en diferentes momentos de la existencia, atraviesa situaciones de crisis. Algunas de estas, son inherentes al ciclo vital, personal o familiar. O son producto de las circunstancias individuales, sociales o de otro tipo, que surgen por los propios y continuos cambios que la vida impone.

Las demandas exigen una respuesta. Esta respuesta, denominada estrés, puede tener efectos negativos sobre la salud integral del individuo. En ocasiones la persona se mantiene enfocada en las adaptaciones que necesita hacer para enfrentar el desafío o el cambio, pero en muchas, cuando sobrepasa la capacidad adaptativa, genera consecuencias que afectan la salud física, la salud psicológica y emocional (Birkholm, 2019).

El estrés puede ser provocado por numerosas causas y cada individuo lo experimenta en un grado mayor o menor, dependiendo de las propias capacidades personales. Pueden causar estrés las crisis que se generan por las obligaciones financieras, el trabajo, los problemas familiares, el tráfico, la conexión, a veces ininterrumpida y desmedida, a las redes sociales y noticias, así como por muchas otras demandas de la vida diaria.

A su vez, esas crisis pueden ser agudas cuando un cambio no esperado ocurre en el medio en que se desarrolla la persona y debe ser asumido o resuelto en un corto periodo de tiempo. Puede convertirse en crónica cuando la demanda provoca una sensación constante de presión y/o preocupación, que persisten en el tiempo y provocan un debilitamiento de las fuerzas físicas y psicológicas (Birkholm, 2019).

Aun conociendo esto, las personas quieren experimentar bienestar y es entonces necesario que potencien aquellas emociones, actitudes y conductas que favorecen un adecuado bienestar subjetivo, lo que tiene que ver con la evaluación que hace la persona de sus posibilidades y capacidades. Para ello intervienen juicios cognitivos y valoraciones en el plano afectivo, lo que permite que tengan una idea de su satisfacción con la vida (Sanjuán, P., Guillén, D. y Pérez-García, A. M., 2018). Ryff, partiendo de algunos estudios realizados, concluye que las principales dimensiones del bienestar subjetivo son la autoaceptación, las relaciones positivas con otros, la autonomía, el dominio del entorno, propósito en la vida, y el crecimiento personal (Ryff, 1989), entre otras. Algunos autores vinculan el bienestar con emociones positivas como placer, alegría o júbilo, gusto, calidez; el compromiso o involucramiento en actividades absorbentes que hacen sentir bien. También con el significado o propósito de la vida que consiste en pertenecer y participar en algo que está por encima de la persona y sus intereses personales. Todos estos tributaban a la satisfacción con la vida (Seligman, 2011).

Pandemia por COVID 19 y sus efectos en el funcionamiento psicológico

A finales del año 2019, se detecta en China el COVID-19 (SARS-CoV-2). En pocos meses, el virus, afectaría al mundo entero y, dada la situación, sería declarada como pandemia por la OMS, lo que generó una alarma mundial. De algunas muertes declaradas a inicios del 2020 (Urzúa *et al.*, 2020), enero del 2021 sorprendió al mundo con casi dos millones de personas fallecidas (Tsoukalis-Chaikalis *et al.*, 2021).

La principal medida para evitar la propagación de la enfermedad, provocada por el Covid-19, fue el aislamiento social. Y a pesar de la efectividad de esta, en la disminución de los contagios, también es cierto que se constituyó en un factor de riesgo para muchos problemas de salud (Broche-Pérez *et al.*, 2020).

El aislamiento social, y sus efectos sobre la salud, se ha estudiado en numerosos contextos. Esto ha dado origen a un término japonés para definirlo: Hikikomori, que alude a cuando un aislamiento es prolongado de seis meses o más y el individuo debe permanecer recluido en su casa o en su habitación. Se ha convertido en un grave problema de salud en Japón donde existía una prevalencia de 1%, y se ha extendido, a causa de la pandemia por Covid 19, al resto del mundo (Álvarez de Mon, M. A. *et al.*, 2019).

Las personas que permanecen aisladas socialmente por tiempos prolongados pueden generar, además de problemas de salud, afectaciones en su funcionamiento social, laboral, familiar y sobre todo en su funcionamiento psicológico. Estos, han referido síntomas más intensos que los pacientes diagnosticados con depresión mayor, por la soledad en la que se encuentran y la falta de redes de apoyo cercanas en las que confiar, además de exponerse a relaciones interpersonales complicadas. Esta situación es considerada un factor de riesgo importante para las conductas suicidas (Álvarez de Mon, M. A. *et al.*, 2019).

En adultos mayores la desconexión social aumentó los riesgos de depresión y ansiedad, así como la descompensación de sus patologías crónicas. En personas adultas, el aislamiento por el coronavirus, produjo un incremento de emociones negativas, además de letargo por la ausencia de aportes interpersonales positivos. Generalmente, muchos experimentaron incertidumbre por lo prolongado del aislamiento que, sumado a la imposibilidad de tomar decisiones y de su libertad restringida, los llevó a experimentar más ansiedad y depresión, miedos, reacciones de angustia que se tradujeron en insomnio e ira o comportamientos de riesgo como el uso indiscriminado de bebidas alcohólicas, tabaco, etc. (Richaud *et al.*, 2020; Urzúa *et al.*, 2020). Otros síntomas referidos fueron la tristeza marcada, los sentimientos de impotencia, la desconfianza y la exclusión. La ansiedad ante la situación económica precaria, el dolor y el duelo ante la pérdida de familiares, la culpa, el aburrimiento y el sentido de desvalorización profesional y social, fueron reportados por muchas personas. También, asociado a esos síntomas, aparecieron cambios comportamentales como en la forma de alimentarse, la higiene personal, los intentos suicidas, las relaciones interpersonales conflictivas, entre otros (Chacón-Fuertes *et al.*, 2020; Luo *et al.*, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2002; Sánchez Carlessi y Mejía Sáenz, 2020).

Un estudio en la población infanto juvenil cubana arrojó que, a causa del confinamiento, se detectaron manifestaciones de sobreapego en edades de transición como a los tres y doce años. Además, los niños manifestaron conductas de rebeldía, voluntariosas y desafiantes a la

autoridad paterna y marcados trastornos en los horarios de sueño. Fue muy difícil para los padres la reestructuración de horarios y rutinas para los niños a causa del aislamiento y condiciones de trabajo en casa, así como de proveer actividades que les agradaran y ayudaran a su desarrollo psicológico. Las labores conjuntas de trabajo, atención a los hijos, necesidades domésticas y facilitar el estudio en la casa, representó un desajuste en los roles familiares y una sobrecarga física y emocional que afectó las relaciones interpersonales de los miembros de las familias (García Morey *et al.*, 2020).

La pandemia fue considerada como una situación global de estrés postraumático por todas las implicaciones que tuvo en la salud mental (Banyard *et al.*, 2009). En la India, en una encuesta online, que respondieron 1395 participantes, de los cuales el 82,8% eran menores de 30 años, se encontró que una proporción significativamente alta de jóvenes tenían un nivel medio o severo de depresión. Según este estudio, una cuarentena impuesta, puede resultar que en las personas se intensifique y se exacerbe el sentido de pérdida de control y sentirse atrapado. Además, se diagnosticó un incremento de la prevalencia de depresión y ansiedad en la población estudiada (Pandey *et al.*, 2000).

En situaciones de crisis por aislamiento, como en el caso de la pandemia, los factores que modifican la intensidad de los síntomas psicológicos generalmente fueron el tipo de aislamiento y su duración, la privación de estímulos sensoriales y el tipo de personalidad (Sánchez Carlessi y Mejía Sáenz, 2020).

Estas situaciones de aislamiento, con restricción marcada de la movilidad y el contacto social que se prolongó en el tiempo, acrecentaron afectaciones previas y generaron otras, tanto físicas, como emocionales. Las más evidentes fueron en el área psicológica, provocando un detrimento en los recursos personales para hacer frente a la adversidad. Indicadores de bienestar psicológico como la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito de la vida y el crecimiento personal (Arrogante *et al.*, 2016) se vieron muy afectados por la situación experimentada.

El funcionamiento psicológico positivo (FPP), según la escala desarrollada por Merino (Merino, M. D. y Privado, J., 2015; Merino, M. D., Privado, J. y Gracia, Z., 2015) aborda diferentes dimensiones que a su vez constituyen recursos psicológicos que permiten un desarrollo armonioso al sujeto en su contexto social. Ellos son autonomía, resiliencia, autoestima, propósito de vida, disfrute, optimismo, curiosidad, creatividad, humor, dominio del entorno y vitalidad. La presencia y consolidación de estos factores, considerados protectores de la salud mental, ayudaría en gran medida a sobrellevar las crisis sin mayores afectaciones psicológicas y a vivir la vida con disfrute a pesar de las circunstancias adversas (González *et al.*, 2019).

Objetivo

El mundo, y la población cubana, estuvieron afectados por la crisis generalizada originada por la COVID-19. Las personas involucradas en situaciones similares necesitan potenciar los recursos psicológicos que les permitan enfrentarlas y mantenerse psicológica y físicamente funcionales.

En situaciones de severo distrés psicológico, es probable que esos elementos se vean afectados. Por esa razón, este trabajo se propuso comparar el FPP en un grupo de estudiantes

cubanos, antes y durante la pandemia, para identificar el comportamiento de los diferentes recursos que componen la escala.

Métodos

Para realizar el estudio se utilizó una muestra de 38 estudiantes de la licenciatura en Teología, del Seminario Teológico Adventista de Cuba, a los cuales se les había aplicado la escala de Funcionamiento Psicológico Positivo (FPP) en octubre del 2019, previo al surgimiento de la pandemia. La selección fue no probabilística, por conveniencia, ya que participaron todos los integrantes del grupo de primer año de la licenciatura. En ese momento la aplicación de esta escala, fue de forma presencial, administrada por personal entrenado.

En abril del 2022, en pleno auge de la enfermedad, y donde todos habían experimentado situaciones de confinamiento prolongado, se les aplica a esos mismos estudiantes la escala de FPP. Se pretendía identificar los posibles cambios que la situación de estrés generada por la pandemia pudiera haber provocado en los componentes de la escala. En esta ocasión, la encuesta fue aplicada de forma virtual por el mismo encuestador.

Análisis estadístico

Se utilizó la información de la muestra ($n=38$), tal cual fue recibida. Se calculó el puntaje de funcionamiento psicológico positivo para cada participante, para el antes de la pandemia y durante la pandemia, mediante la suma de los puntajes promedio de las 11 dimensiones del FPP, así como el comportamiento de las dimensiones en los dos momentos del estudio. El análisis estadístico se realizó utilizando el software libre JASP versión 0.14.1. El nivel de significancia se estableció en .05.

Resultados

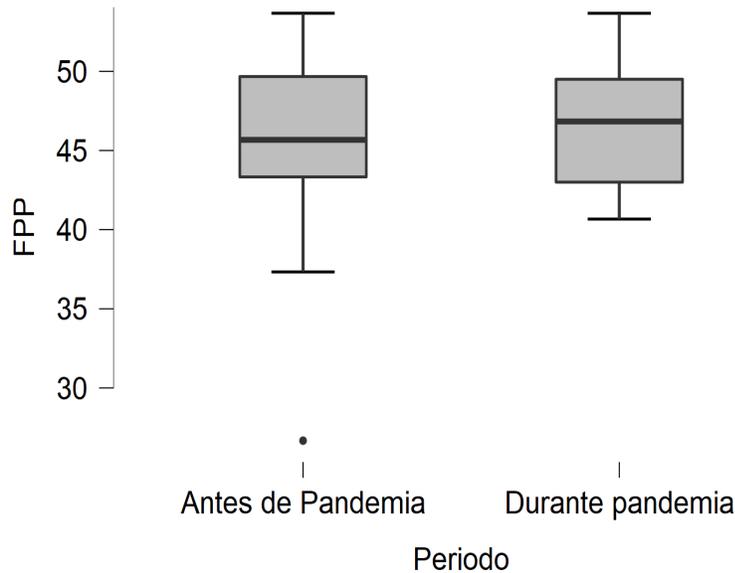
Por medio de diagramas de caja y bigote (Fig. 1) se identificó un dato atípico, (participante número 34), que fue removido de la muestra. (Este dato era un puntaje de FPP=19.333 tanto durante como antes de pandemia, que difería por mucho del resto de los sujetos, lo que puede suponer un problema de respuesta deshonesto o no reflexionada). De este modo la muestra quedó conformada por $n=37$ participantes, de los cuales 34 eran hombres y 7 mujeres, con una edad promedio de 28.62 años ($DE= 7.92$), con un rango de 19 a 47 años. También evidencia el diagrama que las diferencias del FPP en los dos momentos de la medición no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la escolaridad, cabe mencionar que todos los participantes eran estudiantes de licenciatura. Además, en lo relativo al estado civil, 23 manifestaron ser solteros y 14 casados. El 75.68% de los participantes indicó no tener hijos, en tanto que el restante 24.32% tiene al menos un hijo.

Se efectuó una prueba de comparación del FPP promedio del participante, medido durante la pandemia con respecto a la medición antes de la pandemia. El FPP se obtuvo mediante la suma de los puntajes de las 11 dimensiones de la escala. Para la comparación se utilizó la prueba t pareada. No se encontró una violación del supuesto de normalidad de la diferencia de puntajes requerida para esta prueba.

Los resultados de la prueba t pareada sugieren que no existen diferencias significativas en el nivel global de FPP experimentado por los participantes previo a la pandemia y durante la pandemia ($t=1.305$, $gl= 36$, $p= .20$)

Fig. 1 Comportamiento del FPP antes y durante la pandemia en la muestra seleccionada.



Posteriormente se compararon las dimensiones del FPP en los dos momentos del estudio, antes de la pandemia y durante la pandemia, utilizando las pruebas t de Student pareada, en los casos donde se cumplió el supuesto de normalidad de la diferencia de puntajes, y la prueba no paramétrica de Wilcoxon en los casos donde se violó el supuesto de normalidad. Los resultados de la Tabla 1 muestran que, al emplear el nivel de significación .05, no se encontró evidencia de diferencia significativa en el puntaje promedio de FPP entre las mediciones antes y durante la pandemia. Sin embargo, al establecer el nivel de significación .10 (Calderón Saldaña y Alzamora de los Godos Urcia, L., 2011) se observa una diferencia significativa en el FPP en las dimensiones Resiliencia y Disfrute, siendo más alto el puntaje del FPP durante la pandemia que antes de esta. El tamaño del efecto, medidos por la d de Cohen, en ambos casos se considera bajo (0.269 y 0.291, respectivamente).

Se hizo además el análisis para determinar si el sexo, el estado civil, la escolaridad, la profesión y si ejerce o no, tienen un efecto en el cambio del puntaje del FPP antes y después de la pandemia, y no se encontró efecto significativo en ningún caso.

Tabla 1. Comportamiento de las dimensiones del FPP durante y antes de la pandemia

Dimensión	Media del FPP		Desviación estándar			Student-t		Wilcoxon				
	Durante	Antes	Durante	Antes	Estadístico	gl	p	Estadístico	p			
Autoestima	4.099	4.027	0.603	0.734	0.476	36	.637	149.5	.738	.012		
Resiliencia*	4.477	4.306	0.381	0.616	1.636	36	.111	150.5	.092	< .001		
Optimismo	4.279	4.063	0.536	0.728	1.716	36	.095	181.5	.189	.004		
Creatividad	4.207	4.108	0.546	0.561	0.905	36	.371	165	.419	.004		
Autonomía	4.18	4.09	0.559	0.554	0.741	36	.464	181	.382	.143		
Dominio del Entorno			3.541	3.613	0.535	0.494	-0.569	36	.573	129	.372	.016
Vitalidad	4.315	4.27	0.55	0.652	0.439	36	.663	127	.702	.016		
Propósito Vital		4.586	4.459	0.355	0.541	1.483	36	.147	145.5	.132	< .001	
Humor	4.243	4.252	0.688	0.595	-0.078	36	.938	164	.978	.131		
Disfrute*	4.306	4.099	0.625	0.661	1.768	36	.086	236.5	.124	.242		
Curiosidad	4.36	4.216	0.511	0.516	1.389	36	.173	178.5	.222	.047		

*Significancia en .10

Discusión y conclusiones

La mayoría de los estudios publicados sobre temas relacionados a la pandemia hacen énfasis en las afectaciones negativas que esta provocó en el comportamiento psicológico de los individuos y grupos sociales (Andreu Cabrera, 2020, Banyard *et al.*, 2009, Pandey *et al.*, 2000).

Sin embargo, en el presente estudio se reportó que el funcionamiento psicológico positivo, constituido por diferentes recursos que tributan al bienestar y felicidad, contrario a lo esperado, se mantuvo sin diferencias significativas en la medición realizada durante la pandemia con respecto a la realizada con anterioridad a esta.

Los resultados obtenidos pueden deberse a varios factores que las investigaciones sustentan. Es cierto que las situaciones de crisis provocan impactos negativos en el funcionamiento psicológico de los individuos, pero también son momentos en que se pueden potenciar los

recursos psicológicos personales para hacerle frente. Muchas personas minimizan los daños del estrés “centrando su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo” (Arrogante *et al.*, 2016, p. 23). En estudios realizados entre personas que enfrentaban situaciones de desempleo se encontró que la resiliencia y la autoeficacia fueron considerados dos recursos psicológicos vitales para sobreponerse a la experiencia negativa (Fernández-Valera *et al.*, 2019).

La psicología positiva durante las últimas décadas ha estado enfatizando la importancia de temas como las fortalezas del carácter, la gratitud y el optimismo, la resiliencia, el significado y el propósito, el compromiso y las buenas relaciones (Park *et al.*, 2013) como elementos protectores de la salud mental del individuo, y esas fortalezas se encuentran relacionadas con las dimensiones del funcionamiento psicológico positivo medido en el presente estudio. Las investigaciones actuales usan de manera similar términos como felicidad y bienestar subjetivo para referirse al funcionamiento psicológico positivo, basado en la generación de emociones positivas y otros factores contribuyentes al bienestar, como las adecuadas relaciones interpersonales (Ramírez y Fuentes, 2013).

En contextos universitarios se ha incrementado el estudio del funcionamiento psicológico adecuado que promueve felicidad, por las relaciones importantes que se han documentado entre esta y el rendimiento académico de los estudiantes y su permanencia en la escuela, así como la productividad del profesorado. Además, apoya la idea de que la percepción individual de ser feliz y psicológicamente estable, junto con las capacidades cognitivas y habilidades procedimentales son vitales para el desempeño y éxito académicos (Ramírez y Fuentes, 2013).

El establecimiento y disfrute de relaciones sociales es un eslabón muy importante en el desarrollo de las personas. Un estudio realizado en Pensilvania en la localidad de Roseto, concluyó que el factor que más contribuía a la marcada longevidad de sus habitantes era su elevada unión social y familiar, así como la cantidad y calidad de sus relaciones interpersonales (Álvarez de Mon, M. A. *et al.*, 2019). Sin embargo, en medio de la situación marcada por la pandemia, es interesante notar como este grupo de estudiantes fueron capaces de mantener su funcionamiento psicológico a pesar del aislamiento obligatorio. Es de suponer que encontraron formas novedosas para mantener esas relaciones en funcionamiento y aumentó la calidad de las relaciones con el núcleo más íntimo del individuo, la familia, como red fundamental de apoyo social.

Evidencia de ello se observó también en una muestra de 251 niños y adolescentes cubanos donde se estudiaron las afectaciones del aislamiento prolongado. Los investigadores concluyeron que, a pesar de los efectos negativos, también se identifican otros positivos. El tiempo compartido en familia, sin tener que estar con prisas, es una ganancia para todos, que les ha permitido interactuar, y disfrutar experiencias compartidas. Esto ha fortalecido los vínculos de muchas familias, lo que genera disfrute. Otras familias han logrado “organizar mejor la vida en casa, estimular el desarrollo de los niños y lograr ver los progresos, incidir sobre la formación de hábitos, conocer mejor el rendimiento docente e implementar estrategias de apoyo en ese sentido” (García Morey *et al.*, 2020, p. 19). De manera general la

investigación concluye que los niños y jóvenes que reciben una atención familiar adecuada desarrollan conductas resilientes.

Es interesante notar que cuando se analizaron los componentes de la escala en un primer momento no surgieron diferencias significativas. Al establecer el nivel de significancia en .10 surgieron diferencias significativas en las dimensiones de resiliencia y disfrute, llamando la atención que fueron ligeramente mayores en la medición durante la pandemia que antes de ella, contrario a lo que pudiera esperarse por los resultados de estudios que enfatizan los efectos negativos del aislamiento.

La resiliencia, como constructo, surge cuando las personas se enfrentan a la adversidad y son más exitosas en el intento de sobreponerse a esas emociones negativas, además de formar y ser capaces de fortalecer su personalidad. Uno de los puntos de vista más aceptados sobre la resiliencia es la capacidad de adaptarse y recuperarse a pesar de experiencias adversas significativas. Se han identificado a la familia, la comunidad y las características personales como factores protectores en individuos resilientes (López-Valle *et al.*, 2018). La resiliencia es uno de los recursos más poderosos para desarrollar el bienestar subjetivo. Es lo que permite al individuo responder hábilmente ante aquellas situaciones que amenazan ese bienestar. Le capacita para ser más competente en el manejo de las frustraciones y dificultades de la vida diaria, saliendo de ellas fortalecido (Graham, 2019), y en situaciones adversas este recurso psicológico se manifiesta y se potencia como se aprecia en la muestra estudiada.

En un estudio entre adolescentes y jóvenes se encontró que la resiliencia es afectada por el tipo de estrategias de afrontamiento preferido. La resiliencia de los adolescentes aumentaba a mayor uso de autorregulación emocional positiva y estrategias de afrontamiento basadas en los problemas y no en las emociones (López-Valle *et al.*, 2018). Precisamente otras investigaciones apuntan al papel que juegan las emociones en el desarrollo de esas estrategias. Las emociones y conductas positivas como el disfrute, el gozo, contentamiento, satisfacción, las relaciones sólidas de amistad y, el amor tiene la capacidad de construir y fortalecer la resiliencia. El experimentar emociones positivas de manera intencional facilita el desarrollo de diferentes estrategias de enfrentamiento a los problemas e incluso reenfocar eventos negativos con un nuevo significado (Boniwell, 2012).

Todos los participantes de la muestra tenían como elemento común su afiliación religiosa al ser miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Se considera este aspecto relevante en los resultados obtenidos porque el pertenecer a una organización religiosa se relaciona con ciertos tipos de creencias y conductas religiosas que tienen como fundamento la espiritualidad individual. La espiritualidad abarca desde la no consideración de lo trascendente, la decisión de no creer y estar angustiado por los cuestionamientos existenciales hasta la decisión de creer, a conformar la vida de acuerdo con esas creencias, a la devoción y adoración de lo trascendente y someter la voluntad personal a la voluntad de lo que trasciende. La espiritualidad trae al individuo valores humanos, significado, propósito, paz, conexión con otros, sentimientos de poder, todos ellos vinculados al ser trascendente en el que se cree, que está fuera de la persona y a la vez dentro de ella (Koenig, 1998).

Se ha estudiado cómo la religiosidad y por ende en muchos casos la espiritualidad, pueden convertirse en factores protectores de la salud. Barajas cita a Papazisis, Nicolaou, Tsigas,

Christoforou y Sapountzi-Krepia (2014) que realizaron un estudio en Chipre y reportaron que el 98.2% de los estudiantes encuestados manifestó ser fuertemente religioso y/o tener creencias espirituales, lo que correlacionó de manera fuerte y positiva con la autoestima y de manera negativa con la depresión, el estrés y el estrés como rasgo de personalidad (Reyna Barajas, 2018), por lo que la experiencia espiritual, y sus prácticas a través de la religión, pueden conducir al individuo a un crecimiento personal con marcada motivación intrínseca, favoreciendo que se fortalezca la resiliencia y la capacidad de disfrute aún en medio de las condiciones más adversas.

Es evidente que la muestra del estudio es pequeña, pero sienta pautas para seguir investigando y establecer comparaciones entre diferentes grupos de personas, con o sin afiliación religiosa, para potenciar aquellos recursos psicológicos que mejoren la salud mental.

También se recomienda que las organizaciones de salud y los gobiernos aúnen voluntades para fortalecer esas dimensiones o recursos y facilitar un enfrentamiento saludable a las situaciones estresantes e inevitables de la vida diaria, para salir más resilientes de la experiencia.

Referencias bibliográficas

- Álvarez de Mon, M. A., Pereira Sánchez, V., Anta, L. de y Quintero, J. (2019). Aislamiento social prolongado: Hikikomori: un fenómeno creciente en Occidente. *Medicine*, 12(92), 5427–5433.
- Andreu Cabrera, E. (2020). Actividad física y efectos psicológicos del confinamiento por COVID-19. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 209–220.
- Arrogante, O., A.M. Pérez-García y E.G. Aparicio-Zaldívar (2016). Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería. *Enferm Intensiva*, 27(1), 22–30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.07.002>
- Banyard, V. L., Edwards, V. J. y Kendall-Tackett, K. A. (Eds.). (2009). *Trauma and physical health: Understanding the effects of extreme stress and of psychological harm*. Taylor & Francis e-Library.
- Birkholm, M. (2019). *Building Your Resilience: Finding Meaning in Adversity*. The Great Courses.
- Boniwell, I. (2012). *Positive Psychology In A Nutshell: The Science Of Happiness* (3rd edition). Open University Press.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E. y Reyes Luzardo, D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(Supl. especial), 1–14.
- Calderón Saldaña, J. P. y Alzamora de los Godos Urcia, L. (2011). Estadística para la tesis de Postgrado (2da ed.). LULU International. <https://b-ok.lat/book/2816719/b7d4c9>
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J. R. y García-Vera, M. P. (2020). La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. La Respuesta de la Organización Colegial. *Clínica Y Salud*, 31(2), 119–123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>
- Fernández-Valera, M.-M., María-Isabel Soler-Sánchez, Mariano García-Izquierdo y Mariano Meseguer de Pedro (2019). Los recursos psicológicos personales, resiliencia y autoeficacia, y su

relación con el malestar psicológico en situaciones de desempleo. *Revista De Psicología Social*, 11–20. <https://doi.org/10.1080/02134748.2019.1583513>

García Morey, A., Castellanos Cabrera, R., Álvarez Cruz, J. y Pérez Quintana, D. (2020). Aislamiento físico en los hogares a causa de la COVID-19: efectos psicológicos sobre niños y adolescentes cubanos. <https://www.unicef.org/cuba/documents/la-covid-19-en-ninos-y-adolescentes-cubanos-cuarto-reporte>

González, L., Castillo, I. y Balaguer, I. (2019). Análisis del papel de la resiliencia y de las necesidades psicológicas básicas como antecedentes de las experiencias de diversión y aburrimiento en el deporte femenino. *Revista De Psicodidáctica*, 24(2), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2019.01.002>

Graham, L. (2019). *Resilience: Powerful Practices for Bouncing Back from Disappointment, Difficulty, and even Disaster*. New World Library.

Koenig, H. G. (1998). Religion vs. Spirituality. En H. G. Koenig (Ed.), *Religion and mental health: Research and clinical applications* (pp. 3–19). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811282-3.00001-X>

López-Valle, N., Jesús Alonso-Tapia y Miguel Ruiz-Díaz (2018). Emociones, autorregulación positiva y resiliencia. Desarrollo y validación de modelos teóricos alternativos y su instrumento de evaluación. *Estudios De Psicología*, 18-35. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1506305>

Luo, X., Estill, J., Wang, Q., Lv, M., Liu, Y., Liu, E. y Chen, Y. (2020). The psychological impact of quarantine on coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Psychiatry Research*, 291, 113193. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113193>

Merino, M. D. y Privado, J. (2015). Positive Psychological Functioning: Evidence for a new construct and its measurement. *Anales De Psicología*, 31(1), 45–54. <http://revistas.um.es/analesps>

Merino, M. D., Privado, J. y Gracia, Z. (2015). Validación mexicana de la Escala de Funcionamiento Psicológico Positivo. Perspectivas en torno al estudio del bienestar y su medida. *Salud Mental*, 38(2).

Organización Panamericana de la Salud (Ed.). (2002). *Manuales y Guías sobre Desastres N° 1. Protección de Salud Mental en situaciones de desastres y emergencias*. Organización Panamericana de la Salud.

Pandey, D., Bansal, S., Goyal, S., Garg, A., Sethi, N., Pothiyill, D. I., Santhosh Sreelakshmi, E., Gulab Sayyad, M. y Sethi, R. (2000). Psychological impact of mass quarantine on population during pandemics—The COVID-19 Lock-Down (COLD) study. *PLoS ONE*, 15(10), e0240501. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240501>

Park, N., Christopher Peterson y Jennifer K. Sun (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11–19.

Ramírez, P. E. y Fuentes, C. A. (2013). Felicidad y Rendimiento Académico: Efecto Moderador de la Felicidad sobre Indicadores de Selección y Rendimiento Académico de Alumnos de Ingeniería Comercial. *Formación Universitaria*, 6(3), 21–30. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062013000300004>

Reyna Barajas, G. V. (2018). *Relación entre recursos psicológicos y gaudibilidad con rendimiento académico, estrés y conductas de riesgo en estudiantes universitarios*. Universidad de Palermo, Palermo.

Richaud, M. C., Vivas, J. y Muzio, R. N. (2020). Efectos psicológicos del aislamiento por cuarentena por COVID 19: Recomendaciones sobre cómo sobrellevar el distanciamiento físico que impone el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (Decreto 297/2020). Comisión de Política Y Vinculación Institucional de La Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento (AACC).

Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.

Sánchez Carlessi, H. H. y Mejía Sáenz, K. B. (Eds.). (2020). *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el Covid-19*. Universidad Ricardo Palma.

Sanjuán, P., Guillén, D. y Pérez-García, A. M. (2018). Rasgos de personalidad y recursos psicológicos como predictores del bienestar emocional en adolescentes con y sin formación en escuelas de tauromaquia. *Rev. Psicopatol. Psicol. Clin.*, 23, 1–12. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.18494>

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Random House. <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy1012/2010033642-d.html>

Tsoukalis-Chaikalis, N., Demisia S. F., Stamatopoulou, A., Chaniotis, D. y Chaniotis, F. (2021). Systematic Mapping Study of Covid-19 Psychological Impact. *Health Science Journal*, 15(3), 1–7. <http://www.hsj.gr/>

Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Úrizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19: Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103–118.

Los autores

Alberto Abad

alberto.abad@ich.ufjf.br

Universidade Federal Juiz de Fora. Brasil.

Sara Ardila

saraardi@gmail.com

Psicóloga, Magister en Psicología Social Comunitaria. Becaria de doctorado del proyecto PICTO: “Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos”. FONCyT – Universidad Nacional de Lanús.

Marizell Benítez Flores

marizelbf@gmail.com

Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Estudiante de la maestría: “Género y educación de la sexualidad”. Facultad de Enfermería, Universidad de Ciencias Básicas y Preclínicas: “Victoria de Girón”. ORCID: 0009-0001-4579-2529

José Manuel García Arroyo.

jmgarroyo@us.es

Médico. Psiquiatra. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

Yameysi García Torres

ygtcpg@gmail.com

Licenciada en enfermería. Profesor Asistente. Supervisora en enfermería. PDU: “1ro de Enero”. ORCID: 0009-0005-2032-9238

Altemir José Gonçalves Barbosa

Psicólogo, mestre em Psicologia Escolar e doutor em Psicologia. Atualmente é professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Brasil

Cila M. Gutiérrez Benítez

cilamariagutierrezbenitez@gmail.com

Estudiante de 6to año de Medicina. Interna vertical de Neurocirugía. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Ciencias Básicas y Preclínicas: “Manuel Fajardo”.

Anaiviana Ibáñez Viltre

anaiviana88@gmail.com

Profesor Instructor MGI. Vicedirectora de Asistencia Médica PDU: 1ro de enero.

Carlos Augusto Marín Moreno

augustomoreno56@gmail.com

Maestrando en Gerencia Pública (UNELLEZ). Ingeniero Mecánico. Docente Facilitador Ordinario de tiempo parcial de la Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez (UNESR – Araure).

Andy Luis Marrero Vega

almarrero97@gmail.com , andy.marrero@psico.uh.cu

Licenciado en Psicología. Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana

Carlos Marcelo Moroni

carlosmarcelo@um.edu.mx

Profesor de Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Morelos, México. ORCID 0000-0003-4148-7663

Raúl Rodríguez Antonio

rrodriguez@um.edu.mx

Profesor de Estadística Aplicada. Facultad de Educación, Universidad de Morelos, México. ORCID 0000-0001-6766-4133

Armando Sánchez Gutiérrez

saga_40880@yahoo.com

Sistema Mexicano de Investigación en Psicología, Conalep, Padrón de Docentes Investigadores SEG y Padrón de Investigadores Cocytieg. Zihuatanejo, Gro. México
<http://orcid.org/0000-0003-0654-6285>

Alicia Stolkiner

astolkiner@fibertel.com.ar

Profesora Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Profesora Titular de Salud Pública y Salud mental, UBA. Directora proyecto PICTO: “Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos”. FONCyT – Universidad Nacional de Lanús.

Annia Esther Vives Iglesias

anniaeivi25@gmail.com

Doctora en Medicina Familiar. Profesora de Teología del Departamento de Teología, Investigaciones y Publicaciones, Seminario Teológico Adventista de Cuba, Cuba. ORCID. 0000-0001-9057-0266



Alternativas Cubanas en Psicología es una publicación cuatrimestral de la Red cubana de Alternativas Cubanas en Psicología, que se propone mostrar el hacer y el pensar de los psicólogos y psicólogas cubanos en toda su diversidad y riqueza, en las diferentes regiones del mundo en las que crece y toma perfiles particulares sin renunciar a su identidad. Profesionales comprometidos con el desarrollo de una Psicología “con todos y para el bien de todos”.

Se trata de una revista científica y profesional, que incluye diferentes secciones dirigidas a los profesionales de la psicología, de las disciplinas afines y a todos aquellos interesados en la psicología.

La revista tiene un Consejo Editorial y un Comité Editorial. Para la publicación de la revista, se trabaja también con un comité de evaluadores externos, designado específicamente por el Consejo Editorial y Comité Consultor, para la elaboración de cada número. Estos tres grupos velan por la calidad formal y de contenido de la revista. Garantizan que solo se publiquen trabajos arbitrados por profesionales de alto nivel y de probada capacidad para el ejercicio de la valoración de calidad.

Alternativas cubanas en Psicología se publica en versión digital, en formato pdf con el ánimo de que sea fácilmente distribuida. Su uso con fines profesionales, científicos, académicos, está permitido. Está asociada al dominio <http://www.acupsi.org>. Se pueden establecer links desde otros dominios, hospedarla en redes o páginas sin fines de lucro.

La revista se hace gracias a la acción mancomunada y desinteresada de los psicólogos y psicólogas cubanos que contribuyen de diferentes modos a su publicación. Así mismo cuenta con el apoyo y el auspicio de instituciones profesionales y científicas de psicología de nuestro continente.

Siendo que el trabajo de los psicólogos y psicólogas cubanos se integra y apoya en el trabajo de muchos profesionales y académicos de la psicología de toda la América Latina, la revista publica también trabajos de profesionales de otros países que evidencien una comunidad con el hacer y pensar de los cubanos.

Normas Editoriales

Los interesados en presentar artículos para su publicación deben enviar sus propuestas al Coordinador Editorial a alguna de las siguientes direcciones: manolo.calvino@gmail.com; manuelc@psico.uh.cu Los artículos deberán enviarse por correo electrónico como archivo adjunto en Word de versión reciente.

En la primera hoja deberá incluirse: Título (Mayúscula, Arial 16; longitud máxima de 15 palabras); Título en inglés; Autor(es), centrado; primero nombre(s) y después apellido(s); Dirección electrónica del o los autores en pie de página. Entidad o Institución a la cual pertenece/n, centrado; Ciudad y País de residencia. Deberá integrarse al inicio un resumen no mayor de 200 palabras, palabras clave, con versiones en español e inglés. Asimismo, deben consignar título, y de 3 a 5 palabras clave en los dos idiomas.

En coherencia con la diversidad expresiva de los diferentes modos de hacer y pensar la psicología, La revista aceptará formas narrativas diversas, siempre y cuando sean formalmente adecuadas y rigurosas.

Solo se publicarán trabajos en español y en portugués.

Los trabajos deberán tener un máximo de 20 hojas, incluyendo tablas, figuras y bibliografía, en letra Arial de 12 puntos, a espacio y medio. Formato Carta (21,59 x 27,94), con márgenes de 2 cm por los cuatro bordes (superior, inferior, izquierda, derecha). Todas las páginas estarán numeradas incluyendo bibliografía, ilustraciones, gráficas, tablas y anexos.

Para la normalización de las citas en el texto y notas al pie de página consultar el Manual de Normalización de Trabajos Científicos en el sitio de la BVS ULAPSI

(<http://newpsi.bvs-psi.org.br/ulapsi/ManualCitacoesTextoNotasPagina.pdf>)

Para la normalización de las referencias consultar el Manual en el sitio de la BVS ULAPSI (<http://newpsi.bvs-psi.org.br/ulapsi/ManualReferencias.pdf>)

Cada artículo recibido será enviado a dos consultores integrantes del Comité de Evaluación Externo, expertos en la temática y de países distintos al del/los autor/es del artículo propuesto, a quienes se les solicitará leer los trabajos validándolos respecto a su cumplimiento de las normas editoriales y mostrando su relevancia en torno a la pertinencia en el cumplimiento de los objetivos de la revista. En caso de disparidad de decisiones entre los evaluadores, se recurrirá a un tercer árbitro.

Los miembros del Comité de Evaluación Externo que revisen los trabajos podrán solicitar a su/s autor/es la aclaración o corrección parcial de estos.

Si el artículo no resulta aprobado los evaluadores expresarán sus observaciones a los autores, las cuales las harán llegar de manera confidencial y personal.

Deben enviarse preferentemente artículos inéditos. Cuando se solicita la publicación en la revista de un artículo ya publicado en otro medio, los autores deberán hacer saber esto al conocimiento del Comité Editorial, y testimoniar el acuerdo de la editora que ya lo publicó. El Comité Editorial analizará y resolverá si es o no conveniente la publicación de dicho material.

La presentación del trabajo no implica su publicación. El material presentado no será devuelto a su/s autor/es en caso de no publicación.

Las opiniones vertidas en los artículos no serán responsabilidad de la revista, ni de los miembros del Comité Editorial o el Comité Consultor, ni de las instituciones involucradas en su publicación, sino exclusivamente del/los autor/es.



 ALTERNATIVAS
cuBanas
en psicología