

PRIMER AXIOMA

Encuentros Sistémicos en la Red

Pensamiento Sistémico en Salud Pública



Universidad del Aconcagua – Facultad de Psicología
Maestría en Psicoterapia Sistémica. Res N° 015/10
Acreditada por CONEAU Res.N° 322/17



La Revista Primer Axioma nace como una expresión del constante desarrollo que sobre el pensamiento y la práctica sistémica venimos construyendo en la Maestría en Psicoterapias. Tiene la intención de dar a conocer algunas de las producciones de sus egresados, tesis y docentes, así como también la de los referentes en la formación del pensamiento sistémico en la Región.

Pretendemos consolidar un espacio de "encuentros sistémicos en la red", cohesionarnos en el interés colectivo y mostrar algunas de las contribuciones que vamos elaborando como producto de la actividad académica, la reflexión temática, la aplicación casuística, y la investigación, en el marco de la experiencia universitaria como espacio formativo.

En este número hemos focalizado los ensayos y contribuciones sobre la pregunta acerca de ¿Qué posibilita el pensamiento sistémico en salud pública? Los artículos formaron parte de la Exposistémica Universitaria 2019, algunos ahora editados. Sus autores forman parte de la Red Sistémica Universitaria, constituida en ese evento y abierta a la adhesión constante de nuevos miembros.

Además de los artículos se encontrarán relatos de casos, experiencias institucionales, reseñas de algunos libros y películas de referencia en temas afines al paradigma.

La última sección remite a las Tesis de Maestría de los nuevos egresados, brindando un resumen del trabajo final de acreditación.

Con mucha alegría invitamos a participar de esta travesía.

Mgter. Mónica Valgañón

Autoridades de la Facultad de Psicología

Decano

Mgter Hugo Lupiañez

Secretaria Académica

Lic. Cristina Perez

Directora de Pos Grado

Dra. Silvana Maddio

Director de la Maestría en Psicoterapias

Med. Esp. Jorge Fernandez Moya

Comité Académico

Lic. Beatriz Sabah

Mgter. Mónica Valgañón

Mgter. Laura del Popolo

Dra. Ruth Casabianca

Lic. Hugo Hirsh



INDICE

Indice	3
Mónica Valgañón. Opinión: Modos de hacer y pensar en salud.	4
Marcela Elizalde. Relevancia del Enfoque Sistémico en Salud Publica.	5
Valentina Oliva. Cuando la crisis es la oportunidad: re-creándonos como equipo de Salud Mental en APS.....	9
Susana Morgado. A propósito de sistemas: pensando el fenómeno de salud pública.	12
Javier Moreno. Resiliencia familiar como respuesta frente a la violencia (casuística).	15
Carolina Chacón, Virginia Llera y Myriam Novoa. Construyendo posibilidades en un hospital monovalente.	17
Julia Zúñiga. Libro recomendado: "Del Reloj a la Flor de Loto" de Ana María Llamazares.	20
Sofía Grzona. Película sugerida: "Te doy mis ojos".....	21
Investigadores. Poster: Transiciones en los estereotipos de género expresadas en las consultas psicológicas de pareja.	22
María Natalia Piran. Resumen de Tesis.	23
María Belén Zeferino. Pautas de Interacción Familiar en situaciones de impedimento de contacto y mediación penal.	24

Mónica Valgañón

• Magister en Psicología Social
 • Doctoranda en Psicología
 • Docente y Miembro de Comité
 Académico de la Maestría en Psicoterapia
 Sistémica.

OPINIÓN

MODOS DE HACER Y PENSAR EN SALUD

La *Exposistémica Universitaria* 2019 propuso trabajar sobre la aplicación del pensamiento sistémico en Salud Pública, como un modo de cuestionar y cuestionarnos nuestro pensamiento y nuestra praxis en un área en la que los procesos asistenciales tienen, salvo algunas excepciones, un marcado reduccionismo experiencial que lleva al abordaje paradójico cotidiano. Esto es porque se apunta a la salud desde la enfermedad, se proponen las acciones técnicas y diagnósticas enfocadas fundamentalmente a la identificación de dolencias y se disminuye la visión sobre los recursos, potencialidades, influencias culturales, am-

bientales y muchas otras "condiciones de posibilidad" presentes en cada consulta y cada intervención.

Existe consenso sobre la ampliación del concepto de salud desde un modelo individual restrictivo a uno social expansivo (Saforcada, De Lellis y Mosobansyck, 2010) en el que se pasa de una concepción de "ausencia de enfermedad" "estado de bienestar físico, mental y social" (OMS 1978) al reconocimiento de las dimensiones física, emocional, social, espiritual de la salud y a la respuesta de adaptación, tolerancia e incluso fortalecimiento luego de procesos traumáticos (Guerrero y León 2008). La salud es una

manifestación de la vida, no un área relevante, parcial de ésta y mucho menos una semblanza de dolencias.

De ahí que en los escenarios en los que se legitima la atención de la salud, como los "centros de salud", "unidades asistenciales", "hospitales" y otros, se actúe paradójicamente porque ahí se atiende enfáticamente la enfermedad, se describen los síntomas, las dolencias individuales fundamentalmente, en lugar de establecer estrategias e instrumentos que comprendan de manera integral el proceso de salud – enfermedad. Se categorizaría como salud a los conocimientos, técnicas e instrumentos que tratan la enfermedad.

En los centros asistenciales la atención de la salud se organiza en "Servicios" en función de las manifestaciones de sus padecimientos, considerando a la persona como portador de enfermedad, pasivo y yacente, desintegrado del ecosistema en el que se desenvuelve cotidianamente y del proceso estar sano.

La fragmentación de la persona tiene su correlato en la preminencia de la atención disciplinar por sobre la articulación de saberes y visiones integrativas transdisciplinarias. Las barreras psicoculturales entre los efectores y sus asistidos se amplían desde el modelo "médico – paciente" bajo la lógica de la asimetría en la distribución del poder relacional, lo que redundaría como lo expresa Enrique Saforcada (2010), en una "subjetividad relacional negativa". En ese marco se desalentaría la demanda, la eficacia de los procesos asistenciales y podrían aumentarse los efectos dañosos.

Resulta ejemplificadora la paradoja del llamado servicio de "salud mental" en tanto denota la separación de lo mental y lo físico como partes de la persona independientes y desarticuladas. Las manifestaciones psíquicas del sufrimiento humano son recortadas en una especie de limbo, escindido del cuerpo, como si se pudiera gozar de bienestar "mental" al mismo tiempo que se padecen malestares físicos. La lógica es incongruente. La naturalización de la expresión, su existencia fáctica en centros de asistencia, la aceptación pasiva de los usuarios, convalida y alimenta la escisión. Martín De Lellis (2010) aporta la expresión de "lo mental en la salud" para caracterizar el foco de atención en las manifestaciones emocionales de la enfermedad como una alternativa del lenguaje apropiada al paradigma integrativo.

Desde el paradigma sistémico en el campo de la salud venimos postulando que no es viable continuar atendiendo a los órganos enfermos en lugar de la persona y a ésta no se la puede entender aislada de su comunidad ni de su entorno geográfico – histórico – económico. Desde esta perspectiva, la acción del sistema sanitario se correría de la enfermedad hacia la comprensión sistémica de la salud, se concentraría en la calidad de vida y en mantener sano lo que no está enfermo.

El paradigma socio biológico o social expansivo y sistémico, considera el ecosistema en el que se desarrollan las personas, al proceso de enfermar y sanar, su arraigo en los vínculos y la comunidad y las características del entorno sociocultural, en evolución.

El estilo de vida, las enfermedades evitables, la salud como proceso no como estado, su relatividad en grados y niveles habla de un cambio en el modo de ostentación del poder y en la concepción holística de los procesos salutogénicos.

Sin embargo el paradigma social expansivo no es parte cotidiana de la praxis asistencial. El sistema de atención continúa trabajando de manera fragmentada, individualista y reduccionista. La formación de los recursos humanos no se adecua a los parámetros del paradigma sociocultural de la salud, lo que fortalece el enfoque sanitario tradicional, centrado en la atención de la enfermedad, a pesar del creciente consenso en la comunidad científica respecto a la necesidad de dar una respuesta potenciadora de la salud integral.

La fragmentación de las prestaciones acrecienta la desarticulación de la intervención, enfatizando los abordajes sintomáticos, disciplinares, refuerza las limitaciones de las políticas públicas y coadyuva a la pasividad del usuario del sistema sanitario. Las respuestas entonces son parciales, insuficientes y poco eficaces (De Lellis, Interladi y Martino 2015).

De ahí que como participantes del paradigma sistémico estemos impelidos a procurar integraciones, relaciones, cuestionamientos propios y del estatus quo que superen la actual fragmentación y potencien los procesos integrales de salud.

Ese es el convite.

Bibliografía

- De Lellis, M. (2010). Psicología y Políticas públicas saludables. *Psiciencia Revista Latinoamericana de Ciencias en Psicología*. 2 102 – 106.
- De Lellis, M.; Interlandi, C; Martino, S. (2015). La Salud Pública como área del conocimiento y de la acción. En: de Lellis, M. (Ed.) *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp.11 -42). Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma – Atta. En autor.
- Saforcada, E. (2010). Psicología de la Sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Psiciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. (4), 2, 120 -130. Recuperado de <http://www.psiciencia.org/ojs/index.php/psiciencia/article/viewFile/96/137>.
- Saforcada, E., De Lellis, M., Mozobancyck, Sh. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires, Paidós.

Marcela Elizalde

- Licenciada en Psicología (UDA)
 - Doctora en Psicología (UFO)
 - Vice Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad de Mendoza
-

ARTÍCULO

RELEVANCIA DEL ENFOQUE SISTÉMICO EN SALUD PÚBLICA

¿Qué posibilita el Pensamiento Sistémico, y su Modelo de abordaje, en la Salud Pública? ¿Es posible el enfoque salutogénico en el contexto actual de la Salud Pública? ¿Existen barreras para que el/la profesional de la Salud Pública

autoperciba eficacia en su abordaje disciplinar? ¿Qué rol tienen las Universidades? ¿Es posible pensar la integralidad de la persona que acude a los servicios de salud?

Para el acceso a las preguntas es preciso contextualizarnos en relación a las respuestas que el modelo sistémico entrega a las dimensiones del diagnóstico, la interdisciplina, la ética de la teoría y de la práctica, la ecología y ecosistemas, dimensiones abordadas por diversos autores y que los estudiantes de las carreras de psicología en Mendoza lo reciben en su formación de grado, donde en busca de resultados, otorga una brillante compilación para quienes se inician en la comprensión del modelo sistémico. La perspectiva en protección de derechos, resulta imprescindible para situar las infancias y la perspectiva de género.

¿Qué son los modelos?

Entidades conceptuales y, como tales, poseen una organización definida por premisas que van desde planteamientos

tos teóricos que los sustentan hasta elementos en su composición netamente pragmáticos. Un modelo posibilita:

- Construir organizadamente una hipótesis.
- A partir de la hipótesis establecer un objetivo.
- A partir del objetivo trazar metas mínimas.
- A partir de las metas mínimas, establecer una planificación organizada.



Avances...

La riqueza conceptual fundamentada en los avances obtenidos por los estudiosos de la cibernética de los sistemas observantes (Keneey, Foerster, Morin) así como el interés científico en construir una conexión entre dichas conceptualizaciones y el funcionamiento de diversos grupos humanos, ha permitido construir marcos de referencia que proveen hoy al campo de la Psicología formas de observación con lógicas que captan la complejidad del ser humano.

Es así, como la Teoría General de los Sistemas aplicada al funcionamiento de los diversos grupos humanos permite sustentar que pueda concebirse como un sistema, el cual a la vez puede ser visto como parte de sistemas más amplios.

“El concepto de Sistema en la integralidad de “Lo Humano”

El Sistema se define como: cualquier entidad abstracta o compleja constituida por partes interdependientes, que siendo activas producen una secuencia de actos que conforman el operar de dicho sistema, lo que permite hacer referencia a un operar sistémico del ser humano en coordinaciones de coordinaciones conductuales consensuales asociadas a la diversidad de contextos en que éste participa.

Se posibilita entonces fundamentar para pensar la Salud Pública un marco epistemológico en el cual los procesos de interacción humana resultan explicables si se visualizan como una red compleja, complejizante y complejizable de acciones de reordenamiento por parte de todos y cada uno de los miembros de los sistemas humanos, donde se evidencia el poder del lenguaje como constructor de realidades igualmente complejas.

Ahora bien, ¿qué comportamiento posee el Modelo Sistémico en el sistema Salud Pública?

- El pensamiento sistémico interroga/pone a prueba muchos de nuestros modelos mentales. En primer lugar pone a prueba la idea de que el todo es la suma de las partes.
- Pone a prueba la idea de que se puede juzgar el comportamiento de una persona sin considerar el sistema al que pertenece.
- Pone en cuestión las causas y efectos. La relación entre los elementos es lo que los convierte en causas o en efectos y esa relación depende de la estructura del sistema, de los relatos dominantes, de los intentos de soluciones, de las pautas de recursividad...

El Modelo Sistémico y los desafíos de hoy

Las mayores exigencias en el ámbito laboral de la SP se relacionan con las habilidades para:

- Solucionar problemas
- Desempeñar la creatividad e iniciativa
- Trabajar en equipo
- Ejercer constructos de sensibilidad social
- Impregnar los intersticios en derechos: ley 26.657
- Todas ligadas con las funciones de observación, planeación, evaluación psicológica e intervención en sus aspectos de orientación, prevención y promoción del bienestar psicológico, así como la docencia.
- En no menor medida se encuentra la intervención con fines resolutorios, la rehabilitación y la investigación.

En el entorno laboral del psicólogo/a están siendo altamente valoradas las competencias de tipo adaptativas, integrativas y contextuales, es decir aquellas competencias que le permiten al profesional la capacidad para resolver problemas en condiciones altamente cambiantes y con sensibilidad social, reconociendo ellos mismos que para lograrlo se requiere de una formación adecuada, donde las Universidades cumplen un rol fundamental.

El PS facilita el acceso a la SP porque habilita:

- Interactuar activa y flexiblemente, desde una perspectiva sistémica, con distintos sistemas consultantes.
- Afrontar y resolver problemas con la participación activa del sistema consultante, en función de los objetivos co-construidos y respetando la dignidad humana y el saber propio de los mismos.
- Formular y validar consistentemente hipótesis de intervención sistémica en el ámbito de la comunidad, del sistema de salud, de las organizaciones, de las familias
 - Establecer indicadores verificables del resultado de las intervenciones que constituyen datos de relevancia científica.
 - Desarrollar habilidades de comunicación para la valoración positiva en la relación interpersonal.
 - Integrarse en forma armoniosa en equipos de trabajo intra o interdisciplinarios.
 - Asesorar a instituciones para generar programas de atención primaria, prevención y promoción de la calidad de la salud y de la salud mental.
 - Emplear los conocimientos en la práctica específica que cada profesión posibilita y requiere, como en la investigación a partir de nuevas hipótesis de trabajo.
 - Mantener permanentemente una actitud investigadora, reflexiva y responsable en la búsqueda del conocimiento.

El PS fraterniza con el Paradigma de Salud Colectiva, que es uno de los principales facilitadores del desarrollo de la Salud Pública, porque ambos proponen una perspectiva integradora y ecológica, que entiende a la persona como participante activo en el proceso de salud-enfermedad y busca intervenir en la sociedad para desarrollar espacios de salud y limitar riesgos.

Desde el modelo sistémico, la salud es entendida como una situación relativa que involucra lo físico, psíquico, social y ambiental y, a su vez, depende de la acción permanente y recíproca entre la persona y su ambiente psico-cultural y económico-político.

El PS se involucra con el proceso salud y enfermedad debe ser comprendido y abordado desde distintos niveles de análisis y con una visión crítica (De Lellis, 2009). Contribuye con la Psicología al permitir ahondar en las diversas formas de atención psicoterapéutica breve y a las terapias de grupo, abordajes con familias en situación multiproblemáticas y orientaciones en sistemas diversos con perspectiva de derechos y perspectiva de género.

Psicología Comunitaria basada en un enfoque

sistémico que enfatiza la construcción conjunta de parámetros y realidades. La relación entre equipos y comunidades se presenta como una red de intercambios dialógicos que operan como microprácticas para la construcción de posibilidades y proyectos alternativos.

- con la Educación puesto que en ella se aplica permanentemente el pensamiento sistémico al integrar el aprendizaje del educando al docente, a la Institución y a las condiciones familiares y ambientales en que vive;
- con las Ciencias Sociales, ya que ésta resulta de la aplicación de teorías y prácticas que incluyen las redes sociales de individuos, grupos y/u organizaciones, y finalmente,
- con las Ciencias Jurídicas que específicamente en su trabajo de Mediación, requiere una mirada desde los sistemas con una formación sistemática.

El paradigma de la Complejidad cuestiona que puedan determinarse las mismas causas y factores de riesgo para los individuos y las poblaciones. Por lo tanto, reconoce que en el espacio de lo "micro" funcionan las leyes de lo biológico e individual y en el espacio de lo "macro social" los fenómenos en su totalidad sin dejar de visualizar las partes que lo componen.

¿Cuál es el rol de las Universidades y de los Centros de Formación?

En principio comprender si los estudiantes se acercan a la comprensión de los paradigmas de Salud y si la formación les acerca cambios en sus representaciones de Salud. Investigaciones relativamente esperanzadoras, dan cuenta que los egresantes de las carreras de Ciencias de la Salud pueden articular las nociones de salud y enfermedad en ambas dimensiones, se representan la Salud en el anclaje de lo micro a lo macro, de la persona a los procesos, del médico a los profesionales y la interdisciplina, del hospital a los centros de salud y la calidad de vida; de los tratamientos, estudios y las vacunas al cuidado, las relaciones, la responsabilidad, la prevención y promoción.

Nos queda acceder a investigaciones futuras de las Representaciones Sociales de la salud y la enfermedad de los profesionales que abordan la temática durante un tiempo prolongado, debido a que la práctica permite interrelacionar la teoría con las posibilidades que ofrece el contexto para su desarrollo. Continuar con el desarrollo de los conceptos desde una perspectiva compleja, que incluya sus aspectos epistemológicos, legales,

históricos y comunitarios se torna imprescindible en la formación de grado.

La Psicología, como ciencia, disciplina y profesión es la oportunidad del Sistema de Salud para proveerse del capital profesional que teje la red invisible de la potencialización de los efectores y la comprensión de los determinantes de la salud. Los y las psicólogos graduados en la mayoría de las Universidades mendocinas alcanzan desde el grado las competencias para las prácticas que el sistema de Salud público y privado requiere. El estudio de las políticas públicas, en conjunto con el desarrollo de legislaciones que las enmarquen para profundizar en el desarrollo de las prácticas desde el Pensamiento Sistémico, facilita y efectiviza la construcción de la trama hacia la interdisciplina que dignifica y empodera las vidas saludables de todas y todos.

Bibliografía

- Abric, J.C. (2001). *Prácticas sociales y Representaciones*. Editorial Cultura Libre.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9 (1), 93-107. Recuperado de http://www2.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152008000100005&lng=es&nrm=iso>ISSN 1317-5815.
- Barreiro, A.; Gaudio, G.; Mayor, J.; Santellan Fernández, R.; Sarti, D. y Sarti, M. (2014). La justicia como representación social: difusión y posicionamientos diferenciales. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 29 (2), 319-345. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02134748.2014.918821>
- De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2009). El Proceso Salud Enfermedad y sus emergentes desde una Perspectiva Compleja. *Cátedra de Salud Pública-Salud Mental*. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.
- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(2): 102-106. Recuperado de <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/63/101>
- Gallegos, M. (2007). Hacia la construcción de indicadores curriculares para evaluar la formación académica de psicólogos de Argentina. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fernandez Moya, J. y colaboradores (2010). En busca de resultados. Universidad del Aconcagua.
- Jodelet, D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, Serge. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós. Ley N° 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. República argentina. Sancionada el 25 de Noviembre 25 de 2010.
- Mazzitelli, C.; Aguilar, S.; Guirao, A. M. y Olivera, A. (2009). Representaciones sociales de los profesores sobre la docencia: contenido y estructura. *Educación, Lenguaje y Sociedad*, VI (6). Recuperado de <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/ieles/n06a14mazzitelli.pdf>
- Montero, I y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 503-509. Reuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf
- Morales Calatayud, F. (2012). Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98-104. Recuperado de <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/94>
- Morales Calatayud, F. (2015). La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1), 120-123. Recuperado de www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/download/156/198
- OPS/OMS (1996). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: OPS Promoción de la salud: una antología (367-372). Washington D.C.
- Piñeda, María Andrea (2012). Modelos de formación en psicología y perfiles de psicólogo. El caso de Eva Mikusinski. *Revista Diálogos*, 3 (1), 7-21. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259358947_Modelos_de_formacion_en_psicologia_y_perfiles_de_psicologo_El_caso_de_Eva_Mikusinski
- Saforcada, E. (2012). Psicología Sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 120-130. Recuperado de <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/viewFile/96/137>
- Saforcada, E. (2012). Salud Comunitaria, gestión de Salud Positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 31, 7-22. Recuperado de pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf

Valentina Oliva

- Licenciada en Psicología (UDA)
- Tesista de la Maestría en Psicoterapias Sistémicas
- Docente de la Carrera de Licenciatura en Psicología (UDA)

Experiencias en Salud Pública

CUANDO LA CRISIS ES LA OPORTUNIDAD: RE-CREANDONOS COMO EQUIPO DE SALUD MENTAL EN APS

Resumen

Se desarrolla una propuesta de reestructuración del abordaje en salud mental en primer nivel de atención que surge de cuestionamientos a partir de crisis respecto a modos de acceso, dispositivos ofrecidos y logros terapéuticos que general estrés personal e institucional. Consideramos que la revisión de pautas de funcionamiento lleva a una re-creación propia de un cambio con salto cualitativo. Se fundamenta en la adecuación al marco legal vigente y con ejes transversales que definen modos de trabajo: organización en red, equipos interdisciplinarios, promoción de dispositivos grupales, intervenciones comunitarias, espacios de reflexión y capacitación. La propuesta se pone en marcha en marzo 2018 y el equipo se encuentra en proceso de evaluación de resultados. En primera instancia, se evidencia mayor accesibilidad de los consultantes, ausencia de listas de espera, buena adherencia a los dispositivos grupales, abordaje integral de las problemáticas, menor indicación farmacológica como respuesta inicial y bienestar del equipo –recreándonos- que redundan en mayor interacción y compromiso con la tarea.

Este trabajo se ha construido en conjunto con Cecilia Adamo, Raúl Balduzzi, Marina Breitman, Martín Daguerre, Alicia Gonzalez, María Inés Guiñazú, Mónica Herrera, Esther Olima, Eduardo Perez, Johana Rodriguez, Paula Romero Díaz, Yanina Roslan, Fabiana Sabella, Gerardo Senar, Micaela Vera y la autora del presente artículo Valentina Oliva, todos profesionales del Area Sanitaria de Luján de Cuyo, Mendoza.

Introducción

El presente trabajo es una propuesta de organización del Equipo de Abordaje en Salud Mental del Área Sanitaria Luján de Cuyo, con el fin de responder a la demanda comunitaria de nuestro contexto, a las incumbencias de APS y a la adecuación requerida por la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Se propone como prueba piloto, a partir de marzo de 2018, en términos de experiencia en atención primaria de la salud de nuestra provincia.

Marco de Referencia

El Equipo está compuesto por profesionales que se encuentran asignados a diez Centros de Atención Primaria de Luján. Se promueve que los profesionales puedan referenciarse con la comunidad para implementar proyectos socio-comunitarios. La creciente necesidad de atención en salud mental, en malestares que son expresión de procesos económicos, sociales y políticos sufridos en las últimas décadas, han provocado una paulatina insuficiencia de la capacidad de este servicio para contener en tiempo y forma la demanda de la población. Algunas situaciones detectadas son:

Se responde parcialmente la demanda de personas que solicitan turnos para abordaje en salud mental.

- *La demora genera incertidumbre y frustración en el solicitante, desatendiendo su sintomatología, poniéndolo quizás en riesgo, y predispone a la violencia.*

- *La frustración también se hace presente en los profesionales y en el Equipo.*

- *Los datos obtenidos desde el Observatorio de la Dirección de Salud Mental y Adicciones correspondiente a 2016 evidencian el "poco registro de lo interdisciplinario y trabajo social en salud mental".*

- *Además de falta de recursos profesionales, evidente fragmentación entre equipos, efectores y recursos humanos.*

Frente a estas observaciones, el equipo trasciende la etapa pre-contemplativa en la cual estaba inmerso, instalados en la queja y en la demanda de que las soluciones se presenten desde el sector político con la posibilidad de más recurso para atravesar un periodo de preguntas autorreferenciales que incluyen el análisis sobre los circuitos de retroalimentación de nuestro sistema "salud". Estos cuestionamientos abren la posibilidad de sabernos observantes y constructores de nuestra realidad sanitaria: ¿nuestra tarea pro-

fesional se resiente en este complejo contexto de trabajo? ¿nuestras intervenciones son eficaces? ¿estamos dejando nuestra propia salud en abordajes “como si” para satisfacer circuitos de derivación? o ¿nuestra labor logra modificar/mejorar las condiciones de vida de nuestros pacientes?

La búsqueda de respuestas a estos cuestionamientos han sido y son orientadoras en el constante repensar de nuestra práctica y debate por mejorar nuestro trabajo con la intención de cumplir con la función de la salud pública en el primer nivel de atención: proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud, principio fundante de equidad, orientada al desarrollo de la justicia social.

Aunque el impulso inicial a la formulación del proyecto han sido las ya expuestas condiciones actuales de trabajo, las observaciones del propio Equipo de Abordaje en Salud Mental y de las provenientes de la Dirección de Salud Mental, es imprescindible dar cuenta del marco legal que fundamenta los cambios que son propuestos. Es decir, la reestructuración del abordaje no sólo tiene que ver con lo que se considera necesario en nuestro medio local, sino también con el requerimiento y voluntad de ajustarse a los principios de la Atención Primaria de la Salud, así como a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, la Ley de Niñez y adolescencia N° 26061, la Ley del Derecho del Paciente N° 26529.

Objetivos

- Legitimar y redefinir el rol del profesional en Salud Mental en Atención Primaria de la Salud a partir de la Ley de Salud Mental n° 26.657.
- Priorizar el abordaje preventivo y promocional de la salud, desde un enfoque interdisciplinario, afianzando el trabajo grupal y comunitario.
- Brindar cobertura asistencial que sea accesible, oportuna, eficaz, efectiva e integral.

Metodología de trabajo

La reestructuración del abordaje en Salud Mental que se plantea tiene cinco ejes principales de redefinición: Organización en red departamental del recurso humano y los dispositivos; Dispositivo de Pre-admisión y Admisión Interdisciplinaria; Dispositivos de Abordaje; Intervenciones Comunitarias y de Promoción de Salud; y Equipo, Supervisión y Capacitación.



1. Organización en red departamental del recurso humano y los dispositivos

A contraposición del trabajo fragmentado por Centro de Salud que se desarrollaba, la propuesta diagrama incluir la totalidad que distingue subsistemas diferenciados estructuralmente por zonas de georreferencia que integra los centros sanitarios así como los profesionales para integrar una red de atención y oferta terapéutica. La red diagrama puntos nodales de pre admisión, equipos de admisión y dispositivos grupales con interacción constante.

2. Dispositivo de Pre-admisión y Admisión Interdisciplinaria

Cada centro de salud cuenta con un espacio de Pre-admisión que favorece la escucha permitiendo conocer el motivo de consulta y así orientar al consultante respecto del abordaje (dispositivo grupal, admisión, derivación).

El equipo de admisión interdisciplinaria se constituye con la integración de psicología, psiquiatría y trabajo social, aún con el esfuerzo de tener que trasladarse a otro centro de salud. Consiste en una instancia de evaluación e integración junto a la persona para construir el abordaje terapéutico ajustado al consultante. La interdisciplina favorece la intervención desde la complejidad y el seguimiento de los usuarios.

3. Dispositivos de Abordaje

Las propuestas de abordaje disponibles son: tratamiento psicológico individual, tratamiento psiquiátri-

co/farmacológico, abordaje social; dispositivos grupales. La modalidad de intervención tradicionalmente ha sido por excelencia, especialmente en el área de psicología, la orientación o terapia individual. La propuesta actual pretende reforzar los dispositivos grupales, considerando que los beneficios de éstos son amplios en el ámbito de primer nivel de atención en salud. Esto no excluye el abordaje individual, ya que de acuerdo a las vicisitudes de cada paciente podrá ser ésta la opción más conveniente.

Dispositivos grupales: *Grupos de Reflexión de Madres y Padres; Escuela para Padres; Grupos de Mujeres; Grupo de Hombres; Grupos de Adolescentes; Mindfulness para Adultos; Grupo de Hábitos Saludables.*

4. Intervenciones Comunitarias y de Promoción de Salud

El eje de la intervención comunitaria es primordial en el primer nivel de atención de la salud que nos convoca. La posibilidad de trabajar como sistema total que integra diversas conexiones estructurales habilita el pensamiento integral en la propuesta conjunta de acciones comunitarias.

5. Equipo, Supervisión y Capacitación

El quinto eje focaliza en el trabajo interno como equipo, que por la complejidad de nuestra actividad profesional, requiere de atención tanto para lograr un proceso terapéutico de calidad como para asegurar un funcionamiento saludable en nuestros ambientes de trabajo y en cada uno de nosotros. Para ellos se refuerzan los siguientes espacios: *Reuniones de Equipo; Capacitación de Salud mental; Co-visión con Equipos de Instituciones de Segundo/Tercer nivel de Atención o de otro Sector (DGP, ETI, DOAITE); Grupo de Reflexión.*

Conclusiones

Si bien el proceso de evaluación de resultados se encuentra en pleno desarrollo, la experiencia directa de los involucrados permite anticipar algunas conclusiones cualitativas.

El impacto inicial más notable, tanto para profesionales como usuarios, es la mayor capacidad de alojamiento de los consultantes, tanto respecto a su padecimiento como la posibilidad concreta de incluirlos en dispositivos terapéuticos. Han desaparecido las listas de espera y eso resulta en mayor accesibilidad a la salud mental.

La adherencia a los dispositivos grupales tam-

bién ha sido superadora de nuestras expectativas, ya que no solo habilita tiempo y espacio disponible para más personas sino que se evidencia un valor agregado en la promoción de lazos sociales, conociendo su capacidad salutogénica.

El abordaje interdisciplinario nos desafía cotidianamente en la construcción de un lenguaje, de preguntas, miradas y de integración de saberes para acompañar a una persona que busca ayuda. Se ha observado menor indicación farmacológica como respuesta inicial y mayor seguimiento de casos, La interdisciplina nos permite conocernos, valorarnos y cuestionarnos para mejorar la tarea que nos convoca. Descubrimos en este proceso un enriquecimiento de las capacidades profesionales a partir de la interacción, logrando mayor horizontalidad en la distribución de tareas y en la toma de decisiones.

Para concluir, la re-creación del equipo partió de un intenso trabajo de autoobservación de nuestro funcionamiento, de nuestro lugar en la red y todas sus interconexiones con el mesocontexto institucional y macrocontexto psicosocial. Esto nos permite día a día revisar las prácticas y proponer modelos alternativos de abordaje, más sano para nosotros como equipo, para las personas que consultan y para la comunidad. La propuesta de abordaje deviene en un proceso de empoderamiento que ha potenciado el bienestar del Equipo, que abre espacios donde nos recreamos, y ha aumentado compromiso en la labor y la motivación de cada integrante.

Bibliografía

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Recuperado de <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>
- Protocolo de Atención en Salud Mental en APS, Zona Metropolitana Sur (2016). Documento interno desarrollado por equipos de Salud Mental de Área Sanitaria Godoy Cruz, Maipú y Luján de Cuyo.
- Agostino, A.; Carpinello, G.; De la Ilosa, V.; Fischer, G.; Fornetti L.; Nieves R.; Perazzo A. y Sanhueza P. (2014) "Dispositivo de Admisión en Salud mental en el primer nivel de atención" Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional "Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes en la Sociedad argentina contemporánea". Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/42914>
- Comisión consultiva de Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (2015) Marco de Referencia para la Formación del Equipo de Salud. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental. Ministerio de Salud,

Presidencia de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/Doc-Marco-SaludMental-102015.pdf>

- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014) GUÍA BÁSICA - Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-05-06_guia-basica.pdf

Susana Morgado

- Licenciada en Psicología
- Licenciada en Ciencias Psicopedagógicas
- Referente del Equipo Técnico de Municipios y Comunidades Saludables – Municipalidad de Guaymallén
- Docente universitaria
- Dir. Carrera de Licenciatura en Psicología (Univ. Congreso Campus Universitario del Este)
- Doctoranda en Psicología

ARTÍCULO

A PROPÓSITO DE SISTEMAS: PENSANDO EL FENÓMENO DE LA SALUD PÚBLICA

Introducción

En el marco de una investigación en desarrollo, cuyos temas centrales son el acceso y los discursos sociales prevalentes que circulan en el sistema de servicios de salud de Mendoza, se ha considerado de interés profundizar una de las aristas del referido estudio acerca del acceso a la salud pública.

Según Erazo (2015), se admite el enorme desafío planteado al sistema de salud, para contribuir a la mejora en las condiciones de salud de la población, en particular de aquellos sectores sociales más vulnerables; adquiriendo auténtica relevancia.

El autor formula una propuesta desde la perspectiva sistémica, al referir que toda ausencia o precariedad de los sistemas de salud, retroalimenta con efecto negativo los resultados que puedan esperarse al evaluar el sector sanitario. Y en función de ello, postula una mirada en perspectiva, considerando aquellos elementos de orden conceptual y operacional susceptible de ser aplicada a estos sistemas, con la finalidad de trabajar por su optimización, promoviendo una salida de la homeostasis que los cierne en una suerte de gestión inoperante.

Desarrollo

Los aportes del pensamiento sistémico resultan relevantes, si se piensa en estructuras y funciones propias de los servicios de salud, y a partir de ellos proponer las necesarias transformaciones. Entre las partes constitutivas de esta dinámica, se encuentran los programas de salud, su relación con el sistema deservicios, sus actores, y lo más importante, sus usuarios.

En un pronunciamiento realizado por la Organización Mundial de la Salud (2009) se destacan los conceptos del paradigma sistémico, como instancia contributiva para la comprensión y el fortalecimiento del sector salud, estableciendo un punto de apoyo en la valoración de este sistema connotado por la complejidad, de múltiples elementos independientes que interactúan entre sí y con el medio ambiente. Es precisa la consideración de su estructura, de sus diversas variables en inter-juego, puesto que la interacción disfuncional entre ellas, pueden afectar al sistema como totalidad, respecto del logro de sus objetivos.

Desde estos conceptos, se entiende que resultará favorable movilizar a este sistema hacia la innovación, la integración, así como a la optimización en el cumplimiento de su misión, cual es la de promocionar,

asegurar, mantener, cuidar la salud de la población.

Se reconoce el desafío que implica construir diseños orientados hacia una mejor planificación y gestión, superadora de la homeostasis o una suerte de rigidez y entrenar la capacidad para superar las dificultades vigentes, tales como las múltiples barreras en el acceso a los servicios. Desde estas premisas, es que podría avanzarse hacia los cambios esperados.

Además, es de conocimiento general que las instituciones de salud siempre están expuestas a las incidencias del contexto (macro-sistema), donde impera una poderosa influencia de los diseños organizacionales, operando al modo de cuasi-mercados, donde se instaura un modelo de relación proveedor – comprador y que se sostiene en teorías económicas, posicionando a la salud como un bien de mercado. También se sabe que tampoco le son ajenas las situaciones de crisis que afectan su evolución; por ello cabe el cuestionamiento acerca de si es posible pensar en un enfoque salutogénico en la realidad actual de las políticas de salud.

Por este enfoque se entenderá, según Rodríguez, Couto y Díaz (2016) un modelo que plantea acciones en salud orientadas hacia la conservación, bienestar y crecimiento del individuo y las comunidades, propiciando un cambio de pensamiento-acción de salud positiva y una mejor calidad de vida.

Desde este modelo, la calidad de vida será entendida como una combinación de recursos personales, interpersonales, integrales y contextuales de una persona, grupo o de la sociedad en su conjunto. Responde a un orden cualitativo distinto, ya que aporta herramientas necesarias para interpretar en modo más acertado, los problemas de salud de las poblaciones. Da lugar al reconocimiento de la multi-causalidad en el proceso salud – enfermedad, destacando así una suerte de subordinación de lo biológico a lo social y poniendo de relieve el rol mediatizador de la personalidad del ser humano, valorado como un sujeto activo en su vínculo con la realidad.

En esta línea, siguiendo a De Lellis (2006) se destaca la cuestión de los recursos humanos en salud y la necesidad de que sea un tema central a decidirse de modo conjunto, entre aquellas instituciones que tienen por misión la planificación, la regulación e incluso aquellas que se ocupan de la formación de estos recursos. En este sentido, existe consenso en entender por política pública saludable, a un marco de acciones que no quedan limitadas a la asistencia o a la reparación de la enfermedad, sino que pone acento en potenciales salutogénicos

de las personas y las comunidades, a partir de estrategias de prevención y de promoción de la salud; en ese contexto es donde la Psicología y una visión sistémica, tienen importantes potencialidades para desplegar; en particular si se piensa que a diversos problemas de salud, es preciso aportarles respuestas sistémicas, integrales, complejas y centradas en la dimensión histórico – social.

Por tanto, es preciso no descuidar la perspectiva holística en la consideración de toda persona que acude a los servicios de salud en calidad de consultante, sea por encontrarse en riesgo de perder su salud o su necesidad de restaurarla.

Según Blaauw, Gilson, Penn-Kekana y Shneider (2003) existen evidencias acerca de la posibilidad de comprender mejor los sistemas y los cuidados de la salud, en tanto sean considerados como sistemas adaptativos complejos de carácter socio-político y cultural. Se trata de modelos de complejidad dinámica que se caracterizan por ciclos interactivos y de retroalimentación, donde sus resultados jamás pueden ser extrapolados a típicas representaciones lineales (causa – efecto); sino que por el contrario, y puntualmente hablando de salud pública, se traza en ellos, una extensa red de circuitos entre las variables que operan en mutuas influencias; variables sociales, económicas, políticas y culturales.

Si se persiste en concebir a estos sistemas desde representaciones puramente lineales, prevalecerán propuestas de intervenciones aisladas, poco eficientes en salud o con potencialidad como para alterar el necesario equilibrio, influyendo en los subsistemas que terminarían por resistir a estas intervenciones con el fin de evitar que el sistema cambie, llevando a lo que se ha definido como una “resistencia política”.

Es posible profundizar este tema, haciendo referencia a los trastornos o disfunciones en los sistemas de salud, conocidos como “barreras de acceso”; de las que no es posible desentenderse en tanto dan cuenta de derechos aún no ejercidos por parte de las personas. En este sentido, Comes, Solitario, Garbus, et.al. (2010) refieren que son limitantes de las posibilidades de las personas para hacer uso de los servicios de salud.

Barreras geográficas, económicas, administrativas u organizacionales, culturales y/o religiosas que pueden obstaculizar las relaciones entre el personal de servicios y la población y que son planteados por las autoras, como un problema de encuentro –desen-

cuentro entre la población y el sistema de salud; sostienen que es ineludible la inclusión de prácticas más asertivas para terminar con estas disfunciones.

En este macro-sistema, en este contexto de políticas públicas, es que se plantea la necesidad de revalorizar la estructura y funcionamiento del sistema de salud.

Conclusiones

Los aportes desde una perspectiva sistémica al campo de la salud, cobran verdadera importancia, en tanto que convocan a una mirada ampliada y ponen en valor a la trans-disciplina, en el tratamiento de temáticas que le son inherentes.

Muchos investigadores y profesionales de las ciencias de la salud, asumen que en la medida en que el conocimiento y las prácticas cobran progresivamente mayor especialización, surge la necesidad de sumar esfuerzos para trabajar en soluciones, ante las problemáticas cada vez más complejas que se presentan en el orden social, de allí también, el requisito de interactuar entre los referentes de distintas disciplinas, estrategia que contribuye a identificar nuevos modos de reflexión y de abordaje.

Siguiendo los conceptos de Carceller Maicas (2017) se entiende que lograr un buen sistema de salud, que trabaje por y para el conjunto de la sociedad, implica un desafío posible, pero que estará amenazado toda vez que las opiniones, los saberes cotidianos y las necesidades de la gente, sean ignorados.

La autora sostiene que la gestión de los problemas sociales y sanitarios, debe ser pensada desde un punto de partida que se identifique con aquellos espacios, oportunidades y prácticas promotoras de los colectivos que están implicados.

Se trata entonces de considerar al sistema de salud integrado por sus diversos actores, con auténtico reconocimiento de sus saberes y experiencias; logrando así un nuevo saber sincrético que exceda la suma de los saberes individuales (Betancourt, 2013). También hay lugar para postular aproximaciones complementarias que posibiliten diálogos entre saberes en interacción, que contribuyan a la construcción de un nuevo conocimiento, puestos al servicio de la mejora en el quehacer del campo de la salud.

Bibliografía

- Betancourt, J. A. (2013) Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Revista Panam Salud Publica*, 34(5):359-63.
- Blaauw D, Gilson L, Penn-Kekana L. y Shneider, H. (2003) Relaciones organizacionales y el "software" de la reforma del sector salud. Documento de antecedentes preparado para el Proyecto de Prioridades de Control de Enfermedades, Fortalecimiento de la Capacidad y Reforma de la Gestión. Johannesburgo: Centro de Políticas de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de Witwatersrand. Sudáfrica.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czemiecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R y Stolkiner, A. (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones XIV*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>. ISSN0329-5885
- Carceller-Maicas, N. (2017) Transdisciplinariedad y salud: compartir conocimientos para enriquecer el saber. DOI: 10.17345/9788484245810 Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/318505681>
- De Lellis, M. (2006). *Psicología y Políticas Públicas de Salud*. Buenos Aires. Editorial Tramas Sociales
- Erazo A. (2015) Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 38(3):248-53.
- Organización Mundial de la Salud (2009) Pensando en el fortalecimiento de los Sistemas de Salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf
- Rodríguez, M., Couto, M. y Díaz, N. (2016) Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. Recuperado de: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/>
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., Hernán, M. y García Moya, I. (2013) Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/245024472>

Javier Moreno

• Licenciado en Psicología
• Tesista de la Maestría en Psicoterapia Sistémica
• Docente de Grado Universitario

Casística

RESILIENCIA FAMILIAR COMO RESPUESTA FRENTE A LA VIOLENCIA

Al momento de considerar múltiples variables interrelacionadas entre el modelo sistémico y la salud pública, lleva a pensar sobre la realidad compleja por las que transitan aquellos individuos a quienes nuestra labor como agentes de salud nos enfrenta. En estas demandas asistimos a problemáticas diversas, graves y urgentes, que requieren de la construcción conjunta de soluciones a la vez de estimular el crecimiento y fortalecimiento familiar que mantenga los logros alcanzados.

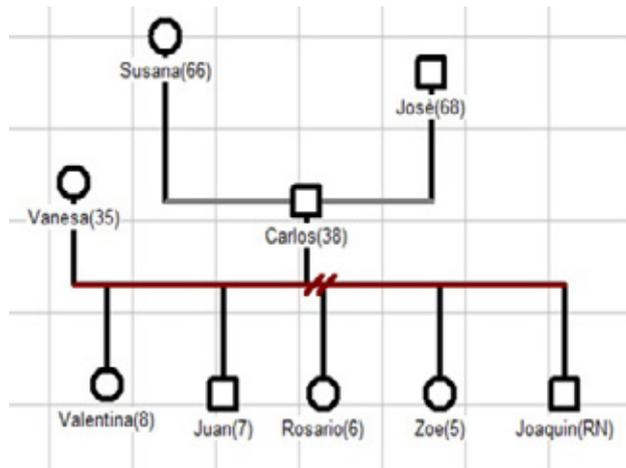
El modelo sistémico, nos brinda la posibilidad de conocer a la persona en la manifestación multidimensional de sí mismo, como un semejante que sufre y que, cuando es capaz de decidir hacer algo con ese malestar que lo aqueja, solicita nuestra ayuda como profesionales, con la esperanza de poder encontrar alivio y una respuesta para resolverlo.

Crear que la salud es opuesta a enfermedad, es una equivocación en la epistemología de atención frente a los consultantes, que acota nuestra labor profesional, por tanto, es indispensable considerarla como un proceso teniendo en cuenta el malestar, los recursos que las personas disponen y que se manifiestan en la multidimensionalidad de la experiencia. Es decir, es necesario pensar a la salud desde una mirada amplia, desde la gestión positiva, a la hora de poder conocer algunos factores que llevan a construir su realidad y que serán foco de la acción profesional.

He seleccionado un caso desarrollado durante 2018 en un Refugio Temporario para Mujeres que han transitado situaciones de Violencia de Género, en el Área Metropolitana del Gran Mendoza, el cual, se encuentra bajo resguardo su ubicación por medidas de seguridad; refugio del que formé parte del equipo pro-

fesional interviniente, como responsable del abordaje psico-social de los hijos de las mujeres, que los suelen acompañar en su estadía allí. Descripción de la situación:

Genograma familiar (todos los nombres y edades aproximadas son ficticios)



La situación llega al Refugio, proveniente desde otro departamento de nuestra provincia, donde Vanesa (la progenitora de los niños) logra escaparse con sus hijos, mediante el pedido de ayuda a los organismos correspondientes, por lo cual, se ponen en marcha los dispositivos estatales programados para este tipo de situaciones.

Entre los profesionales intervinientes que realizan el primer abordaje, que asistieron a Vanesa al inicio del padecimiento de hechos aberrantes hacia ella en el seno familiar y las autoridades a cargo del refugio donde quedaría alojada (en otra localidad), se acordó que ella y sus hijos fueran trasladados allí como primera medida de protección, considerando la lejanía y anonimato del sitio. Se consideró también como un factor favorable que Vanesa cuando era joven había residido en el departamento que se ubica el refugio, por lo que, tendría mayor factibilidad que la familia pudiera establecer su centro de vida allí, entiendo que la familiarización con la comunidad actuaba como factor protector.

La mujer, al momento de ser trasladada junto a los niños, se encontraba embarazada de Joaquín, situación que aumentaba la vulnerabilidad de Vanesa por lo que su estadía en el refugio debió pasar los plazos estandarizados, breves, que resuelven la situación puntual de salida del hogar violento. Se trabajó para lograr el acuerdo institucional que permitiera su permanencia junto a sus hijos en el refugio. Este hecho de permanen-

cia excepcional y acompañamiento cotidiano, favoreció la salida de una grave situación de vulnerabilidad que inicialmente era vivida como un anclaje al lugar violento de convivencia.

La relación entre los miembros de la pareja, duró más de una década. Las situaciones de violencia ejercida hacia ella respecto del progenitor de sus hijos, fue abrumadora, a punto tal, que él renunció a su trabajo, años atrás, a fin de poder incrementar el control ejercido sobre ella. El progenitor no habría ejercido violencia de manera directa hacia los niños, aunque convivieron con la pauta de sometimiento constante.

La estructura del sistema familiar era endeble, las fronteras, tanto internas como externas, se encontraban totalmente permeables, los roles de los diferentes subsistemas desdibujados y en el clima emocional dominaba la tensión y frustración constante de los miembros.

Existía una modalidad relacional dentro del sistema familiar, en la que la comunicación entre la progenitora y los niños era ineficaz y confusa, ya que ella procuraba enseñarles a adoptar pautas de conducta apropiadas mediante castigos verbales y/o físicos, los cuales, no solo no generaban el efecto esperado, sino que incrementaba el malestar en ellos. La manera en que ellos se vinculaban, se encontraba dotada de marcados episodios de impulsividad y agresividad, convirtiéndose en una pauta sostenida por todos los miembros dentro del sistema familiar.

Los niños, manifestaron que, si bien su progenitora no era una persona agresiva en cuanto al trato para con ellos, en reiteradas ocasiones existieron episodios de violencia física hacia ellos en cuanto a la puesta inefectiva de límites.

Nuestra labor como equipo, en coordinación con las operadoras y autoridades del refugio, estuvo dirigida hacia el diagrama de objetivos concretos con el grupo familiar y comenzar a trabajar sobre modificaciones relacionales específicas para lograr que la convivencia sea lo más armoniosa posible.

Tuvimos que establecer prioridades: articulamos acciones de asistencia clínica con un centro de salud, para que los niños pudieran realizarse los controles de pediátricos anteriormente inexistentes y Vanesa tuviera controles de embarazo; coordinamos con el área de trabajo social del hospital público, donde Vanesa daría a luz a Joaquín, para favorecer la contención y cuidados sobre el proceso de gestación y alumbramiento acompañado, considerando lo delicado de su situación; gestionamos cambio de escuela para que los niños asistan potencian-

do la experiencia de relaciones positivas en el ámbito educativo; se los inscribió en una guardería, para acompañar el cuidado de los niños, a contra turno de la escuela; se los inscribió en escuela de verano del municipio con el fin de estimular el juego – emocionalidad positiva – interacciones agradables; otorgamos ayudas económicas esenciales para facilitar el sostenimiento económico del grupo familiar; acompañamos en la búsqueda de alquiler de vivienda, tramitamos la renovación de los documentos de identidad, entre otros. Estas tareas llevadas a cabo por el equipo profesional tenían impacto directo en la promoción de la salud del grupo y su fortalecimiento de manera de propender a una salida del circuito de sometimiento y violencia.

Desde lo individual, la labor como psicólogo estuvo dirigida a contener emocionalmente a los niños frente a los altos niveles de angustia que evidenciaban como respuesta a las vivencias sufridas y los cambios que se encontraban transitando; acompañarlos en el proceso de aceptación y adaptación a su nuevo centro de vida; realizar abordaje sobre cómo era la inserción de los niños en nuevos espacios proponiendo las modificaciones que fueran necesarias; acompañar a Vanesa en el ejercicio de la parentalidad positiva, entre otros.

Los niños pese a las situaciones sufridas en la convivencia familiar, solicitaban ver a su padre. Las normativas vigentes no lo permitían.

En una oportunidad, se acordó una reunión con el progenitor y abuelos paternos de los niños, luego de reiterados incumplimientos de las medidas judiciales de parte de éstos ya que, por ejemplo, se presentaron en el colegio donde concurrían los niños y se pudieron acercar a ellos, violando las medidas vigentes y provocando grave confusión en el ánimo de los chicos. Por esto, desde el equipo se tuvo que trabajar sobre el aspecto legal – relacional – afectivo debido a la imposibilidad de contacto entre el padre y los niños y su ex pareja, como otra tarea técnica propia del trabajo profesional en el abordaje de estas problemáticas.

Finalmente, luego de un arduo trabajo acompañando al sistema familiar, con marcada resistencia a transitar algunos cambios, fueron capaces de sostener su estructura, re diseñar nuevas pautas de relación y su homeostasis se vio alterada de manera positiva y saludable. El clima emocional dejó de ser violento, se fortaleció el apego y pertenencia, los roles de los subsistemas se tornaron claros.

Los niños comenzaron a respetar horarios; aceptar algunos tipos de comidas que no eran

habituales; concluir las tareas de la escuela; morigerar el trato agresivo hacia su progenitora y las operadoras del refugio; adoptaron pautas de higiene; la vinculación con sus pares, en la escuela, en la guardería y en la escuela de verano, mostró alegría, actividad lúdica y simetrías.

Lograron mudarse a una vivienda alquilada, donde pudieron ser capaces de sostener una modalidad similar a la que adoptaron en su estadía en el refugio y su centro de vida no transitó alteraciones imprevistas.

Vanesa y sus hijos continúan con acompañamiento de los organismos correspondientes, desarrollando una vida dentro de los parámetros considerados apropiados dentro del ciclo vital esperable para una familia y protegiendo el desarrollo integral de los niños y si misma.

El caso expuesto, ejemplifica que las personas en situaciones de extrema vulnerabilidad pueden desarrollar sus potencialidades y tornarse resilientes.

Fue crucial el trabajo en equipo, la intervención creativa, el abordaje en un escenario amplio, interinstitucional y el uso de herramientas psicológicas apropiadas a la demanda diversa que planteaba cada momento transitado por la familia. Son los profesionales, sus mapas y sus técnicas las que deben adecuarse a las personas con las que intervenimos y no al revés.

Teniendo en cuenta a la salud como proceso y al psicólogo que ubicado como eslabón del mismo hace posible encontrar salidas de laberintos de sufrimiento.

Mi mayor gratitud por permitirnos acompañarlos en estos procesos de cambio.

Bibliografía

- Gómez, E, & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. Revista de Psicología, 19(2),103-131. ISSN: 0716-8039. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26416966005>

Carolina Chacón Myriam Novoa Virginia Llera

• Psicóloga clínica • Psicóloga clínica • Médica psiquiatra
 • Master en intervenciones en • Centro de Estudios, Asisten- • Analista grupal
 psicoterapia en Salud Mental cia e Investigación en Neuro- • Conexión Centro preventi-
 • Jefa del Servicio de Psi- ciencias (CESASIM) vo asistencial en adicciones
 cología del Hospital El Sauce • Servicio de Psicología del y en Hospital Fernando Arenas Raffo (Santa Rosa)
 Hospital El Sauce

Experiencia Institucional

¿CONSTRUYENDO POSIBILIDADES EN UN HOSPITAL MONOVALENTE?



El objetivo de este texto es poder compartir la historia de una serie de acontecimientos y de experiencias de trabajo que se realizaron en un hospital público monovalente, revisando retrospectivamente las diferentes acciones que se fueron llevando adelante en un contexto laboral que podríamos definirlo como rígido, aunque consideramos que sus narrativas están cambiando, favoreciendo nuevas perspectivas. Queremos narrar acerca de cómo se fueron incluyendo prácticas de orientación sistémica durante los últimos 15 años, reconstruir una línea de tiempo y construir nuevos relatos para transformar y transformarnos.

Nuestros primeros pasos comenzaron por el año 2004. Recientemente habíamos ingresado como profesionales al hospital. Estábamos entusiasmadas con las

llamadas "terapias posmodernas". Eran enfoques novedosos que nos invitaban, y por momentos nos desafiaban, en una serie de premisas con las que hasta ese momento habíamos compartido en nuestro quehacer profesional.

Estamos hablando de la Terapia Narrativa, la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Colaborativa. Modelos que entienden la terapia como un proceso conversacional en el que los consultantes y los terapeutas co-construyen nuevos significados, historias alternativas, posibilidades y soluciones. Si bien existen importantes diferencias entre ellas, comparten algunas premisas básicas sobre el lenguaje, el conocimiento, los problemas, las relaciones interpersonales y la identidad. Lo que más nos entusiasmó cuando nos acercamos a estos modelos fue el lugar que ocupaba el lenguaje, "las sutilezas del lenguaje" como constructores de nuestra experiencia. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido, las palabras que utilizamos le dan forma en gran medida a nuestras ideas y al significado de nuestras experiencias.

Desde estas perspectivas, la terapia es vista como un proceso conversacional, un proceso generativo mutuo en el cual emergen nuevos sentidos: diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas. Al respecto Anderson (2012) nos dice:

"la conversación es un fenómeno lingüístico: un proceso de generación de sentido. Su naturaleza transformacional se apoya en la naturaleza dialógica de la conversación y en su capacidad de re-contar los sucesos de nuestra vida en el contexto de un sentido nuevo y diferente. El cambio emerge en y a través de las re-descripciones generadas por el contar y recontar historias... La persona cambia en relación con ellas: el propio ser narrador cambia." (p.155)

¿Se podía llegar a esta dialógica en el Hospital?, esa era nuestra pregunta. La respuesta la fueron marcando algunos hitos constructores a lo largo del tiempo:

- **El trabajo del Dr. Jorge Barandica:** pensar en terapia sistémica en el hospital nos referenciaba inmediatamente al Dr. Barandica. Su trabajo con familias introdujo la perspectiva sistémica en el Hospital que junto a sus supervisiones facilitaban pensar nuevas alternativas y contextos de significación.

- **Terapia grupal Narrativa: una experiencia hospitalaria (Llera, Chacón, 2004/05).** La experiencia se desarrolló en el Servicio de Consultorios Externos de un Hospital público monovalente de Salud Mental. Institución teñida

por un discurso predominante biológico/farmacológico, el cual conlleva a una cosificación de las personas y de sus cuerpos. Pretendíamos integrar el discurso médico y psicológico, lograr una mirada que permitiera ingresar en un mundo de intercambios, de relaciones, en el que las experiencias pudieran entramarse en la co-construcción de relatos personales y grupales. El espacio de trabajo pretendía que surgieran otras historias, con finales abiertos y esperanzadores.

El grupo estuvo conformado por 9 mujeres, que solicitaron atención en salud mental de forma ambulatoria. Sus edades oscilaban entre los 25 y 40 años, de nivel socioeconómico bajo, con estudios básicos completos y una historia compartida de maltrato. Al momento del ingreso presentaban diagnósticos de depresión y trastorno de ansiedad. El trabajo grupal tuvo una duración de 8 meses, con sesiones grupales quincenales. Se utilizaron las técnicas de externalización del problema, preguntas de influencia y la práctica lingüística de deconstrucción. El proceso incluyó controles farmacológicos. Los resultados informan que las 7 pacientes que cumplieron el proceso psicoterapéutico mostraron: disminución de los síntomas, mejor respuesta a la medicación y cambios significativos en sus relaciones interpersonales y en la imagen de sí mismas. Como hecho innovador fueron dadas de alta.

- **El ingreso de estudiantes de Psicología de la Universidad del Aconcagua que solicitaron realizar su trabajo de Tesis en el Hospital:** los estudiantes traían nuevas ideas y propuestas de intervención. Así surgió el trabajo: *El uso de conversaciones terapéuticas en un grupo de pre-alta en un Servicio de internación (Chacón, Missaglia, Sacchi, 2006/2008)*

Se implementó un dispositivo grupal de pre-alta en un servicio de internación durante 9 meses. Se propuso crear un contexto motivacional para el cambio desde el ingreso a la internación. El objetivo era que los pacientes enlazaran con los tratamientos ambulatorios desde una posición activa y atribuyendo alta credibilidad al proceso terapéutico. Las premisas que guiaron nuestro trabajo se enmarcaron dentro del construccionismo social. Entre ellas se destacaba el considerar la terapia como una construcción/narración susceptible de ser negociada en la interacción social y reemplazadas por otras más saludables. Estas construcciones pueden entenderse como juegos de lenguaje.

Por el grupo pasaron 87 pacientes internados ingresados de manera rotativa, una vez por semana. Se

utilizaron prácticas lingüísticas orientadas a construir conversaciones sobre avances y mejoras, focalizando en los recursos de los pacientes y construyendo narrativas que tuvieran más movilidad y enlazaran con los tratamientos ambulatorios. En una segunda etapa se evaluó la experiencia grupal con entrevistas individuales a pacientes que habían asistido al grupo. De los 87 pacientes que asistieron se pudo entrevistar 26 y con el resto se valoró la continuidad con los registros de las historias clínicas. El 72% se encontraba en tratamiento ambulatorio.

- **La Universidad del Aconcagua construye una Cámara de Gesell en la parte de Consultorios Externos del Hospital (2009):** esto favoreció que comenzáramos a trabajar en conjunto con otros profesionales, una herramienta que nos permitió entrevistar en conjunto y comenzar a intercambiar puntos de vista con respecto a nuestros modelos de intervención. Conversar acerca de nuestros puntos de vista y revisar nuestras prácticas. En esta época comenzó a gestarse la Ley Nacional de Salud mental que sería promulgada en el 2010 y reglamentada en el 2013. Un cambio de paradigma que impulsó un cambio enorme en nuestra forma de trabajar.

- **La propuesta innovadora en el trabajo de fin de residencia de la Lic. Myriam Novoa (2016):** Frente a los diagnósticos tradicionales, estáticos y categoriales, se ofrecen distintas herramientas para pensar el diagnóstico como un proceso de construcción constante, en la cual el terapeuta con sus distinciones construye la realidad que distingue. Se rompe con la visión lineal en la cual, a la etapa del diagnóstico le sigue la de la intervención, poniendo de relieve la imposibilidad de separar nuestras distinciones diagnósticas de nuestras intervenciones. Así desde esta epistemología, el diagnóstico se nos presenta como un proceso continuo de construcción, en el cual terapeuta y consultante en forma colaborativa construyen nuevas alternativas.

- **Se incluye en el programa de la residencia un seminario de Terapia Sistémica (2018).** A partir del interés de algunos residentes que no veían reflejada en su formación un espacio acorde a sus posicionamientos epistemológicos, los jefes de residentes coordinaron con la Dirección de Salud Mental para incluir en la formación otros modelos teóricos. Así comenzó este seminario, que, si bien tiene un espacio muy restringido en relación a los otros enfoques, rompe con la predominancia del modelo psicoanalítico, distintivo de la formación del residente.

- **En 2019 ingresaron al Servicio de Psicología profesionales con diferentes modelos de trabajo. Apertura del**

consultorio familiar en el Hospital. Los cambios en la amplitud de perspectivas se fortalecen con este nuevo eslabón en la narrativa institucional.

Vemos en la línea de tiempo saltos temporales y discontinuidades, a la hora de implementar o mantener abordajes distintos a las prácticas tradicionales. Es justamente esta discontinuidad lo estable en la salud pública. Las urgencias y los modos de atención tradicional se esfuerzan por imponerse. Las transformaciones son paulatinas y requieren de una siembra constante.

Es difícil permanecer en un campo de trabajo donde las tensiones y luchas de poder son permanentes. Eso hace que por momentos algo que costó mucho instalar y cuidar de un día para otro se cambie. Pero, aun así, en un contexto complejo y difícil como es un hospital monovalente, seguimos avanzando y creando posibilidades para trabajar con y para otros. Sabemos que todos estos pasos son efecto de esperanzas compartidas.

Creemos en las conversaciones como fuentes de transformación, parafraseando a Anderson (2012) sostenemos que la forma en la que pensamos y hablamos de nuestros problemas o dificultades puede contribuir a que nos hundamos más en ellos o podamos contemplar nuevas formas de verlos, de solucionarlos o de transformarlos... mancomunadamente.

Julia Zúñiga

- Licenciada en Psicología (UDA)
 - Tesista de la Maestría en Psicoterapias Sistémicas
 - Docente Investigador de la UDA
-

Reseña

“DEL RELOJ A LA FLOR DE LOTO. CRISIS CONTEMPORÁNEA Y CAMBIOS DE PARADIGMA” de Ana María Llamazares

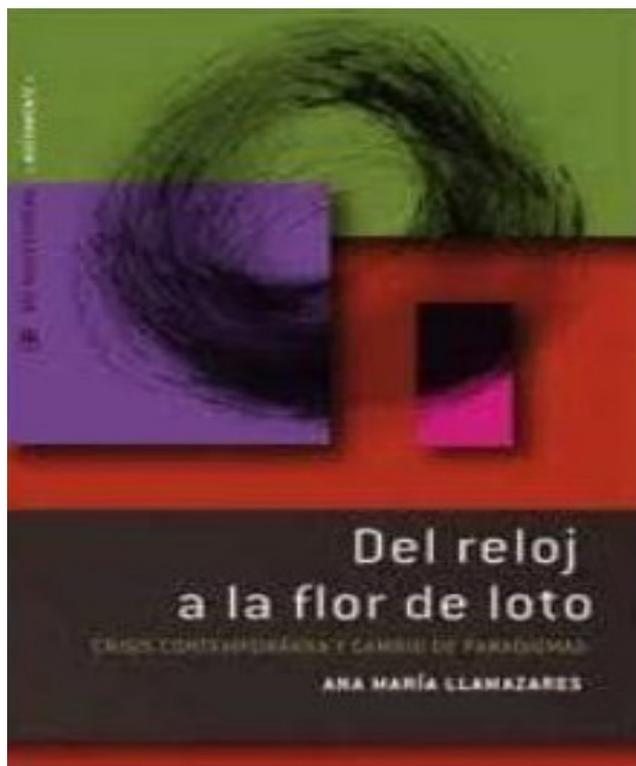
Desde su nombre este libro evoca una metáfora cautivante y llena de esperanza epistémica. Siendo esta flor un símbolo sagrado que se asocia a la espiritualidad en diversas concepciones y tiempos, en esta obra es representante de la vida, la consciencia y las ciencias contemporáneas anheladas. La crisis de la que habla Ana María implica el entrecruce de estas ciencias y existencias, con otras teñidas por los vestigios del reduccionismo mecanicista Moderno.

Su aporte resulta valioso en la ardua tarea de generar y cultivar una visión sistémica-relacional y compleja, tanto para quienes se encuentran en algún lugar del camino académico como para aquellas/os que nos titulamos como profesionales de la salud mental.

Contiene un claro y vasto recorrido por los paradigmas de la historia occidental desde el nacimiento de la Modernidad, acompañado por un plus de riqueza epistemológica puesta en la luz del escenario. Como trasfondo del mismo presenta una postura amorosa e igualitaria que desde la perspectiva psicológica sistémica se asocia a una ética en nuestras maneras de ser y hacer de profundo respeto y co-construcción.

Por momentos, la autora me recuerda a nuestro admirado Gregory Bateson (ambos antropólogos) con quien comparte el “ojo interrelacional y holístico”, esa especial capacidad de interconectar todo con todo invitando al desarrollo de una perspectiva cósmica y una consciencia colectiva.

Presenta una pluralidad de nociones conceptuales, entrecruce de lo novedoso y los saberes tradicionales. Destacable por su impacto en las ciencias de la mente y la conducta es la visión energética, donde Llamazares refiere que continuamos sustancializando algo que per se resulta insustancializable. Define: “Energía es por naturaleza un ser-no ser, un ser-siendo, un



ir y venir (...) es una relación, un constante fluir.” (p. 362)

Qué maravilloso cambio que esta concepción puede traer aparejado en la manera en la que aprendemos y comprendemos las identidades, funcionalidades y disfuncionalidades personales, vinculares y sociales, entendiendo la mente en interconexión permanente con el cuerpo, el alma, las relaciones con otros/as y los múltiples contextos en los cuales ha emergido su existencia (energías).

Recomiendo en el camino académico: “Entramado epistémico del paradigma occidental moderno” para obtener claridad respecto de la magnitud de los cambios epistemológicos. También “Hacia una nueva realidad física” y “La visión holística del cosmos y de la vida” en pos de sumar saberes que aporten a la integración sistémica.

Para los/as terapeutas sistémicos/as resultaría fundamental leer a consciencia (y todas las veces que resulte necesario en pos de repensar): “El salto hacia lo holístico: un gran desafío” en donde describe qué necesitamos para renovar nuestras formas de comprensión desde el paradigma holístico-transdisciplinario, entrecruce de ciencia, arte, espiritualidad y lenguaje sagrado y: “Hacia una antropología de la consciencia”. Ambos “joyas de la joya” en donde la autora trasciende las convergencias y divergencias para generar una luz integradora.

Un libro de variados conocimientos, para leer y re-leer una y más veces con la mayor apertura que nos sea posible.

Sofía Grzona

- Docente Investigador (UDA)
 - Tesista de la Maestría en Psicoterapias Sistémicas
 - Licenciada en Psicología (UDA)
-

Reseña

“TE DOY MIS OJOS” de Icíar Bollaín

En medio de la noche, visiblemente asustada, Pilar arma un bolso, toma a su hijo y va a refugiarse en casa de su hermana, escapa de su casa donde es víctima de violencia por parte de su pareja.

Pilar va recomponiéndose de a poco. Comienza un modesto trabajo y se hace de un pequeño grupo de amigas. Mientras, Antonio, su marido, intenta recuperarla empezando terapia.

El sistema de creencias que circunda a Pilar se resume en las palabras de su madre: “Una mujer nunca está mejor sola”. El amor romántico la acompaña cuando recuerda su propuesta de matrimonio... Con la ilusión de reconstruir su familia y las promesas de cambio reinician su pareja. Antonio le pide a Pilar que le regale todo, hasta sus ojos, a lo que ella está plenamente dispuesta en nombre del amor.

Habiendo retomado su convivencia, Antonio, molesto con una situación familiar, le pregunta a Pilar en qué está pensando. Si Pilar responde que tiene razón su familia, Antonio se enoja con ella. Si Pilar responde que es él quien tiene razón, Antonio se enoja aún más y le dice que lo está tomando por tonto. Frente a esta situación Pilar intenta no dar ninguna respuesta, intenta no comunicar. Pero esto no es posible y, es tal el enfrascamiento en su circuito intrapsíquico, que aún la falta de respuesta es interpretada como una confirmación de su hipótesis: lo está tomando por estúpido.

Observemos las pautas del doble vínculo. Una relación estable y de dependencia vital, en la que de manera repetida se instala un doble mensaje. El primer mensaje podría describirse como: “si me tratas como estúpido, te voy a agredir” o “si no estás de acuerdo conmigo, me voy a enfurecer” Y un segundo mensaje consistiría en el pedido de una respuesta que contradiga este pensamiento de ser considerado inferior, lo cual es imposible. Finalmente, nos encontramos con prohibición de escapar del campo. Antonio es su marido,



el padre de su hijo, es su deber como mujer acompañarlo, en ningún lugar estará mejor que con él, él la ama y hace todo lo que hace por amor a su familia. Lo de hoy es sólo un exabrupto. Él está intentando cambiar.

Las interacciones violentas se instalan sutilmente. Circuitos de retroalimentación positiva actúan en el marco de lo permitido, moldeando lentamente los límites de lo aceptable. En algún momento Pilar arriba a la siguiente conclusión: si ninguna respuesta es correcta, posiblemente sea yo la equivocada. La estructura del acuerdo es clara: en una sociedad patriarcal es el varón quien ostenta el poder. Los mandatos de género aportan lo suyo.

Tanto la ficción como la realidad encuentran en el empoderamiento y la sororidad la posibilidad de ruptura del sistema. Ambas en conjunto desestabilizan el diferencial de poder que otorga a muchas Pilares la posibilidad de volver a ver con sus propios ojos, esos ojos ofrendados en nombre del amor y recuperados en nombre propio.

Docentes Investigadores

Sofía Grzona
 Julia Zúñiga
 Marcelo Ahumada
 Marcela Wozny
 Julieta Molina

Tutora

Beatriz Sabah

Póster

TRANSICIONES EN LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EXPRESADAS EN LAS CONSULTAS PSICOLÓGICAS DE PAREJA

Introducción

Las parejas heterosexuales se enfrentan a un complejo desafío ante la metamorfosis actual de los estereotipos de roles de género. En cada pareja confluyen de múltiples maneras, elementos de los modelos tradicionales junto a aspectos que rompen con las normas de comportamiento preestablecidas para varones y mujeres.

Esta investigación tuvo como objetivo explorar los estereotipos de género presentes e identificar en etapas las transiciones de los estereotipos en las consultas psicológicas de pareja.

Metodología

Se trató de un estudio de alcance descriptivo-relacional cualitativo con un diseño interpretativo. Participantes: ocho parejas heterosexuales que asistieron a consulta psicológica y accedieron a ser incluidas en la investigación a través de un consentimiento informado. Instrumentos: Cuestionario sociodemográfico y entrevista clínica, con la que se realizó análisis de contenido. Para aumentar la confiabilidad y validez de la información obtenida se efectuó una triangulación de jueces.

Resultados Preliminares

Pudimos observar en las entrevistas realizadas



conocimiento y las prácticas cobran progresivamente mayor especialización, surge la necesidad de sumar abnegación como características femeninas serían estereotipos en transformación.

Las transiciones en los estereotipos tendrían, desde nuestro análisis, una dimensión individual y otra interaccional. Ambas entran en conflicto, especialmente cuando uno de los miembros de la pareja ha modificado sus estereotipos y el otro miembro continúa sosteniendo estereotipos tradicionales.

Una persona puede pasar por distintos grados de un continuo que van desde la rigidez (cumplimiento del estereotipo) hasta la flexibilidad, lo que supone una modificación de las expectativas prefijadas sobre la conducta. Esta flexibilidad implicaría la aceptación del partenaire y la confirmación de su propia autodefinición, en tanto esta no sea perjudicial para ningún miembro.

La modificación individual de los estereotipos de género favorecería la tendencia a la simetrización de la pareja, por lo que su dinámica relacional se encontraría asociada al consenso y a la construcción de pautas igualitarias, que se manifestarían en situaciones y terrenos o áreas de complementariedad alternante.

Sin embargo, la cultura patriarcal- que propone un modelo de complementariedad estable con superioridad y dominación de los hombres sobre las mujeres- aparecería como una tercera dimensión moduladora de estos cambios. Cuanto más naturalizadas se encuentran las "reglas" culturales del patriarcado, más solapadas

actuarán bajo la superficie relacional.

En conclusión, las parejas heterosexuales pueden verse problematizadas en sus formas de interacción de diversas maneras por el entretrejo de lo tradicional y lo emergente en cuanto a estereotipos de género, sumado a las reglas socio-culturales que agregan complejidad a esta red.

Una variante de esta problematización es que mientras mayor sea la distancia entre los miembros de la pareja en el continuo de lo tradicional a lo innovador, mayor sería la posibilidad de conflicto.

Será necesario continuar profundizando en las posibilidades de este entramado.

Natalia Pirán

- Licenciada en Psicología (UCCuyo)
- Magister en Psicoterapia Sistémica (UDA)

Resumen de Tesis de Maestría

AUTOESTIMA, FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN ADOLESCENTES

Resumen

En el presente trabajo se analizó la relación existente entre la autoestima, la funcionalidad familiar y el rendimiento escolar en adolescentes de la provincia de San Juan, Argentina de entre 17 y 25 años que estudian en una institución educativa de nivel medio en horario nocturno.

La investigación realizada se desarrolló con una metodología que incorpora métodos cuanti-cualitativos, es decir se trata de un enfoque mixto. El diseño de investigación, es no experimental, y corresponde con un diseño transversal. Responde a una investigación descriptiva, y a su vez corresponde con un diseño correlacional ya que se busca relatar la relación de tres variables de estudio, la autoestima, el funcionamiento familiar, y el rendimiento escolar.

La muestra estuvo compuesta por 140 alumnos; a quienes se los organizó según su rendimiento académico, tomando en cuenta el promedio de cada uno de ellos; a estos sujetos se les administraron dos técnicas; la escala de Rosenberg, para evaluar la autoestima y el cuestionario FACES III, para apreciar el funcionamiento familiar. Palabras claves: Autoestima, Funcionalidad familiar, Rendimiento escolar, Adolescentes.



Ana Belén Zeferino

• Abogada
• Magister en Psicoterapia Sistémica (UDA)

Resumen de Tesis de Maestría

PAUTAS DE INTER- ACCIÓN FAMILIAR EN SITUACIONES DE IMPEDIMENTO DE CONTACTO Y MEDIACION PENAL



Padres varones impedidos del contacto de sus hijos/as luego de la separación conyugal

El propósito de este trabajo es identificar y describir las pautas de interacción familiar presentes en los casos en que, luego de la separación de la pareja, la progenitora impide el contacto de sus hijos/as con el padre no conviviente, para luego encontrar similitudes y diferencias entre ellos, así como analizarlos a la luz de las pautas descritas por la teoría respecto a familias funcionales. Nuestro interés en conocer estas pautas de interacción, se relaciona con la dificultad para resolver los expedientes que llegan a Mediación Penal, ya que conforme a la estadística del Cuerpo de Mediadores del Poder Judicial de Mendoza, es alto el número de actuaciones con resultado sin acuerdo.

A través del sistema de seguimiento de expedientes del servicio de Mediación Penal del Cuerpo de Mediadores, también hemos advertido que, en aquellos casos en los que se alcanza un acuerdo de contacto entre padre e hijos/as -que corresponde a un bajo porcentaje- no se sostienen en el tiempo. La exploración y la ulterior descripción de estas pautas, junto a la comparación con las descritas por la teoría, en familias funcionales, nos permitió analizar donde radica la dificultad para lograr acuerdos, y a partir de allí y como proyección de la presente investigación, pensar en otras estrategias y/o abordajes que complementen y faciliten resultados positivos en el proceso de mediación penal.

La investigación se llevó a cabo en el marco de la Mediación Penal del Cuerpo de Mediadores del Poder Judicial de Mendoza. Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico, con una muestra de 10 madres y 10 padres. Se aplicó una entrevista semi-estructurada, cualitativa en profundidad a aquellas personas que dieron su consentimiento.

Trabajamos con categorías temáticas y el análisis que se realizó fue a través del programa de análisis cualitativo Atlas.ti.

Convocatoria

Se invita a los egresados, alumnos, tesistas y profesores de la Maestría en Psicoterapia Sistémica, como también a los Miembros de la Red Sistémica Universitaria a postular sus contribuciones para el segundo número de la Revista "Primer Axioma".

Las mismas pueden ser ensayos, experiencias institucionales, abordaje de casuística, cuentos, póster, reseñas sobre el tema "Prácticas Inclusivas y Narrativas de Género".

Se recepcionarán hasta el 31 de agosto.

Condiciones y consultas: posgrado_psico@uda.edu.ar

Actividades de Extensión

- Ciclo de Seminarios de Actualización
 - Conversatorios
 - Ateneo Interdisciplinario
 - Exposistémica Universitaria
 - Revista Primer Axioma
-