PSi 01

ISSN 2314-0224

Revista Electrónica de Psicología

2012, Número 1, Volumen 1

www.ucongreso.edu.ar

Tu puente al mundo

Universidad de Congreso UC

PSI 01
Revista Electrónica de Psicología
ISSN 2314-0224

PSIUC es una revista electrónica semestral publicada por el Departamento de Psicología de la Universidad de Congreso. El objetivo es la divulgación de los avances, tanto teóricos como de investigación, en los diferentes campos disciplinares de la Psicología; apuntando a la contribución de la Psicología al bienestar de la sociedad y sus miembros, teniendo en cuenta la relación recíproca entre los seres humanos y su ambiente natural y social.

PSIUC tiene la política de acceso abierto, es decir provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el principio de facilitar gratuitamente los aportes al público, lo cual fomenta un mayor intercambio de conocimiento global. Todo el contenido de la revista, excepto donde se especifique algo diferente, se encuentra bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Argentina.

www.creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar/

Las responsabilidades por los juicios, opiniones, puntos de vista, o traducciones; expresados en los artículos publicados corresponden exclusivamente a los autores.

Departamento de Psicología
Universidad de Congreso

Colón 90. CP 5500, Mendoza. Argentina

Tel. (+54-261) 4230630

www.ucongreso.edu.ar

info@ucongreso.edu.ar / psiucrevista@ucongreso.edu.ar

Staff

Rector
Lic. Francisco José Piñón

Vicerrector de Gestión Académica
Dr. Víctor Duplancic

Vicerrector de
Administración y Planeamiento
Cont. Emilio Berruti

Directora Departamento de
Psicología y Ciencias de la Educación
Mgter. Clara Álvarez

Editora responsable
Mgter. Marina Tolli

Comité editorial

Mgter. Roberto Polanco
(Presidente de la Asociación
Chilena de Revistas Científicas
de Psicología)

Dr. Julio Guillén
(Université Catholique de Lille, Francia)

Lic. Romina Diaz Dho
(Universidad de Valencia, España)

Lic. Celeste Daher
(Universidad Nacional de San Luis,
Argentina)

Lic. Mabel Vicari
(Universidad de Congreso)

Lic. Nancy Croizier
(Universidad de Congreso)

Lic. Omar Castellani
(Universidad de Congreso)

Lic. Vanesa Osso
(Universidad de Congreso)

Sumario

2012, Número 1, Volumen 1

04 **Editorial**

Eje Psicología Educacional

06 **El Jardín Maternal**
Estudio Piloto sobre la Experiencia Emocional en Bebés Menores deTres Meses que Asisten a Instituciones Educativas
Lic. Celeste Daher, Dra. Alejandra Taborda

Eje Psicología Social y Comunitaria

12 **Medios Masivos de Comunicación**
Rol e Influencia de los Medios Masivos de Comunicación en la Prevención y Promoción de la Salud
Prof. Lic. Marina Tolli

Eje Psicología e Investigación

18 **Resiliencia**
Una Experiencia con Adolescentes de Distinto Contexto Socioeconómico
Lic. Eliana Majul, Lic. Leandro Casari, Lic. Sandra Lambiase

Eje Psicología Clínica

30 **Discapacidad**
Soportar una incumbencia ¿hacia dónde nos dirigimos en la discapacidad?
Diego Pérez

36 **La abdicación del Rey Bebo**
Lic. Omar Castellani

Editorial

Estimados/as Lectores/as

Con mucho gusto les presentamos la segunda edición de PSIUC – Revista Electrónica de Psicología.

Esperamos que puedan disfrutarla y que las contribuciones aquí plasmadas permitan reflejar la diversidad de nuestra ciencia y sirvan para repensar aspectos de nuestra práctica, favoreciendo el intercambio y el desarrollo profesional.

Agradecemos profundamente a todos los autores que posibilitaron este logro, a los profesionales que componen el Comité Editorial por su confianza, colaboración y credibilidad. Así mismo a todos los colegas y directivos de la Universidad de Congreso que contribuyeron para que este proyecto se hiciera realidad.

Finalmente, los invitamos a enviar artículos, casos clínicos, proyectos o comentarios para próximos números al Comité Editorial.

Lic. Celeste Daher[1], Dra. Alejandra Taborda[2]
CONICET - Universidad Nacional de San Luis. San Luis - Argentina

Eje Psicología Educacional

El Jardín Maternal

Estudio Piloto sobre la Experiencia Emocional en Bebés Menores de Tres Meses que Asisten a Instituciones Educativas.

Resumen

El objetivo es puntualizar aspectos a ser considerados en la organización de los Jardines Maternales. Los mismos se fundamentan en un estudio piloto, que describe la experiencia emocional de dos bebés menores de tres meses, que asisten a jardines maternales.

Como instrumentos se utilizó el método de Observación de Bebés (Bick, 1964) y la filmación de las observaciones. El material fue analizado mediante supervisiones semanales y ampliado con la técnica de supervisión de supervisiones.

En los infantes se observó que la realidad externa se impone prematuramente, lo que lleva a desarrollar una defensa en el cuerpo, a modo de coraza muscular, con sus correlatos en la mente expresadas a través del sueño profundo, la disociación, la alucinación omnipotente y un desarrollo corporal precoz. En cuanto a los aspectos institucionales el excesivo número de bebés a cargo de un docente, promueve la distancia emocional y la actuación como forma de funcionamiento.

Palabras claves: jardines maternales, experiencia emocional, observación de bebés.

Abstract

The objective is to describe aspects to be considered in the organization of the kindergarten. They are based on a pilot study, which describes the emotional experience of two babies under three months, attending kindergartens.

As instruments we used the method of Infant Observation (Bick, 1964) and the filming of the observations. The material was analyzed by weekly supervision and extended with the technical supervision monitoring.

In infants was observed that external reality is imposed prematurely, leading to develop a defense in the body, as a muscular armor, with their counterparts in the mind expressed through deep sleep, dissociation, hallucination omnipotent early body development. Regarding institutional aspects excessive number of babies by a teacher, promotes emotional distance and performance as a way of functioning.

Key Words: Kinderdergarten, emotional experience, babie´s observation.

[1]celestedaher@gmail.com / [2]taborda.alejandra@gmail.com

Introducción

Las responsabilidades laborales de las madres fuera del hogar y la legislación vigente que las respalda generan que, día a día, los Jardines Maternales experimenten un incremento en el número de niños que concurren desde muy temprana edad, varias horas por día.

En nuestro país se le llama Jardines Maternales a las instituciones educativas que trabajan con niños desde los 45 días hasta los 2 años inclusive, y según las últimas estadísticas son 78.553 los infantes que asisten a dichas instituciones, distribuidos en 2693 unidades educativas tanto de gestión privada como estatal (Anuario estadístico de la DINIESE, 2010). De aquí, surge la relevancia de la actividad desarrollada por estas instituciones y, en particular, por las personas que tienen a su cargo el cuidado de bebés.

Existe abundante bibliografía e investigaciones destinadas a describir la importancia de los lazos parentales en la constitución psíquica del lactante. Pero a nuestro entender, resta aún profundizar sobre cómo influyen las modalidades de los vínculos emocionales, que se gestan en el ámbito de instituciones extra-familiares, en la estructuración de las constelaciones del mundo interno del bebé.

En esta dirección, el presente artículo tiene como propósito, referir resultados preliminares de un estudio piloto de campo, que se desprende de una tesis de grado, centrada en la dimensión vincular de los primeros pasos del proceso de separación de bebés menores de tres meses que asisten a instituciones educativas.

El momento evolutivo en el que se encuentran los bebés estudiados se caracteriza por una dependencia absoluta de los cuidados del adulto. Tanto es así, que ni siquiera está presente un desarrollo neuropsicológico que permita el reconocimiento de dicha dependencia (Winnicott, 1984). Las representaciones de los objetos del mundo son sentidas como pertenecientes al yo y, sólo más tardíamente, con dolor, la evolución saludable permite extrañarlos de sí y convertirlos en nostalgias (Merea, 1994).

En otras palabras, la psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico. Durante los primeros meses, el bebé es el ambiente y el ambiente es el bebé, aún no se configura la discriminación adentro-afuera, internoexterno, yo-no yo y la misma depende de la adecuación de los adultos a su estado de indiferenciación (Winnicott, 1965).

Consideramos pertinente redefinir el término ambiente para incluir en él: la madre, el grupo encargado de sostenerla, de duplicar los cuidados que el bebé recibe y el particular entorno que los envuelve, lo cual en su conjunción configuran la "función materna ampliada o madre-grupo". En la misma se fusionan, a modo de red, las múltiples identificaciones proyectivas que habitan el interjuego de cada encuentro y desencuentro, los cuales se traducen en conductas o modos concretos de estar, conectarse o por el contrario, de distanciarse corporal y emocionalmente (Taborda y Galende, 2012).

Los cuidadores se constituyen en proveedores de condiciones facilitadoras del desarrollo cuando -en tanto "persona viva", a partir de complejos procesos de identificación con el bebé anclados en el contacto con el propio bebé interno- pueden y quieren brindarle apoyo en el momento oportuno. De este modo, sostienen la ilusión que el objeto es parte del bebé para así, crear un sentido de continuidad, de existencia, de ser uno, que posteriormente, a su debido tiempo, conduce a la autonomía. Sin esta "presencia viva que quiere y puede dar apoyo", las técnicas más expertas de cuidado del lactante resultarían inútiles para la formación de un vínculo emocional significativo, capaz de proveer de condiciones para la conformación de una vida intrapsíquica saludable.

En consecuencia, la red vincular en la que el bebé participa activamente con su propia modalidad constituye un pilar básico en la estructuración del psiquismo, en el que subyace la reciprocidad, los encuentros/desencuentros que habitan las relaciones tempranas. Lo descripto, implica un corrimiento de la teoría pulsional endógena para señalar como epicentro que el inconsciente no es un producto natural endógeno, sino que el hecho de ser hijos de otros seres humanos es la condición de su existencia.

En este sentido, los procesos de identificación proyectiva (empática o en su defecto patológica) la capacidad de querer, vivacidad, disponibilidad, permanencia, ca-

pacidad negociadora de los adultos que circulan en la red vincular y las características e imaginarios institucionales que envuelven esta red, adquieren relevancia central en el proceso de humanización.

Metodología

El material se recogió con la filmación de seis observaciones de una hora, realizadas según la técnica de Bick (1964), con una frecuencia semanal. En primer término el análisis se realizó mediante supervisiones semanales ampliadas con la técnica de supervisión de supervisiones, en donde la transferencia y contratransferencia constituyeron aspectos fundamentales para la comprensión. Posteriormente, a efectos de sistematizar el análisis se construyeron y operacionalizaron categorías que indagaron acerca de las condiciones ambientales proporcionadas por los jardines maternales, los vínculos establecidos entre los bebés y sus docentes, sobre la conducta de apego del infante y la respuesta de sus cuidadores, entre otros.

Análisis

Los Jardines Maternales en los que se realizaron las observaciones pertenecían a instituciones laborales. Asistían niños desde los 45 días hasta los 4 años, organizados en diferentes franjas etarias.

Una de las bebés observadas, a quien llamaremos Lucía, tenía de ochenta y ocho días. Se incluía en el grupo no-gateador, conformado por cuatro bebés y una docente.

Los estímulos ambientales auditivos (llantos prolongados de otros bebés, retos de docentes, puertas golpeándose) y visuales (iluminación excesiva, movimiento de numerosas personas) en cantidad y calidad tenían un cariz intrusivo.

Manuel, el otro bebé estudiado, tenía ochenta y nueve días, compartía la sala con seis niños menores de un año que se encontraban a cargo de dos docentes. Debido a las numerosas actividades de las docentes fuera de la sala, la mayoría de las veces una de ellas quedaba al cuidado de todos los niños. En el Jardín de Manuel las condiciones ambientales estaban en su mayoría cuidadas y planificadas por la institución (música agradable, iluminación moderada, cuidado en el ingreso de personas), sin embargo se detectaron algunas situaciones de excesiva estimulación o de peligro para los niños.

En ambos Jardines Maternales la organización institucional, traducida en el excesivo número de bebés a cargo de un adulto, dificultaba la creación de un lugar mental para el contacto emocional. Las docentes estaban en permanente movimiento, cuando un niño dejaba de llorar tenían que atender a otro y así sucesivamente. El tiempo dedicado a cada niño era fugaz, generalmente consistía en cambiarlo de posición, trasladarlo de un lugar a otro o dejar entre sus manos un sonajero. Las escenas transcurrían en un tiempo signado por la tensión, rapidez y cansancio con escasas palabras y muchas acciones.

A lo largo de las seis observaciones, las situaciones registradas en las que los bebésdocentes sincronizaban y se encontraban en el espacio mental creado por la comunicación recíprocamente placentera, fueron escasas. Generalmente, los infantes eran tomados en brazos, después de un largo lapso de llanto contenido, ansiosos chupeteos de sus dedos, manos u objetos, tensos pataleos y aleteos, protestas que al no ser contenidas los llevaban a sucumbir en un estado de desintegración, traducido en un llanto desesperado. Cuando los pequeños se recuperaban volvían inmediatamente a ser dejados en soledad. Por ejemplo, en la quinta observación Lucía comenzó a llorar y una de las docentes empezó a mover enérgicamente el cochecito tapando su rostro con la capelina del mismo. Luego de varios minutos decidió alzarla, paulatinamente, la beba se recobró, trató de acoplar su cuerpo al del adulto, pero nuevamente la colocaron en el cochecito y la pequeña cayó en un sueño tan profundo que ni los estridentes ruidos lograron despertarla. En otra ocasión, la beba lloraba desesperadamente, las docentes pasaban sin hablarle ni mirarla, una de las cuidadoras expresó: “cuando te acercas a ella deja de llorar, quiere que la alces, estamos dejándola llorar para que se acostumbre porque con el fin de semana se desadaptó al jardín”.

Manuel permaneció llorando durante diez minutos cuando la docente a cargo se retiró de la sala, era tanta la tensión experimentada que comenzó a experimen-

tar una tos nerviosa que lo hacía ahogarse. Al llegar la docente y escuchar el llanto del niño se sentó en una silla, para realizar otra actividad, diciéndole al pequeño que lloraba cada vez más desesperadamente “me vas a tener que esperar”.

Ambos infantes pasaban la mayor parte del tiempo en contactos con el mundo inanimado, en una soledad poblada de movimientos, procuraban proyectivamente disminuir la ansiedad experimentada. Lo cual, se conjugaba con la escasa presencia de un continente humano capaz de albergar las identificaciones proyectivas y promover movimientos introyectivos constitutivos de un objeto interno bueno. Así, a modo de defensa construyeron un desarrollo precoz de destrezas y habilidades corporales musculares en busca de autoconsuelo. Tal como señala Bick (1968) los niños que experimentan fallas en el sostén primario desarrollan una musculatura especial para contenerse a si mismos y enfrentar los ataques del entorno. La musculatura se constituye en una defensa implementada para mantener la contención que el vínculo con otro no provee.

El estudio cuantitativo de las conductas tendientes a la búsqueda de proximidad por parte de los niños y de las respuestas de sus cuidadores, permite sintetizar la profundidad de los desencuentros vinculares. Lucía realizó 80 conductas dirigidas a la búsqueda de contacto y Manuel 72, entre ellas el seguimiento de la figura de apego, sonrisas, llantos y gritos agudos. Sólo en 21 ocasiones Lucía recibió una respuesta satisfactoria a su búsqueda y Manuel en 24 oportunidades. Por lo tanto, la pequeña en 59 de ellas no recibió una respuesta contenedora como tampoco Manuel en 48 ocasiones.

Esto podría deberse al exceso de trabajo de las docentes y al desarrollo de defensas que les dificultarían establecer contactos emocionales con los bebés. Entre las posibles razones inconcientes del establecimiento de estas defensas podemos mencionar, la ausencia de un proyecto de trascendencia transgeneracional y la exposición constante a experiencias de separación y duelo con los niños que cuidan por períodos relativamente breves. Como consecuencia a esta carencia de respuesta, los bebés poco a poco parecían ir disminuyendo la búsqueda de contacto con las docentes y recurría a recursos propios para minimizar sus estados de tensión.

Conclusión

Queremos destacar que dado el carácter exploratorio del presente estudio y la reducida muestra, los resultados presentados deben ser entendidos desde una perspectiva preliminar.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista sustentado en paradigmas vigentes, consideramos que ingresar un bebé de 45 días a los Jardines Maternales, resulta demasiado precoz. La separación en este momento evolutivo impone un alto grado de sufrimiento en la díada. Asimismo, contradice las necesidades de continuidad propias de esta etapa, dado que el estado de enamoramiento materno que caracteriza el periodo posterior al nacimiento, comienza a decaer paulatinamente alrededor de los tres meses para posibilitar los primeros movimientos entre fusión/individuación.

Cabe subrayar que en el transcurso del primer año se sientan los cimientos para todo el desarrollo posterior dado que sobre la base de la integración y la unión psique-soma emergen, entre otras cosas, la capacidad de aprender a aprender, de mentalizar, la esperanza, la alegría de vivir y el conocimiento de la realidad. El bebé comunica la introyección de la delicadeza en los cuidados tempranos recibidos, a través del desarrollo de la capacidad de soñar despierto y del crecimiento progresivo del interesado contacto visual, auditivo, muscular con la realidad externa.

En los bebés que asisten al Jardín Maternal la realidad externa se impone abruptamente de manera prematura, lo que los lleva a desarrollar una defensa en el cuerpo, a modo de coraza muscular, con sus correlatos en la mente expresados a través del sueño profundo, la disociación, la alucinación omnipotente, todos ellos signos de la depresión clínica, encubierta de un desarrollo corporal precoz.

Dicha precocidad suele configurarse en un espacio de desencuentros que extravía el contacto emocional y que frecuentemente, a modo de defensa frente dolor psíquico que promueve la indefensión del bebé, se fa-

vorece la profesionalización de la infancia. Así, desde temprana edad los infantes son llamados a practicar como adaptarse a las exigencias externas.

En consecuencia, consideramos necesario que estos espacios institucionales sean repensados en post de la prevención de la salud mental y que las intervenciones psicológicas que se diseñen centren su atención tanto en los aspectos organizacionales de las instituciones como en las modalidades vinculares. Respecto a los aspectos organizacionales de la institución subrayamos la necesidad de tener en cuenta la cantidad de niños que las docentes tienen a su cargo. En este sentido, consideramos que dos por cada docente es un número adecuado para que la comunicación emocional sea factible y sólo en aquellos casos que se cuente con la colaboración de una docente auxiliar podrían incluirse tres bebes.

En relación a las modalidades vinculares, creemos importante para el desarrollo de los bebés, que las docentes tomen contacto con las necesidades emocionales y la indefensión que caracteriza a este período evolutivo, lo cual requiere la conexión de estas con su propio bebé interno y con los duelos que se activan frente a la partida de cada niño.

Bibliografía

Anuario Estadístico de la DINIESE (2010). Ministerio de Educación Presidencia de la Nación.

Bick, E. (1964). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis 24, 4.

Bick, E. (1968). La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. International Journal of Psychoanalysis XLIX, (2-3).

Merea, C. (1994) “La extensión del psicoanálisis”. Buenos Aires. Paidós.

Taborda, A. y Galende, B. (2012). La primera puerta lejos de casa. Vicisitudes de la Educación Inicial. En Extensiones Clínicas en Psicología Educacional (comp. Taborda y Leoz). San Luis: Nueva Editorial Universitaria.

Winnicott, D. (1965). La Familia y el Desarrollo del Individuo. Buenos Aires: Hormé.

Winnicott, D. (1984). “El hogar nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista”. Buenos Aires: Paidós.

Prof. Lic. Marina Tolli, M.P.H.[1]
Universidad de Congreso, Mendoza - Argentina

Medios masivos de Comunicación

Rol e Influencia de los Medios Masivos de Comunicación en la Prevención y Promoción de la Salud.

Resumen

Los medios masivos de comunicación son herramientas muy útiles para la promoción de la salud, pero es importante conocer sus alcances y limitaciones. Los medios pueden informar, fomentar la concientización en temas de salud y motivar a las personas a adoptar conductas saludables. A nivel comunitario también pueden contribuir al cambio en la opinión pública y al desarrollo de políticas que promuevan la salud.

Sin embargo, no pueden transmitir informaciones complejas ni cambiar actitudes o conductas cuando no existen factores predisponentes.

Palabras claves: Medios masivos de comunicación, prevención, promoción de la salud.

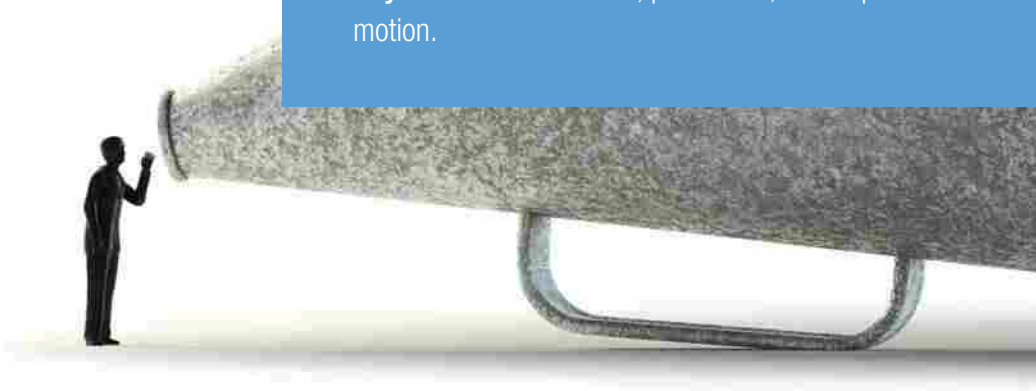
[1] *tolli.marina@gmail.com*

Abstract

Mass media are useful tools for health promotion but it is also important to know their scope and limitations. Mass media can inform, promote awareness in health issues and motivate people to adopt healthy behaviors. At a community level they can also contribute to public opinion change and the development of health promoting policies.

However, they are not suitable for conveying complex information or changing attitudes and behaviors if there are no predisposing factors.

Key Words: Mass media, prevention, health promotion.



Introducción

Los medios masivos de comunicación son actores muy influyentes en la información y la comunicación ya que alcanzan a un gran número de personas. Sus influencias son tanto positivas como negativas. Si bien son una de las principales fuentes de información en temas de salud, también son el medio por el cual compramos una amplia variedad de productos y se nos convence de adoptar modos de vida que, en muchos casos, tienen efectos negativos para nuestra salud, como por ejemplo cigarrillos y bebidas alcohólicas.

El desafío para la prevención y promoción de la salud está en conocer cómo influyen los medios de comunicación en las personas y así poder usarlos adecuadamente, teniendo en cuenta los intereses y objetivos deseados.

¿Cómo Influyen los Medios de Comunicación?

Como explican Naidoo y Wills (2003), las opiniones sobre la influencia de los medios masivos de comunicación han oscilado entre el convencimiento inicial de que podían producir cambios sustanciales en las actitudes y comportamientos, y el punto de vista totalmente opuesto, que afirmaban que prácticamente no tenían influencia. Hoy en día predomina la opinión intermedia que sostiene que los medios masivos de comunicación tienen influencia, bajo ciertas condiciones y modos de funcionamiento específicos. Actualmente existen cuatro modelos básicos que explican la influencia de los medios en las personas:

Consecuencias directas

Este modelo compara la influencia de los medios de comunicación con una inyección que al ser aplicada tiene una influencia inmediata en el receptor. Parte de la idea de un receptor pasivo que puede ser manipulado fácilmente. Esta teoría llevó a la creación de anuncios publicitarios de los partidos políticos, como forma de influir en la decisión de los votantes.

Una versión más actual de esta misma teoría compara la influencia de los medios de comunicación más con un aerosol que con una inyección. Cuando se rocía una superficie con un aerosol algunas partículas penetran en la superficie, pero la mayoría se volatiliza. En estos dos modelos se mantiene la creencia de que los medios de comunicación tienen un efecto duradero en las personas y que son herramientas muy útiles para la promoción de la salud.

Modelo de las dos etapas

El modelo de las dos etapas considera que los medios masivos de comunicación influyen primero a los líderes de opinión, definidos estos como aquellas personas dentro de un grupo que están más en contacto con cierto tema. Después los líderes de opinión transmiten la información al resto de la población, que no tiene gran conocimiento acerca del asunto, a partir de la comunicación interpersonal.

Por lo tanto, el proceso de difusión de nueva información o ideas en la población se basa en que primero esa información alcanza a un pequeño grupo de personas, pero que encuentra rápidamente una gran aceptación, cuando es transmitida por los líderes de opinión. El final de este proceso queda solamente una minoría que rechaza drásticamente esta nueva idea o cambio. Este modelo considera que los medios masivos de comunicación pueden ser muy importantes para la concientización y la transmisión de nuevas informaciones. Aunque finalmente son las fuentes de información personal como los amigos o los conocidos "expertos" los que ejercen la mayor influencia.

Por ejemplo, en el tema "cepillos de dientes", los dentistas son líderes de opinión. Este líder es influenciado por los medios con respecto a productos, calidad, etc. En una segunda etapa, el líder influye sobre el tema "cepillos de dientes" a los pacientes, quienes no tienen grandes conocimientos acerca del asunto.

Teoría de usos y gratificaciones

La teoría de usos y gratificaciones considera al público como un grupo activo que selecciona e interpreta la información. Según este modelo, las personas utilizan los medios para satisfacer sus propias necesidades. Esto significa que no son los medios los que dicen al espectador qué ver, son los usuarios de forma activa los que lo deciden, atendiendo a sus necesidades y la gratificación que les proporcionen. Por lo tanto, los medios de comunicación generan efectos solo si las personas quieren responder a ellos.

Influencia en la cultura

Este modelo le otorga a los medios masivos de comunicación un rol fundamental en el desarrollo de puntos de vista y valoraciones personales. La manera en que las cosas se presentan en los medios, los médicos de las series, las notas sobre sanaciones milagrosas o los éxitos de los nuevos avances en salud, influye en el entendimiento que las personas tienen sobre la salud.

La comunicación se trata de la transmisión de mensajes de un emisor a un receptor. Los medios de comunicación son transmisores de la información específicos de cada cultura, que dejan lugar para interpretaciones diferentes del mismo mensaje. Los mensajes están cifrados a partir de símbolos y signos, que cobran significado a través de un código. Son cifrados por el emisor y descifrados por el receptor. El objetivo es que la intensión del emisor sea descifrada y entendida. El problema es que existen muchas posibilidades para descifrar los mensajes.

Está en la naturaleza de los medios de comunicación que no permitan aclaraciones inmediatas. Por lo tanto, los mensajes que se descifraron erróneamente, se mantienen de esta manera y se fortalecen con las repeticiones.

Naidoo y Wills (2003) citan como ejemplo una campaña masiva de prevención de VIH que se realizó en Gran Bretaña entre 1986 y 1987. Los anuncios mostraban un iceberg con el slogan "no te mueras por descuido". El objetivo era dejar claro que el VIH puede evitarse y

motivar a informarse sobre las formas de prevención. Sin embargo muchas personas relacionaron la imagen amenazante del iceberg y la palabra "morir" con VIH. Esto no solo reforzó la idea de que sexo, muerte y VIH están relacionados, sino que también fortaleció la idea de que ellos no estaban expuestos a ese riesgo (probablemente como estrategia para reprimir el miedo).

El Rol de los Medios de Comunicación

Los medios masivos de comunicación pueden utilizarse en la prevención y promoción de la salud para concientizar a la comunidad a través de (Naidoo & Wills, 2003): a) informar, b) alertar a la comunidad de los daños o las ventajas que pueden producir determinadas conductas y formas de vida; fomentar el debate público sobre algún tema; promover el cambio de actitudes para lograr un cambio de conducta advirtiendo de los efectos negativos de conductas poco saludables y destacando las ventajas de conductas preventivas.

En general, existen dos formas de utilizar los medios de comunicación en la prevención y la promoción de la salud: a) campañas dirigidas, tienen la ventaja de que pueden llegar rápidamente a personas de todas las clases sociales y que el mensaje puede enfocarse en objetivos específicos; b) información no pagada en los medios, tienen la ventaja de que no se necesita mucho dinero para llevarlas a cabo y que tienen mayor credibilidad, ya que el mensaje no está relacionado directamente con instituciones de salud.

Campañas Dirigidas

Una campaña es un conjunto de actividades que se dirigen a conseguir un fin determinado. Las campañas en los medios masivos de comunicación han sido ampliamente utilizadas por los organismos nacionales de salud para informar sobre diferentes temas. Se han utilizado diferentes medios como afiches, diarios o radio. Pero sin duda, el medio principal es la televisión. A pesar de ser un medio caro, alcanza mayor número de personas y los estudios muestran que los mensajes transmitidos a través de la televisión se recuerdan durante más tiempo.

Sin embargo, todavía se discute si tales campañas pueden contribuir a cambios de comportamiento en salud. Se han realizado a nivel internacional campañas muy exitosas y otras que no han logrado ningún resultado. A partir de numerosos estudios sobre los efectos de las campañas en los medios de comunicación, se ha llegado a la conclusión de que estas pueden ser exitosas siempre y cuando tenga objetivos razonables y no se esperen efectos inmediatos. Algunos autores hablan de una jerarquía en los efectos de la comunicación. La simple concientización o introducir productos al mercado son fáciles de conseguir, influir en las actitudes es un poco más difícil y conseguir una influencia en algún tipo de comportamiento es todavía más complicado (Naidoo y Wills, 2003).

Información no Pagada en los Medios

Con información "no pagada" nos referimos a toda la información por fuera de una campaña que no ha sido pagada. Las instituciones encargadas de la promoción de la salud se esfuerzan cada vez más en difundir este tipo de información en los medios de comunicación, con ella se amplía el alcance de las campañas.

Los medios masivos de comunicación no tienen ninguna obligación con la promoción de la salud. Cuando abordan estos temas es porque le resulta interesante al público o porque los destinatarios de las medidas de promoción de la salud se han convertido en una noticia. Los medios masivos de comunicación tienen una tendencia a los casos excepcionales. Principalmente lo emocional, dramático o trágico obtiene un lugar en los medios de comunicación. Una historia interesante está más bien relacionada con la suerte individual y por eso, cuando se trata de los problemas que afectan a la mayoría de la población, no se le presta suficiente atención.

La novedad de una noticia no depende tanto de su significado sino de del efecto inmediato que produce. La mayoría de las veces, este efecto se agranda cuando se relaciona con personajes famosos. De la misma manera, se puede ampliar el efecto de una noticia en los medios regionales, presentando una noticia internacional o nacional en el contexto regional.

Las estrategias para incrementar la presencia en los medios podrían contribuir a que se le preste mayor atención a la promoción de la salud. Pero no hay que

olvidarse que los medios pueden tergiversar o exagerar la información.

La activación de la información no paga en los medios de comunicación puede resultar muy efectiva y barata, pero es difícil de mantener por más de un par de días. Promotores y promotoras de la salud necesitan constancia e ingenio para mantener su tema presente en los medios. Pero sobre todo se necesita una formación en relación a los medios de comunicación para que, por ejemplo, las notas que escriban cuenten con el formato y la difusión necesaria para llegar a los medios y poder sacarle el mayor provecho.

¿Qué Pueden Lograr los Medios Masivos de Comunicación y Qué No?

A partir de las investigaciones y evaluaciones sobre la implementación de los medios masivos de comunicación en la prevención y promoción de la salud, se ha llegado a una reevaluación de sus posibilidades y límites. Hoy la mayoría está de acuerdo en que los medios masivos de comunicación pueden lograr lo siguiente (Naidoo y Wills, 2003): a) concientizar a la población de problemas en salud (por ej. del alcohol al volante), b) promover el debate público sobre temas de salud (por ej. contaminación ambiental), c) transmitir mensajes simples (por ej. "eliminar el agua estancada de recipientes, charcos, llantas, etc."), d) cambiar comportamientos, siempre que existan otros factores que lo predispongan (por ej. alentar a los fumadores que quieren dejar de fumar pero tienen dificultades para hacerlo).

La influencia de los medios de comunicación aumenta cuando: a) el mensaje es parte de una campaña más amplia, que incluye otros elementos como consultas individuales, b) la información es nueva y se presenta en un contexto emocional, c) la información es percibida como relevante para "personas como yo".

Lo que no pueden lograr los medios masivos de comunicación es: a) transmitir informaciones complejas (por ej. el riesgo relativo de diferentes tipos de grasa en la alimentación), b) capacidades y habilidades (por ej. la negociación para practicar sexo seguro), c) cambiar las actitudes o punto de vista de las personas. Si se presentan informaciones que cuestionan los puntos de vista fundamentales de una persona, lo más probable es que la ignore, la rechace o la interprete de manera totalmente diferente, d) cambiar comportamientos si no existen factores predisponentes.

Propaganda, Prevención y Promoción de la Salud

La propaganda consiste en el lanzamiento de una serie de mensajes que busca influir en el sistema de valores y en la conducta de las personas. O'Shea (2006) explica que los métodos modernos de la propaganda tienen sus orígenes a principios del siglo pasado, a partir del trabajo de personas como Edward L. Bernays.

Bernays, sobrino de Sigmund Freud, pionero de las relaciones públicas y la propaganda, es considerado también el padre de la persuasión. Radicado desde niño en los Estados Unidos, se dedicó a crear y modificar la percepción de las personas sobre una idea o un producto. Uno de sus primeros trabajos consistió en venderles a los estadounidenses la idea de la primera guerra mundial como "hacer el mundo seguro para la democracia" (un principio que desde entonces sirvió como justificativo en el resto de sus guerras, pasando por la segunda guerra mundial, Vietnam, Corea y hasta nuestros días).

Unos años más tarde tuvo su idea más brillante, popularizar la imagen de las mujeres fumando. En el año 1929 en Nueva York, mandó modelos fumando a un desfile por los derechos de las mujeres, con la consigna "Antorchas de libertad", como señal de liberación femenina. Esta publicidad fue tan fuerte, que desde entonces las mujeres arruinan sus pulmones sin pudor en público, tal como lo venían haciendo los hombres. Entre otros de los cientos de trabajos que realizó durante cuarenta años de carrera, puede resaltarse que hizo popular la absurda idea de comer panceta para el desayuno (O'Shea, 2006).

Algunos autores afirman que si las empresas logran venderle sus productos a la población (inclusive aquellos que no necesitan), entonces también sería posible mover a las personas hacia conductas saludables.

El marketing se basa en la idea de intercambio, esto es, el vendedor intenta ofrecer algo, que el comprador quiere a un precio aceptable. En la prevención y promoción de la salud se traduciría a qué beneficios relacionan las personas con determinados comportamientos.

La venta de producto se diferencia del intento de "vender" la salud en que la propaganda activa generalmente tendencias que existen previamente, mientras que la prevención y promoción de la salud intenta contrarrestarlas. Por ejemplo, la propaganda de un producto (cerveza, papas fritas) se relaciona con lo que las personas ya desean, por ejemplo diversión. En la prevención se intenta no "caer en la tentación" y por lo tanto "no diversión" (no manejar cuando se ha consumido alcohol, no consumir excesivas grasas, etc.) La propaganda intenta vender un producto, consumirlo y disfrutarlo inmediatamente. En la prevención y promoción de la salud se trata a menudo de renunciar a algo para obtener un beneficio a futuro (Naidoo y Wills, 2003).

Conclusiones

Los medios masivos de comunicación son herramientas muy útiles para la promoción de la salud, pero es importante conocer sus alcances y limitaciones. No sería realista esperar que una campaña lleve a grandes cambios de comportamiento, que a su vez reduzcan la mortalidad y morbilidad. Sin embargo, los medios masivos de comunicación pueden contribuir apoyando cambios individuales y comunitarios.

A nivel individual los medios de comunicación pueden apoyar la comunicación cara a cara, pero no remplazarla. Los medios de comunicación son un instrumento limitado, ya que tiene pocas posibilidades de intercambiar opiniones o aclarar dudas. De todas formas, pueden informar, fomentar la concientización en temas de salud y motivar a las personas adoptar conductas saludables. Los medios también pueden utilizarse a nivel comunitario, contribuyendo al cambio en la opinión pública y al desarrollo de políticas que promuevan la salud.

Bibliografía

Naidoo, J., & Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung [Manual de promoción de la salud]. Werbach: Conrad Günter.

O'Shea, T. (2006). Wie die Medien Wahrheiten manipulieren [Cómo manipulan la verdad los medios]. Recuperado el 15 de mayo de 2011 de http://www.zentrum-dergesundheit.de/ia-medienmanipulation.html.

Lic. Eliana Majul[1], Lic. Leandro Casari[2], Lic. Sandra Lambiase[3]
Universidad de Congreso, Mendoza- Argentina

Eje Psicología e Investigación

Resiliencia

Una Experiencia con Adolescentes de Distinto Contexto Socioeconómico.

Resumen

El propósito de este trabajo es comparar el nivel de resiliencia de dos grupos de adolescentes de distinto contexto socioeconómico, incluyendo además el análisis según variables sociodemográficas como sexo y edad.

La muestra está conformada por 83 adolescentes de entre 17 a 20 años que cursan el último año de la educación media de dos escuelas: pública urbano-marginal y privada. Para la recolección de los datos se administró la Versión Argentina de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de resiliencia de los adolescentes de la escuela pública urbano marginal, en los mismos se halló una tendencia de alcanzar mayores puntuaciones en cuanto a las variables sexo y edad, pero sólo se alcanzaron significación estadísticamente al comparar las mujeres de ambas escuelas.

Palabras claves: Resiliencia, adolescencia, contexto socioeconómico.

Abstract

The purpose of this paper is to compare the resilience of two groups of adolescents from different socioeconomic context, including also the analysis by sociodemographic variables such as sex and age.

The sample consisted of 83 adolescents aged 17 to 20 years enrolled in the final year of secondary education in two schools: public and private urban-marginal. To collect the data was given the Argentina version of the Resilience Scale of Wagnild and Young (1993).

We found statistically significant differences in the resilience of adolescents in marginal urban public school in the same trend was found to achieve higher scores as to sex and age, but only reached statistical significance when comparing women of both schools.

Key Words: Resilience, adolescence, socioeconomic context.

[1]elianamajul@gmail.com / [2]leandromartincasari@gmail.com / [3]s_lambiase@yahoo.com.ar

Introducción

El contexto socioeconómico en el que nace y vive toda persona está presente a lo largo de su crecimiento e influye en su desarrollo, como también lo hace el aspecto biológico y el psicológico.

La presencia de dificultades socioeconómicas en el contexto de toda persona, es considerada como un factor de riesgo, es decir, como una característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. En cambio, se reconoce, que los recursos socioeconómicos satisfactorios, son considerados como factores de protección, los cuales hacen referencia a condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias adversas (Munist, Santos, Kotliarenco, Ojeda y Grotberg, 1998).

UNICEF (2011) señala que uno de los grupos poblacionales más afectados a la presencia de dificultades socioeconómicas son los adolescentes y advierten que son los de menores recursos socioeconómicos los que se encuentran en situaciones críticas. Se considera que los adolescentes de contextos más pobres, presentan mayor vulnerabilidad y riesgo, ya que están expuestos a una serie de riesgos provenientes del medio al cual pertenecen (Palma, 1990).

Por otro lado, cabe señalar que la adolescencia es en sí misma una etapa de la vida compleja, que se caracteriza por la presencia de grandes cambios físicos, psíquicos y sociales que envuelven a la persona y le demandan construir una nueva identidad. Krauskopf (1995) opina que se trata de una etapa trascendente y que además es considerada como uno de los períodos de mayor vulnerabilidad, en donde se requiere de la adquisición de habilidades sociales, el despliegue de sentimientos de adecuación y la asunción de nuevos roles sociales.

Sin embargo, es importante recalcar que aun existiendo está mayor vulnerabilidad por parte de los adolescentes de menores recursos socioeconómicos, muchos de ellos, demuestran una fortaleza admirable, logran sobreponerse a las adversidades y superar obstáculos.

Werner (1989) señala que es posible dar cuenta que pese a algunos factores de riesgo en que se encuentran ciertos niños y adolescentes, éstos han salido adelante. En sus investigaciones, halló que niños de alto riesgo social, presentan un elevado nivel de resistencia a la adversidad y progresaron de acuerdo a las metas propuestas.

En realidades cercanas se ve cómo los niños carentes de recursos materiales, sometidos a estrés físico y psicológico, en condiciones de vida riesgosas, superan cada día esa realidad y construyen sus proyectos de vida, logrando las metas propuestas y alcanzando importantes niveles de satisfacción (Saavedra y Villalta, 2005).

Al respecto, Rutter (1991) opina que frente a situaciones difíciles surgen ideas, habilidades, intuiciones, conocimientos e impulsos que reconectan con la vida, con una tendencia a crecer. A sí mismo, Krauskopf (1995) propone que la adversidad fortalece más que la no exposición al peligro, indica que la sobreprotección vulnera la capacidad de resiliencia, en cambio, enfrentar adversidades permite a los seres humanos alcanzar niveles de competencia y salud.

De lo descripto anteriormente, se desprende el concepto de resiliencia, entendida como: la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (Grotberg, 1995).

La introducción del concepto de resiliencia (a fines de la década de los setenta), dentro del campo de la psicología representó un llamado de atención, dando cuenta de que la psicología durante mucho tiempo había investigado desde el enfoque de riesgo, es decir, se había dedicado fundamentalmente al estudió de la enfermedad mental y al alivio de los estados que hacen que la vida resulte dolorosa, relegando a un segundo plano el estudio acerca de las fortalezas y virtudes que existen en los seres humanos (Seligman, 2004).

Es por esto, que dicho concepto, conduce a importantes cambios dentro del campo de la salud. En psicología, se inserta dentro de la corriente psicológica, denominada: psicología positiva, la misma, se inscribe

en el enfoque salugénico y tiene como objetivo final la promoción de la salud y el bienestar psicológico (Seligman & Peterson, 2007; Gancedo, 2008).

Esta nueva predisposición de los investigadores, hacia el estudio de esta capacidad humana, dio lugar a un nuevo paradigma dentro del campo de la salud que recibió el nombre de enfoque de resiliencia, cuyo mensaje muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a un niño indefenso en el cual se determinarán inevitablemente, daños permanentes. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil. Por lo tanto, no debe interpretarse que este enfoque se oponga al enfoque de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece, acrecentando así su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces (Munist et al, 1998).

Adhiriendo a la importancia de trabajar desde el enfoque de resiliencia, este trabajo surge de la inquietud de indagar ésta capacidad en adolescentes de distinto contexto socioeconómico.

Por tanto, considerando los grandes cambios a los que se enfrentan los adolescentes, tanto a nivel biológico, psicológico y social, y por su susceptibilidad ante la influencia del contexto que los rodea, surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo se presenta la capacidad de resiliencia en adolescentes de distinto contexto socioeconómico?, ¿Existe diferencia en la capacidad de resiliencia presente en adolescentes de distinto contexto socioeconómico?, ¿El sexo y la edad inciden en la capacidad de resiliencia en los adolescentes de distinto contexto socioeconómico? Este último interrogante, apunta a hacer más extensivos los resultados, indagando para esto la capacidad de resiliencia en relación a estas variables sociodemográficas.

Se han realizado diversas investigaciones previas para indagar la relación de la resiliencia con el contexto socioeconómico, como también con variables sociodemográficas tales como sexo y edad.

A la hora de considerar la influencia del contexto socioeconómico existen diversas posturas. Se encuentran investigaciones que refieren que no existen diferencias significativas, pero sí ciertas áreas dentro del constructo resiliencia más desarrolladas según la clase social (Prado y Del Águila, 2003). En cambio, Cordini (2005) encontró que los estratos menos favorecidos tienden a desarrollar mayor resiliencia que los de clase social más alta. En cuanto al género las investigaciones arrojaron resultados similares. Prado y Del Águila (2003) no encontraron diferencias significativas en la comparación por género, pero si consideramos los puntajes generales las mujeres obtuvieron puntuaciones superiores. Saavedra y Villalta (2008) tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres; pero que sí podría afirmarse la existencia de un perfil resiliente diferente entre ambos sexos según las áreas más desarrolladas.

En la investigación realizada por Cordini (2005) se detectaron diferencias significativas entre adolescentes varones y mujeres, presentando las mujeres mayores puntajes de resiliencia. Mientras que en otra investigación, se obtuvo que los varones muestran mayor resiliencia (González, Valdez & Závala, 2008).

Por último, en relación a la variable edad también se encuentran posturas diferentes sobre su influencia en la Resiliencia. Por ejemplo, según Cordini (2005) los adolescentes de mayor edad se muestran más resilientes que los menores, lo cual indicaría que la resiliencia es un proceso acumulativo en el desarrollo de una identidad con sentido de confianza y seguridad. Mientras que Saavedra y Villalta (2008) mencionan que los niveles de resiliencia (alto, promedio, bajo) no están asociados directamente con los tramos de edad (adolescencia tardía, primera fase de la juventud, juventud, adultez, adultez media y tardía), ya que se obtienen resultados similares en las diferentes etapas.

Estas diversas investigaciones, evidencian, una preocupación en los últimos años en indagar acerca de la capacidad de resiliencia en adolescentes y si el contexto socioeconómico en el que viven influye. Por tanto,

está investigación, intenta ser un paso más que aporte evidencia empírica sobre estas variables.

Objetivos

Describir y comparar en adolescentes de distinto contexto socioeconómico el nivel de resiliencia, y analizar si existen relaciones con edad y el sexo.

Metodología

Participantes

La muestra estará conformada por 83 adolescentes, que están cursando el último año del nivel de educación media, 49 pertenecen a una escuela privada y los 34 restantes concurren a un establecimiento público urbano marginal; ambas instituciones educativas están ubicadas en el área urbana del distrito de Maipú, provincia de Mendoza.

En cuanto a la descripción de la muestra, sus edades oscilan entre los 17 y los 20 años, con una media de 17, una desviación estándar de 0,83; la mediana y la moda presentan valores similares. En cuanto al sexo, 42 sujetos corresponden al sexo femenino y 41 al sexo masculino.

En la escuela privada el 55 % pertenece al sexo femenino y el 45 % restante al sexo masculino. En cuanto a la edad, 38 sujetos tienen 17 años y 11 tienen 18 años. Además, se obtuvo una media de 17 años, una desviación típica de 0,42, y una mediana y una moda de 17 años.

Por su parte, en la escuela pública urbano-marginal, el 44% corresponde al sexo femenino y el 56 % restante al sexo masculino. Sus edades oscilan entre los 17 y 20 años, el 41% de los sujetos tiene 18 años, un 29% tiene 19 años, un 20% tiene 17 años y por último un 10% tiene 20 años. La media obtenida en esta escuela es de 18 años, con una desviación típica de 0,89, la mediana y la moda también corresponden a la edad de 18 años.

Instrumentos

1. Versión Argentina de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

Fue diseñada con el propósito de lograr un análisis psicométrico de la resiliencia, definiéndola como una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor y fibra emocional, y se ha utilizado para describir a personas que demuestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

La escala consta de 25 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, respecto de los cuales los encuestados deben indicar el grado de aprobación o desaprobación en donde 1 indica totalmente en desacuerdo y 7 significa totalmente de acuerdo. El puntaje total de E.R nos indica el Nivel de resiliencia, el mismo, se obtiene de la suma de los puntajes de la escala y los valores teóricos van de 25 a 175. En este estudio resultados mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia (nivel de resiliencia alta), resultados entre 121 y 146 indican resiliencia moderada (nivel de resiliencia moderada) y resultados menores a 121 escasa resiliencia (nivel de resiliencia baja).

La Versión Argentina de esta escala presenta una confiabilidad y validez adecuada, (Rodriguez, Pereyra, Gil, Jofré, Bortoli, Labiano, 2009).

2. Cuestionario ad-hoc.

Este cuestionario se adjuntó a la escala para obtener datos acerca de variables sociodemográficas. Incluye preguntas sobre: edad, sexo y colegio.

Resultados

En un primer momento, se comienza exponiendo los resultados de la muestra en general, para luego proceder a describir y comparar los mismos entre los 2 grupos de adolescentes de distinto contexto. El propósito, es poder enriquecer el análisis y referenciar el comportamiento de las variables a nivel general.

Con respecto al segundo objetivo, se realiza el mismo tipo de procedimiento, para discriminar la influencia del contexto en el grupo en general, y luego según el ámbito educativo.

Nivel de Resiliencia de la muestra general

Se encontró que la muestra en total obtiene un puntaje medio de E.R de 131,75 lo cual nos indicaría que los adolescentes encuestados estarían representados por un nivel de resiliencia moderado (rango 121 a 146).

De hecho, el 61% estaría ubicado dentro de esta categoría, del porcentaje restante, el 22% presenta un nivel de resiliencia baja (resultados menores a 121) y el 17% presenta un nivel de resiliencia alta (resultados mayores a 147), (ver gráfico 1).

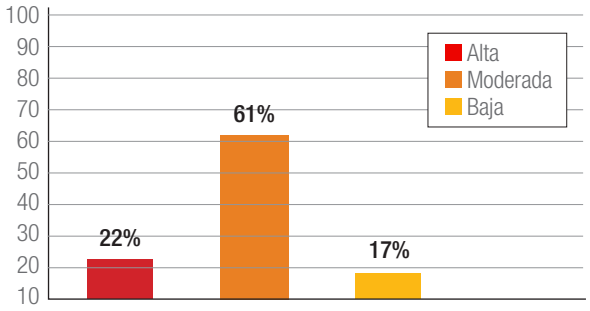


Gráfico 1: Distribución de la Muestra según el Nivel de Resiliencia.

Nivel de Resiliencia de los adolescentes de la muestra por escuela: descripción y comparación

Para lograr la descripción y comparación del nivel de resiliencia obtenido por los adolescentes según escuela a la que concurren, se realizó la prueba t de student (ver Tabla 1, Gráfico 2).

Adolescentes de escuela	N	Media Puntaje total de ER	Significación bilateral
Privada	49	127,46	,000*
Pública urbano-marginal	34	137,94	

Nota: * p > 0.05

Tabla 1: Diferencia de medias del puntaje total de ER entre adolescentes de ambas escuelas (Prueba t).

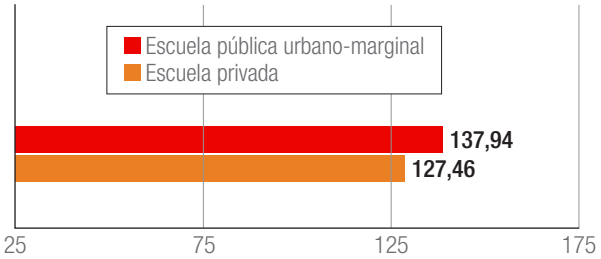


Gráfico 2: Promedio del Nivel de Resiliencia de los adolescentes, según escuela a la que pertenecen.

Los adolescentes que concurren a la escuela privada obtuvieron un puntaje promedio de resiliencia de 127,46; mientras que los adolescentes del colegio público urbano marginal, alcanzaron un puntaje promedio mayor de resiliencia 137,94. Estas puntuaciones promedios alcanzadas nos indicarían que ambos grupos de adolescentes estarían representados por un nivel moderado de resiliencia. No obstante, se observó que esta diferencia en los puntajes, sería estadísticamente significativa (p=,000).

Análisis del Nivel de Resiliencia de los adolescentes, respecto a las variables: sexo y edad

En primer lugar se compararon los adolescentes de la muestra general por sexo: Mujeres (N=42) y hombres (N=41). Ver Tabla 2.

Se encontró, que tanto las mujeres, como los hombres de la muestra en total alcanzaron un Nivel de Resiliencia moderado, (mujeres p=133,30; hombres p= 130,17), sin detectarse diferencias estadísticamente significativas.

Versión Argentina Escala de Resiliencia	Sexo	N	Media	Desviación típica	Significación bilateral
Puntaje Medio ER					
Puntaje medio de ER	Femenino	42	133,30	12,80	,270
Media del Puntaje total de ER	Masculino	41	130,17	12,95	

Nota: * p > 0.05

Tabla 2: Diferencia de media del puntaje total de E.R, según ambos sexos de la muestra total (Prueba t).

Nivel de Resiliencia en función del sexo por escuela: descripción y comparación

Sexo	Adolescentes de escuela	N	Media. Puntaje total de ER	Significación bilateral
Femenino	Privada	27	128,29	,000
	Pública urbano-marginal	15	142,33	,000*
Masculino	Privada	22	126,45	,057
Hombres	Pública urbano-marginal	19	134,47	

Nota: * p > 0.0

Tabla 3: Diferencia de medias del puntaje total de ER de ambos sexos según escuela a la que pertenecen.

Al contrastar, por medio de la prueba t, las puntuaciones medias obtenidas de ER, se destaca que las mujeres de la escuela pública urbano marginal fueron las que obtuvieron un promedio mayor 142,33; le siguen los hombres de la misma escuela 134,47; luego las mujeres de la escuela privada 128,29 y por último los hombres del mismo establecimiento 126,45; es decir, que estos alcanzaron el menor puntaje.

A su vez, se encontraron diferencias estadísticas significativas al comparar los puntajes mujeres de la escuela pública urbano marginal las que obtuvieron mayor puntaje. No se observó un resultado similar entre los hombres de ambas escuelas (p=,057).

Relación entre edad y Nivel de Resiliencia en la muestra total

Para establecer la relación entre la variable edad y nivel de resiliencia, se llevó a cabo el coeficiente r de correlación de Pearson (ver tabla 4).

Versión Argentina de Escala de Resiliencia Wagnild y Young	Correlación de Pearson y nivel de significación	Edad
Puntaje total de ER	Correlación de Pearson	,334(**)
	Nivel de Significación	,002

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
*La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 4: Correlaciones entre edad y Nivel de Resiliencia a través del coeficiente r de correlación de Pearson.

Se halló una correlación altamente significativa (r= ,383; p=,000). Lo cual implicaría que a medida que aumenta la edad de los sujetos de la muestra, aumenta el Nivel de resiliencia.

Relación entre edad y Nivel de Resiliencia por escuela (Tabla 5 y 6)

Versión Argentina de Escala de Resiliencia Wagnild y Young	Correlación de Pearson y nivel de significación	Edad
Puntaje total de ER	Correlación de Pearson	,094
	Nivel de Significación	,519

Tabla 5: Correlaciones según edad de adolescentes de escuela privada y la media del puntaje total de ER (coeficiente r de correlación de Pearson).

Versión Argentina de Escala de Resiliencia Wagnild y Young	Correlación de Pearson y nivel de significación	Edad
Puntaje total de ER	Correlación de Pearson	,136
	Nivel de Significación	,443

Tabla 6: Correlaciones según edad de adolescentes de escuela pública urbano marginal y la media del puntaje total de ER (coeficiente r de correlación de Pearson).

Se observó, a través del coeficiente r de correlación de Pearson que hay una tendencia lineal positiva, pero no se considera significativa.

Nivel de Resiliencia según la edad de los adolescentes por escuela: descripción y comparación

Es oportuno recordar que la escuela privada estaba conformada por 38 adolescentes de 17 años y 11 de 18 años. En cambio, las edades de los adolescentes de la escuela pública oscilaban entre los 17 y 20 años; 7 sujetos de 17 años, 14 de 18 años, 10 de 19 años y por último 3 sujetos de 20 años.

Vale aclarar, que al procesar los datos, los adolescentes de 19 y 20 años de la muestra que pertenecen a la escuela pública urbana marginal, alcanzaron un nivel de resiliencia moderado, ya que la puntuación media de ER obtenida fue de 140 para la edad de 19 años

Edad	Adolescentes de Escuela	N	Media. Puntaje Total de ER	Significación bilateral
17	Privada	38	126,94	,228
17	Pública urbano-Marginal	7	132,14	
18	Privada	11	129,27	,040
18	Pública urbano-Marginal	14	139,42	

Tabla 7: Diferencia de medias del puntaje total de E.R, según la edad de los adolescentes entre escuelas.

y 136 para los adolescentes de 20 años. Los sujetos de 17 y 18 años de ambas escuelas, también obtienen un nivel de resiliencia moderado. Por medio de la prueba t de student, se encontró que no existen diferencias estadísticas significativas, entre los adolescentes de 17 y 18 años de ambas escuelas.

Discusión

El interés de esta investigación se basó en responder, qué capacidad de resiliencia presentan adolescentes de distinto contexto socioeconómico y si existen diferencias estadísticas significativas. Aspirando ser, un pasó más, que aporte evidencia empírica acerca de la capacidad de resiliencia en adolescentes de distinto contexto socioeconómico. A través de la aplicación de la Versión Argentina de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, se pudo lograr una aproximación al Nivel de Resiliencia (alta, media o baja) presente en la muestra observada. Para el análisis de la presencia de diferencias estadísticas significativas entre adolescentes de distintos contexto socioeconómico, se realizó un contraste de medias, a través de la prueba t de student, considerando solo los que superaban p=0,05 en la media. Se advierte que los resultados solo son válidos para la muestra estudiada.

Uno de los principales resultados de este estudio, indica que la muestra en total estaría representada por un nivel de resiliencia moderada (rango121-147), ya que la puntuación media alcanzada por los adolescentes encuestados fue de 131,75. De hecho el 61% de los adolescentes ingresaría dentro de esta categoría (ver Gráfico 1).

Este dato, se considera favorable, ya que señalaría que la gran mayoría de los adolescentes de la muestra, cuentan con esta capacidad para afrontar diferentes adversidades de la vida.

Al analizar si existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de resiliencia, entre los adolescentes de ambas escuelas, vale aclarar, que en este estudio, se consideró que la escuela (privada o pública) a la que pertenecen los adolescentes, delimita un contexto socioeconómico distinto. Se observó que ambos grupos de adolescentes estaban representados por un nivel moderado de resiliencia. Sin embargo, al contrastar sus puntuaciones, emergieron diferencias estadísticas significativas. Siendo los adolescentes de la escuela pública urbano-marginal los que obtuvieron mayor puntuación (p=127,46; p=137,94; p= ,000); (ver Tabla 1; Gráfico 2). Esto indicaría que en este grupo de adolescentes existiría mayor capacidad de resiliencia.

Este dato coincide, en gran parte con lo observado por Cordini (2005), quien halló que: los adolescentes brasileros de entre14-18 años, de diferente estrato social tienen respuesta diferente en el desarrollo de la identidad resiliente. Señaló, que adolescentes de estratos menos favorecidos tienden a desarrollar mayor resiliencia que los de clase social más alta.

Sin embargo, Prado y Del Águila (2003), difieren de estos resultados. En su investigación cuantitativa, llevada a cabo con adolescentes de Perú de entre 12- 14 años, hallaron que en cuanto al nivel socioeconómico existen diferencias estadísticas significativas en algunas áreas (interacción y creatividad a favor de clase baja y el área de iniciativa a favor de clase alta). Pero,

no existen diferencias estadísticas significativas, respecto a los valores totales de resiliencia.

Esta diferencia estadística observada, a favor de los adolescentes de la escuela pública urbana marginal, nos acerca al pensamiento de Krauskopf (1995), de que enfrentar adversidades permite a los seres humanos alcanzar niveles de competencia y salud. Asimismo, nos une a la opinión de Rutter (1991), de que frente a situaciones difíciles surgen ideas, habilidades, intuiciones, conocimientos e impulsos que reconectan con la vida y con una tendencia a crecer. Además se podría inferir que el contexto socioeconómico, es una variable que juega un papel importante en la capacidad de resiliencia.

A esto, se podría añadir, que se identifica lo que implica el concepto de resiliencia y lo hallado por la investigación pionera de Werner (1989), de que si bien, hay personas que viven en circunstancias que aumentan el riesgo de presentar patologías, esto no significa que inevitablemente contraigan algún tipo de problemas, reflejando de esta manera, la presencia de escudos protectores que hacen que se atenúen los efectos negativos y, hasta a veces, transformarlos en factor de superación.

Con respecto a las variables sociodemográficas: edad y sexo, los resultados que emergieron fueron los siguientes.

Por medio de la correlación r de Pearson, se percibió que a medida que aumenta la edad de los 83 adolescentes, aumenta el nivel de resiliencia (r= ,383; p=,000). Esto nos reflejaría que la edad es una variable a tener en cuenta, frente a la capacidad de resiliencia en los adolescentes. Lo observado, coincide con la investigación de Cordini (2005) quien concluye que la edad, es un factor importante ya que los adolescentes de mayor edad se muestran más resilientes que los menores, según este autor esto indicaría que la resiliencia es un proceso acumulativo en el desarrollo de una identidad con sentido de confianza y seguridad. Sin embargo, no se observó lo mismo cuando se indagó la correlación entre la edad de los sujetos, según escuela a la que pertenecen (ver Tabla 5 y 6).

A través de la prueba t, se observó, que los adolescentes de 17 y 18 años de la escuela pública presentan mayores puntuaciones. Sin embargo, está diferencia en los puntajes no condujo a diferencias estadísticas significativas, con los adolescentes de 17 y 18 años de la escuela privada.

Se considera prudente, recordar que los adolescentes de 19 y 20 años presentes en la muestra, son sólo de la escuela pública urbano marginal, por lo cual, a los fines de la investigación solo se contrastaron las edades presentes en ambas escuelas (ver tabla 7).

Los resultados hallados, en función de la variable, edad, nos permitiría hipotetizar, que la edad en adolescentes de distinto contexto socioeconómico, no sería una variable que incida en la capacidad de resiliencia. Pero sí, estaría relacionada con el desarrollo de esta capacidad a nivel general. Esto puede relacionarse con el desarrollo de mayor autonomía, conforme el adolescente madura, se distancia del núcleo familiar; o podríamos pensar que está correlación hallada responde a la hipótesis explicativa que Saavedra y Villalta (2008) propone para la edad de 19 a 24 años, que sería el entender está etapa llena de proyectos y vitalidad.

A la hora de analizar, la otra variable sociodemográfica: sexo, se observó que ambos estarían representados por un Nivel de Resiliencia Moderado (femenino 134,47, masculino 130,17). No se observaron diferencias estadísticas significativas entre ambos (ver Tabla 2). Estudios anteriores, también encontraron este dato (Prado y del Águila ,2003; Saavedra y Villalta, 2008).

Otras investigaciones, difieren de este resultado, ya que observaron diferencias estadísticas significativas entre los hombres y mujeres de su muestra. Cordini (2005) observa que son las mujeres las que presentan mayor capacidad de resiliencia. Por el contrario, González, Valdez y Závala (2008) lo observaron en los hombres.

Es importante destacar, que en este trabajo al contrastar las puntuaciones entre sexos según la escuela a la que concurren, se halló que son las mujeres de la escuela pública urbana marginal, las que presentan la mayor puntuación media de la ER (p=142,33), le si-

guen los hombres de esa escuela (p=134,47), luego las mujeres de la escuela privada (p=128,29) y por último, los hombres de la escuela privada son los que obtienen la media de menor puntuación (p=126,45).

A través de la prueba t de student, se apreció que existen diferencias estadísticas significativas entre las mujeres de ambas escuela (p=000). No se observó lo mismo entre los hombres (ver Tabla 3). Estos resultados, indicarían que el sexo, es una variable que podría incidir en la capacidad de resiliencia en adolescentes de distinto contexto socioeconómico. Siendo, está incidencia mayor entre las mujeres de distinto contexto socioeconómico y presentando una mayor capacidad las mujeres de la escuela pública urbano marginal.

Esta observación se considera pertinente, ya que como se ha podido notar, la mayoría de las investigaciones previas se concentraron en comparar lo que se observa entre ambos sexos, sin tener en cuenta el contexto socioeconómico al cual se pertenezca.

Cabe agregar que estudios anteriores, señalan que las mujeres obtienen mayores puntuaciones que los hombres, mostrando éstas una posible mayor capacidad de resiliencia (Prado & Del Águila, 2003; Cordini, 2005). Dentro de los estudios clásicos de resiliencia, como el de Werner (1982) y Rutter (1991) señalan que una de las cualidades resilientes es ser mujer.

En la presente investigación, como se explicó, esto se observó, pero específicamente en las mujeres que concurren a la escuela pública urbano marginal.

Conclusiones

Todos los seres humanos, en algún momento de sus vidas atraviesan situaciones que parecen difíciles de resolver o imposibles. Sin embargo, la realidad nos muestra, que no sólo hay personas que superan ciertas encrucijadas, sino que salen fortalecidos de las mismas, reflejando de esta manera, su capacidad de resiliencia. Es por esto, que la ciencia, se vio impulsada a estudiar este fenómeno que recibió el nombre de Resiliencia, considerada como una capacidad presente en todo individuo y susceptible de mejorar.

Unicef (2011), hace referencia a la presencia de distintas problemáticas que rodean a los adolescentes como: accidentes, sida, embarazo precoz, droga, depresión, etc. Siendo estas situaciones críticas en adolescentes de menores recursos socioeconómicos.

Pese a que todas estas conductas pueden darse, y de hecho se dan en niveles socioeconómicos más favorecidos, se plantea que los adolescentes de contextos más pobres, presentan mayor vulnerabilidad y riesgo frente a estos daños (Palma, 1990). Por esto, el interés de esta investigación se basó en responder, qué capacidad de resiliencia presentan los adolescentes de distinto contexto socioeconómico y si existen diferencias estadísticas significativas. Aspirando ser, un pasó más, que aporte evidencia empírica acerca de la capacidad de resiliencia en adolescentes de distinto contexto socioeconómico.

Se advierte, que si bien, el número de la muestra es importante, no es legítimo generalizar los resultados, ya que la muestra no posee características de representatividad al universo total de adolescentes de distinto contexto socioeconómico. Lo cual nos indica que las conclusiones solo son válidas para la muestra estudiada.

Se encontró que la capacidad de resiliencia entre adolescentes de distinto contexto socioeconómico es moderada. Sin embargo, se advierte que existen diferencias estadísticas significativas, observando en los adolescentes de la escuela pública urbano marginal mayor capacidad de resiliencia.

En cuanto al análisis de las variables sociodemográficas, en el caso de la edad se encontró que conforme aumenta la edad, se incrementa la capacidad de resiliencia. Sin embargo, no se observó lo mismo cuando se indagó la correlación entre la edad de los sujetos, según escuela a la que pertenecen.

Las edades de los sujetos oscilaban entre los 17 a 20 años y en ellas el nivel de resiliencia es moderado. Y aunque los adolescentes de la escuela pública urbano marginal obtuvieron mayores puntuaciones, no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos de adolescentes.

Se podría pensar entonces, que la edad no es una variable que incida en la capacidad de resiliencia entre adolescentes de distinto contexto socioeconómico. Pero sí a nivel general. Frente al análisis de la variable sexo, se percibió, que tanto los hombres y mujeres de la muestra en total, obtuvieron un nivel de resiliencia moderado. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ellos. Al comparar el sexo, según la escuela a la que pertenecen, se halló que entre los hombres de ambas escuelas, no existen diferencias significativas. Pero sí existen diferencias entre las mujeres de ambas escuelas, alcanzando mayor puntuación las mujeres de la escuela pública.

Esto permitiría hipotetizar que el sexo femenino que pertenece a contextos socioeconómicos de menores recursos, tiende a desarrollar mayor capacidad de resiliencia. Por esto, se cree necesario en futuras investigaciones seguir profundizando acerca de esta diferencia. Haciendo hincapié en estas tres variables: sexo femenino, resiliencia y contexto socioeconómico.

A modo de conclusión, podemos afirmar que los adolescentes de la escuela pública urbano marginal, los cuales representan a un contexto socioeconómico desfavorecido en relación a los adolescentes que concurren a una escuela privada, presentan una tendencia de obtener mayores puntuaciones en las diferentes variables analizadas: puntaje total de resiliencia, sexo y edad.

Esto nos introduce a varias reflexiones posibles. Una es, que claramente existe en este grupo de adolescentes una mayor capacidad de resiliencia. Por tanto, sería lógico pensar que el contexto socioeconómico al cual se pertenezca puede ser una variable que influya sobre la capacidad de resiliencia en los adolescentes.

Otra de las reflexiones posibles, es que si bien, pertenecer a un contexto socioeconómico desfavorecido, expone a una serie de factores de riesgo, esto no impide el desarrollo de la resiliencia. Debido a esto, podríamos acercarnos al pensamiento de Krauskopf (1995), de que enfrentar adversidades permite a los seres humanos alcanzar niveles de competencia y salud. Y además, si consideramos que la resiliencia se relaciona con salir fortalecidos de situaciones de adversidad, sería lógico pensar que los adolescentes en riesgo, posean una mayor capacidad resiliente.

Siguiendo la definición de resiliencia: de historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Werner, 1989). Se puede pensar que los adolescentes de la escuela pública urbano marginal, cuentan con una mayor preparación frente a futuros eventos estresantes.

Por otro lado, sería prudente advertir, que no ocurría lo mismos con adolescentes de la escuela privada, que quizás ante hechos que requieran de esta capacidad se muestren más vulnerables y requieran de ayuda para fortalecerse.

Sería interesante, en posteriores investigaciones al respecto, indagar que variables entran en juego en adolescentes que pertenecen a contextos socioeconómicos más favorecidos y que interfieren en la capacidad de resiliencia. Quizás, sería óptimo indagar si los padres pasan mucho tiempo fuera de casa debido a sus trabajos, lo cual, no permitiría establecer vínculos fuertes o continuando con el pensamiento de Krauskopf (1995), indagar si existe una sobreprotección hacia ellos, ya que según este autor la sobreprotección vulnera, más que la no exposición al peligro.

Otra propuesta para futuras investigaciones que enriquecería los resultados de este estudio, sería realizar un estudio longitudinal, que abarque desde la etapa de la infancia hasta la etapa adulta, con el fin de seguir indagando como se presenta la capacidad de resiliencia por estas distintas etapas y según el contexto socioeconómico al cual se pertenezca.

Referencias

Cordini, M. (2005). La resiliencia en adolescentes del Brasil. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 001, (3) ,1-18.

Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.

González, N.; Valdez, J. y Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes Mexicanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 13, (1), 41-52.

Grotberg, E. (1995). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Washington: OPS.

Krauskopf, D. (1995). *Adolescencia y Educación*. San José de Costa Rica: Euned.

Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, M.; Suarez Ojeda, E.; Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*.Washington: OPS/OMS.

Palma, I. (1990). Embarazo en adolescentes: daño psicosocial y proyecto de vida. En Generación de compiladores CIDE, CIEPLAN, INCH, PSIPIRQUE, SUR (compiladores). *Los jóvenes de Chile hoy* (pp. 186-224). Santiago.

Prado, R. y Del Águila, M. (2003). Diferencia en la Resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona: Revista de la Facultad de la Universidad Nacional Federico Villareal de Lima*, 6, 179-196.

Rodriguez, M.; Pereyra, M.; Gil, E.; Jofré, M.; De Bortoli, M. y Labiano, M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72-82.

Rutter, M. (1991). Resilience: some conceptual considerations. *Journald of Adolescent Health*, 8, (14), 626-630.

Saavedra, E. y Villalta, M. (2005). *Escala de resiliencia (SV-RES). Para jóvenes y adultos (2ed)*. Santiago, Chile: Ceanim.

Saavedra, E y Villalta, M. (2008). *Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. Liberabit: Revista de Psicología*, Lima Perú, 14, 30-40.

Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Buenos Aires.

Seligman, M. (2004). *Conferencia sobre Psicología Positiva*. Disponible en: http://www.ted.com/talks/lang/es/martin_seligman_on_the_state_of_psychology.html. Consultado: 24 de julio 2011.

Seligman, M. y Peterson, Ch. (2007). *Psicología clínica positiva*. En L. Aspinwall y U. Staudinger (Eds.), *Psicología del potencial humano* (pp.409-425). Barcelona: Gedisa.

Unicef. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011.La adolescencia una época de oportunidades*. New York: Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia.

Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement,* (1), 165-178.

Werner, E. (1989). *High-Kisk Children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years*. New York: American Journal of Orthopsychiatry.

Diego Pérez[1]
Universidad de Congreso, Mendoza - Argentina

Discapacidad

Soportar una incumbencia ¿hacia dónde nos dirigimos en la discapacidad?*

Resumen

¿Cómo pensar la incumbencia del psicólogo en las instituciones que abordan la denominada "discapacidad"? ¿Y el psicoanalista? ¿Desde dónde ha sido pensada la discapacidad, y quién la piensa? Estas son algunas de las preguntas que fundamentaron el desarrollo del siguiente trabajo. En el marco de las jornadas de psicología de la Universidad de Congreso, y posibilitado por la proximidad de una práctica en una institución. El objetivo, en una vuelta sobre lo escrito, será el descentralizar la mirada sobre lo mirado, y preguntar por la palabra y la escucha, elementos fundamentales para la labor del psicólogo. Integrando en esa tarea su función y su posición frente a las demandas, localizando el lugar del sufrimiento en una historia clínica de los sujetos y no tan sólo de las nominaciones institucionales. Y finalmente proponiendo estrategias desde la que partir para una reinvención, en el trabajo con la llamada "discapacidad".

Introducción

El sujeto no se desarrolla, porque está anticipado en una estructura dada. A posteriori, porque él mismo comienza a hacer uso de la cadena significante, recapitula como insuficiencia lo que en el momento mismo de ocurrir, en cada momento presente de su historia, apareció como suficiencia de una estructura plena. (Jerusalinsky, 1988, p.35).

Se me ha hecho inevitable tomar está cita pronunciada por Alfredo Jerusalinsky (1988) de su Libro "Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil", y extraer de esta manera el fragmento de un relato acerca de una consideración que no puede ser dejada de lado ante la futura producción. Para hablar de la discapacidad, es necesario oír los discursos que en lo actual nominan a "determinados tipos de sujetos". Resulta no poco dispersa la noción de que cuando se trata de abordarla, nos es imprescindible contar con la presencia de más de una disciplina, que pueda hacer foco en la situación.

[1] *tiegosperez@yahoo.com.ar*

** Trabajo presentado en las Sextas Jornadas Abiertas de la Carrera de Psicología de la Universidad de Congreso 2011 "Encrucijadas Clínicas".*

¿Cómo distinguir el abordaje de la discapacidad como tema en lo diferencial de un problema? ¿Quiénes son estos de los que se habla continuamente en congresos y jornadas? "¿Se trata de sujetos analizables?" mencionaba un compañero. Lo que se desarrolla y lo que no. Lo que funciona y lo que no. La dualidad ha sido ordenadora en lo humano con el fin de excluir al tercero de forma radical, un tercero del cual nada se quiere decir y que evita.

Si el sujeto no se desarrolla ¿hacia dónde va? ¿Hacia dónde está siendo dirigido? El sujeto se presenta allí, en escenas de diferentes ámbitos, al esquive de la continuidad y armonía propuesta por el relato científico. Las diferentes maneras de llamar a la discapacidad pueden hacernos pensarla como un relato más, un testimonio sobre las maneras de "reinventar al otro", localizarlos, nombrarlos, esquematizar formas de trabajo, y poder huir lo más pronto posible. Se los llama… pero no son ellos quienes responden.

Ahora, ¿qué desde el psicoanálisis? Para iniciar el camino elijo citar a la licenciada en psicopedagogía Viviana Cuevas (2011), de un libro muy bueno llamado "Relatos de Integración":

> *(…) el analista reinventa su lugar cuando es demandado en lugares no tradicionales. Reinventar el psicoanálisis es hacerlo existir allí donde su existencia no está asegurada, cada vez en cada caso. (Cuevas, 2011, p. 72).*

La propuesta de reinventar un lugar me es de útil ventaja al aventurarme en la trayectoria que enmarca una práctica, una excelente pretexto para cuestionar los "arquetipos" sostenidos sobre la posición del psicólogo: el psicólogo o analista sentado junto a su biblioteca de libros gruesos y esperando toquen timbre para luego abordar otros cincuenta minutos más de consultorio. Ese no sería el lugar excluyente, pudiera ser uno más. Dependerá de los espacios a donde pueda ser llevado el quehacer, acompañado de una posición ética ajustada a los principios de un suceder profesional. Lejos de lo que encaminaría un "desarrollo lineal" hacia lo ideal y el edificio jerárquico de poderío, proponer puntos desde donde algo de "la discapacidad" se nos escapa inevitablemente, algo concurre para poner un límite en la práctica, ¿no así en las intervenciones? La encrucijada clínica sorprende, y de qué formas.

Desarrollo

Los elementos que son utilizados para comunicar lo que ocurre con la discapacidad tienen un carácter propio, particular dentro de "lo que se dice del otro". Desde ya cabe anticipar que no se habla de otro cualquiera. Es otro que, como la locura, ha tenido múltiples nombres.

No cesan de no inscribirse las formas que versan e inundan el espectro de la llamada "discapacidad". Cada vez más categorías, más surgimientos y nuevas modalidades. ¿Dónde pudiera encontrarse algo nuevo en las discapacidades? ¿Qué se repite en lo dicho y qué introduce ese decir a los aparatos ideológicos con que nos conducimos? Lo nuevo pudiera plantearse en varios términos. Uno de ellos es el que voy a denominar progreso científico ¿qué persigue la ciencia en lo psíquico? Observar, preguntar, hipotetizar, realizar el trabajo de campo, corroborar o no hipótesis, concluir (así continuamente). El prestigio científico se debería a no otra cosa más que a la comprobación continua del límite para reconocer otro límite: cómo la carencia puede mantenernos en forma, si la producción es en dirección a no querer saber sobre estas faltas constitucionales, tantas veces denunciada por el psicoanálisis. El objetivo es la gran utopía de curación del sufrimiento, por lo menos a nivel de los enunciados que hablan de la salud. Mucho se dice continuamente acerca de que las relaciones entre saber y objeto están mediadas por políticas, economía, márquetin y otros elementos más que constituyen al capitalismo. Pero el progreso científico va más allá de esa mediación especular. En lo referente a la discapacidad, ese progreso busca nuevas formas de curar al otro, de tratarlo y, hasta me animo a decir: de evitarlo, de lograr una distancia que dignifique lo llamado "propio" diferente de lo "ajeno". Ubicarnos del lado de la mismidad, de lo homogéneo "lo que dice todo de nadie y nada de ninguno", es ubicarnos del lado de quienes llevan en su espalda el deber de curar (tratar, proteger, etc) al otro indefenso, al otro en falta. Tendría que tener un espacio particular el poder pensar los estragos del amor, es decir, lo que en nombre del amor se hace en discapacidad.

El soporte de una incumbencia en el campo clínico y/o institucional respecto de una disciplina que se considera en tratamiento de la salud psíquica requeriría, tomando en cuenta esta perspectiva, estar al tanto de lo que surge y contiene una especificidad en lo referente al sufrimiento humano. Acerca de este último punto, hacer una división en lo específico de las intervenciones será ponerla en juego, "alambrar los campos para que no se escapen las ovejas no da seguridades de que algún zorro no pueda entrar".

Es en donde la discapacidad ha sido situada, por lo menos así puedo observar ¿Qué será lo que viene con/en ella? ¿Qué hacemos con ella? No hay mucho tiempo para ponerse a pensar. Quizá tampoco haya muchas ganas de hacerlo. Algo ocurre con algunas instituciones, pero específicamente las que abarcan el espectro "discapacidad", se desarrollan en la actualidad determinados procedimientos a través de los cuáles se reconoce la necesidad de juntarse a pensar y de que en la soledad del consultorio se hace difícil."

> *Hoy, lo que adquiere un sentido primordial es, cómo hacemos y qué es estar juntos en las instituciones educativas… que cada uno haga su papel, la ficción de estar juntos ya la conocemos, la pregunta por el estar juntos es la que hoy va a merecer ser pensado. (Skliar, 2003).*

¿Y la educación del discapacitado? Estaría a punto de desaparecer o en camino de mutar pero no ya de resistir por mucho tiempo, esa mirada invisible de la educación de medio siglo atrás, en donde el alumno debía ser objetivo de un Otro sediento de inquietud y prestigio:

> *Al poner la mirada sobre mi objeto encuentro en éste la mirada del otro. Lo que da cuenta de la creencia del mal de ojo es que ahí donde el sujeto mira está siempre, virtualmente, el Otro y que, además, sólo goza de su bien en tanto que otro; es decir, al colocarse en el campo óptico del Otro. Sobre todo objeto de goce del sujeto, el ojo del Otro parece tener primacía (esópica), lo que hace del "propietario" un supersticioso. Aquello que el sujeto detenta, el otro puede desposeerlo, arrebatárselo con la mirada. (Oyarzabal, 2004).*

La mirada que se presentifica en la escena como capaz de ser atrapada. Los mecanismos y las etapas procedimentales por los que desde el lugar del saber de la ciencia, desde el lugar pretendido de pensar a "los que no piensan", son cuestionados. Se desploman poco a poco los espacios que antiguamente encerraban al experimentado para ser observado y diagnosticado. Trabajar en las instituciones que en la actualidad constituyen y construyen la subjetividad remite directamente a poner límite a ese desplazamiento metodológico por el que se trasladan artefactos de una clínica médica, de consultorio, a un gabinete cicatrizado: figura presente en muchos establecimientos. Surgen los abordajes de emergencia, abordajes comunitarios y en salud mental se instaura una nueva ley N 26.657 que promueve el valor de la interdisciplina y un abordaje "afuera", en otro espacio. Estrategias que continuamente buscarán no ser rituales, sino tener un nombre y una participación responsable por quienes antiguamente se creía no podían serlo de su propia subjetividad.

¿Hacia dónde mira la psicología, y hacia dónde el psicoanálisis? ¿Nos hallamos en la posibilidad de realizar una renuncia pulsional respecto el objeto mirada en nuestra labor? ¿Somos Idóneos a no mirar con atención sino encontrarnos mirados en lo que miramos? ¿Estamos cuidando que los zorros no entren en el corral, o pensamos que quizá sin zorros no habría ovejas qué cuidar?

Educar, terapear, psicoanalizar

Si se pregunta por la incumbencia ¿qué se diría? Y no una incumbencia cualquiera.

Precisa en este instante ser introducido el eje de mi preocupación: soportar una incumbencia desde una perspectiva psicoanalítica dentro de una institución en donde se trabaja con la denominada "discapacidad".

La pregunta toca uno de los puntos específicos del quehacer en una clínica particular en donde determinadas premisas se nos superponen a cualquier tipo de intervención:

- "Toda clínica supone un real irreductible al que hay que atender" (Jerusalinsky, 1988, p. 74), y en lo específico de esta clínica queda subrayada dicha irreductibilidad. Esto, evidenciado en un límite de nuestra práctica que desde la entrada en ella tiene ya una configuración. Lo que en estos casos se pueda hacer refiere a considerar la necesaria interdisciplina, elemento que nos supone desplazados de la omnipotencia ante el paciente.
- Se confronta con un cuerpo que no se cura, tomando con cautela el concepto de la cura. En este caso se hace referencia a la cura médica, curación de los síntomas y del organismo. El sujeto se presenta generalmente sostenido por un Otro, avasallado en la posición de objeto y con toda una historia de promesas inalcanzables acerca de la reparación de lo perdido. Por esa razón creo que existe un traslúcido velo que preserva al analista de responder a la demanda de unos familiares que buscan reparar cuerpos rotos. Y por desplazamiento mentes rotas. El supuesto de "ellos pueden esperar, total, nunca dejarán de ser así" des-temporaliza la labor y los posiciona eternamente dentro de diferentes instituciones.
- El pasaje de un abordaje psicoanalítico a una educabilidad, supondría la imposición de un conocimiento ajeno que busca dominar al sujeto y posibilitarlo a responder a ciertas demandas de normalidad. Por supuesto, en muchos casos, para no responder a

ella. "¿Qué es un discapacitado? Justamente es una clasificación social. (…) dificultad del funcionamiento. (…) en el funcionamiento de las identificaciones con los otros." (Cuevas, 2011, p. 61) Los famosos y poderosos ideales de homogeneidad están presentes en muchas prácticas, cabe preguntarse hasta qué punto se puede acceder a ella en lo particularidad de la "discapacidad".

Educar. Y sus "múltiples derivaciones", tal cual cómo lo hace un profesional docente que no "está a la altura de atender determinado paciente", la escuela se convierte en el proyecto a futuro. Es decir, en un lugar que será habitado sólo por quienes lo soporten. Un lugar que ante los síntomas de sus dispositivos pedagógicos ha ido creando, entre ellos, la llamada educación especial: instituciones desde las que lo terapéutico se cruzaría con lo pedagógico. La escuela de la mirada invisible comienza a mirar de frente.

> *"(…) La educación especial ocupa un lugar necesariamente intermedio entre lo educativo y lo terapéutico" menciona Alfredo Jerusalinsky (1988, p. 90) en uno de sus libros. Introducir esa distinción y ubicar a la educación especial en medio de lo educativo y lo terapéutico no es azaroso al momento de definir la incumbencia del psicoanalista en las instituciones que trabajan la discapacidad.*
>
> *Distinguir una función dentro instituciones es central para la protección y prestigio de una posición ética que habla acerca de lo cada uno hace desde lo singular en marco particular de una profesión. Se cruzan en el camino la defensa de ideales y semblantes, pero en el marco de "lo que de uno se espera" resulta sencillo basarse en respuestas mecánicas a demandas manifiestas, quejas, y diplomas colgados en la pared. Es por eso que en lo que respecta la escucha psicoanalítica, no estamos privados de caer en el más basto positivismo y establecer un discurso Amo, totalizante, una educación de sentencia. A su vez, difuminarse en espacios que rondan lo ajeno, los límites y tocan algo de lo prohibido por las leyes del discurso que ordena.*

En el campo de la educación especial es necesario analizar más profundamente las relaciones entre pedagogía y psicoanálisis. No es deseable que los educadores abandonen su función y se dediquen a elaboraciones psicoanalíticas; tampoco el psicoanálisis puede sentar las bases de una imposible pedagogía analítica; sin embargo, hay algunas contribuciones que el psicoanálisis puede aportar a educador especial que se ve apremiado por la sociedad que demanda la adecuación del niño a las necesidades de la misma y por la demanda de los padres que exigen simultáneamente la transmisión de los conocimientos escolares y el desciframiento de su destino. (Oyarzabal, 2004, p. 61).

La pregunta ahora es, acerca de si se puede o no educar en un mismo espacio en donde se analiza. Psicoanálisis y educación pudiendo crear un especio nuevo entre ellos que bordee los agujeros hechos por el lenguaje, de él venimos y hacia el vamos.

Terapear. En la cita anteriormente pronunciada propongo a la terapia como en una línea que atraviesa decisivamente la educación del "especial". Es desde aquí de donde ha comenzado la pregunta por la incumbencia, y por soportarla. Como terapeutas, como profesionales propuestos para el resguardo de la salud psíquica humana, ¿Hacia dónde?

Terapear, y no estrictamente lo psíquico, puede referirse al atravesamiento de una experiencia en donde los conocimientos y saberes anteceden al objeto. Se tratará de la mirada. La observación. Terapiar como una modalidad de control sobre las bases orgánicas (respecto todo saber médico) y sobre bases orgánicas en su extensión real o analógica (en el caso de la teorías psicológicas). Cuando menciono la extensión analógica aludo al pasaje que se ha realizado de teorías sobre lo biológico para hablar de un objeto en la psicología. Ese pasaje con sus respectivos fundamentos sigue aun buscando toda causalidad psíquica en el organismo.

La sabiduría científica ha sabido entregar fundamentos para el tratamiento de lo psíquico y manipulación del mismo a través del resguardo positivista de sus metodologías. Sin embargo, en lo actual, la tradición traiciona, no soporta y avanza cada vez más rápido para hacer "como si... existiera la posibilidad de que no exista alguna otra."

> *(…) El hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de ciencia, no se ha*

tomado en el interior de su lenguaje y no se ha dado en él y por él, una existencia discursiva sino en la apertura de su propia supresión: de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología, de la integración de la muerte, en el pensamiento médico, ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo. (Foucault, 1966, p. 276).

El normal ahora se queja de serlo, cuando con suerte se queja de ello. ¿Qué me quiere? preguntan. Abordar la "discapacidad" desde esta modalidad terapéutica, desde una psicología, no es sino intentando reconstruir el equilibrio perdido brindando herramientas de una subjetividad "pobre". La búsqueda de elementos solidarios a reparar los daños de lo psíquico o físico se hace bajo la presunción de que algo allí debería ser de otra forma, ocupar otro espacio o cumplir otra función… pero no hacer doler. "Lo real de la experiencia de-muestra otra cosa", otra alternativa es brindada por un enfoque psicoanalítico en la problemática acerca de la "discapacidad."

Psicoanalizar (en tiempos de urgencia) y por último en este escrito. ¿Discapacitados quienes, cómo, cuándo y dónde? Pensar la discapacidad desde el psicoanálisis despliega varias ramas. Pero principalmente es de destacar aquella que co-rompe con la noción clásica de que el psicoanálisis tiene una aplicación neta y privativa de consultorio. En la actualidad es admirable como la aplicación de diferentes perspectivas psicoanalíticas son el sustento de prácticas en dispositivos de salud mental, entre otros. Específicamente hablando de lo que ocurre en nuestra facultad, la Universidad de Congreso, en un porcentaje que de no equivocarme sería del 100, se realizan continuamente prácticas pre profesionales en instituciones. Por razones particulares cada una de ellas abordará el campo desde diferentes perspectivas y teorías, pero es de destacar que, no sólo por la lectura de autores contemporáneos que cuentan sus experiencias de psicoanálisis en instituciones sino personalmente es gratificante poder afirmar que ya es hora de deshacernos de ciertas nociones clásicas.

En el marco consecuente de la nueva ley de salud mental, la urgencia, la denominada urgencia, puede ser planteada no como un tiempo que debe ser ahora o en unos segundos, como un tiempo que está urgente a que pase lo peor; sino como un tiempo donde trataremos de (por decirlo de alguna manera) hacer "un poquito menos urgente". Tener con qué, prever el encuentro con algo con que no sabremos qué hacer, pensar la clínica en el bidet… pero no hacer promesas sobre él. Escuchar la historia que sucede en otro lugar, en el lugar de las personas atravesadas por la discapacidad, y no sólo como discapacitados.

¿Estamos preparados para dicha incumbencia? ¿Para soportarla? ¿De qué discapacidad sería preciso hablar ahora? ¿Quiénes son los discapacitados de la clínica psicoanalítica?

Bibliografía

Cuevas, V. (2011). *Relatos de integración: Perspectivas psicoanalíticas sobre el devenir de los procesos de integración*. Buenos Aires: Letra Viva.

Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.

Jerusalinsky, A. et al. (1988) *Psicoanálisis en los problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Oyarzabal, C. (2004). *Torcer el destino*. Buenos Aires: Letra Viva.

Skliar, C. (2003). La educación para la diversidad bajo sospecha. *Novedades educativas*, 155 (1).

Skliar, C. (2010) *Conferencia Estar Juntos* [video], realizada en Paraná el 24 de abril de 2010. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=5rPEZhEObzl&feature=results_video&playnext=1&list=PL76E07C48203E19A8

Lic. Omar Castellani[1]
Universidad de Congreso - Mendoza - Argentina

La abdicación del Rey Bebo*

Introducción

Estas son viñetas de un caso que en el comienzo de la praxis psicoanalítica evidenció a quien la condujo los efectos traumáticos que tiene la cercanía de la pubertad, la importancia de los significantes que circulan en la estructura familiar en la dirección de la cura, y el modo en que el sufrimiento expresado a través de un síntoma de conversión puede ser mitigado instando al sujeto a que se haga de una voz y la use.

Caso Clínico

La mamá de J.I. solicita una consulta debido a los numerosos dolores de cabeza de su hijo de 10 años y 3 meses. Establezco una entrevista inicial con los padres, donde ambos concurren pero habla preponderantemente la madre, en tono de voz fuerte, expresando que el jovencito está "nervioso y sensible" y que ella lo amenaza diciendo "te estás alejando de la play" –en referencia al regalo que ha prometido hacerle para el cercano día del niño-.

La familia está compuesta por tres hijas mujeres ya mayores de edad, y este cuarto integrante que llegó 8 años después de la tercera. Consultado el padre acerca del momento en que se enteró que era varón, expresa: "todavía me duele el chichón del salto que pegué"…chiste que sugiere quizás un decir acerca de lo que significaría ser varón en esta familia: un gran dolor de cabeza…

La hija mayor ha quedado embarazada a los 18 años, se disgustó con el padre de la niña, y ambas viven en la misma casa…la niña, de 4 años al momento de la consulta, llama mamá a la abuela y los entrevistados afirman que J.I. "le tiene unos celos terribles…"

En cuanto a los antecedentes parentales, la madre sufría jaquecas en su juventud, y J.I. tenía jaquecas infantiles antes de almorzar o cenar…pero eran periódicas, mientras que actualmente son varias veces por semana. Habiendo realizado los análisis médicos pertinentes y no habiendo motivo desde lo orgánico para tales dolores, se deciden a consultar.

La madre sigue relatando que a "Bebo" –tal es el sobrenombre del sujeto-apenas le empieza a doler la cabeza lo traen desde la escuela o el club, lo acuesta, llora y muchas veces vomita, tiene que dormir varias horas para recuperarse.

[1]*omarcastellani@hotmail.comm*

** Trabajo presentado en las Sextas Jornadas Abiertas de la Carrera de Psicología de la Universidad de Congreso 2011 "Encrucijadas Clínicas".*

Se escucha un ceremonial de sufrimiento a través del cual toda la familia se reúne en torno al sujeto, lo miman y lo cuidan: una imagen que sugiere al analista la metáfora freudiana de "Introducción al narcicismo": his majesty the baby (Freud, 1914).

La primera sesión con el sujeto, expresa que no sabe por qué está en el consultorio…ha traído "unas bolitas para jugar" y dibuja una familia donde "hay un hijito muy chiquito" que ubica al lado del padre, alejado de la madre y con unas dimensiones de las cabezas muy pronunciadas. Los cuerpos aparecen indiferenciados. Mi intervención es: "no es tan chiquito, ya tiene diez años…" Al llamarlo destaco su nombre y muestra extrañeza porque no utilizo su sobrenombre…

Al establecer significaciones sobre el dibujo, expresa: "le duele la cabeza"…"¿desde cuándo le duele?"..."desde los seis años"…"¿y qué pasó a los seis?"..."se me cayó una maceta en la cabeza"…

A los seis años de J.I. nació su sobrina…puedo hipotetizar en base a la teorización freudiana en cuanto al sepultamiento del Complejo de Edipo y el Ideal del Yo consolidándose como su herencia…ideales de un padre callado que resultan desdibujados en cuanto a una de las preguntas edípicas fundacionales: ¿qué es ser varón?, ¿qué es ser mujer?...al tiempo de establecer respuestas posibles, el advenimiento de una niña viene a reclamar el trono a su Majestad el Rey Bebo:

> *Y sobre este yo ideal recae ahora el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real. El narcisismo aparece desplazado a este nuevo yo ideal que, como el infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas. Aquí, como siempre ocurre en el ámbito de la libido, el hombre se ha mostrado incapaz de renunciar a la satisfacción de que gozó una vez. No quiere privarse de la perfección narcisista de su infancia, y si no pudo mantenerla por estorbárselo las admoniciones que recibió en la época de su desarrollo y por el despertar de su juicio propio, procura recobrarla en la nueva forma del ideal del yo. Lo que él proyecta frente a sí como su ideal es el sustituto del narcisismoperdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal. (Freud, 1914, p. 90).*

Otros significantes recortados de las primeras sesiones: "yo hace mucho que no hablo, mi mamá habla"… "mi letra es muy grande, no hago la letra que quiere mi mamá"…referencias reiteradas a intentos de robo que ha sufrido el padre, referencias a los temblores, a lo grande y lo chiquito…empiezo a aportar información acerca de los cambios corporales en la pubertad…

Me cuenta que juega al tenis, el deporte preferido de su papá y que muchas veces juega con él, "me gusta que gane él"…expresa… En subsiguientes entrevistas con los padres, sugiero algunas indicaciones: que lo dejen de llamar Bebo, que le llamen por su nombre (que era el de su abuelo paterno también), que a la niña cada vez que llame mamá a su abuela la misma le explique y aclare la situación…

J.I. comienza a referir más a su dolor de cabeza como un modo (particular) de sufrimiento dándole estatuto de síntoma, el motivo principal por el que concurre. En la conducción de la cura se sostiene la intervención de modo que ponga en la conciencia que muchas veces su dolor le impide hacer lo que le gusta…la interpretación lo implica a hablar, comienza a separar lo que le gusta a él de lo que le gusta a su madre y lo que él dice de lo que dice su madre:

"Mi mamá dice que…".

"y vos qué decís?..."

Es el tiempo del análisis que transcurre para efectuar la separación discursiva del hijosíntoma al síntoma del sujeto…

Me cuenta que la mayoría de las veces el dolor de cabeza comienza en el club, cuando está entrenando para tenis…el momento preciso es en "Físico" (por Instrucción Física)… le pregunto ¿y qué es Físico?.

-.y, el cuerpo-

-…ah, el que te está cambiando…-intervengo…

Las muchas horas de sueño que tiene que atravesar para superar sus grandes jaquecas me remiten al despertar que Lacan alude irónicamente en cuanto a los sujetos puberales de la obra de Frank Wedekin: "el asunto de qué es para los muchachos hacer el amor

con las muchachas, marcando que no pensarían en ello sin el despertar de sus sueños…" (Lacan, 1974)

En una oportunidad, la madre llama para avisar que no lo va a traer porque le está comenzando la jaqueca (están viniendo desde el club, donde ella lo va a buscar y hasta a veces se queda "por si le empieza el dolor de cabeza")…la intervención va en la vía de indicar que igual lo traigan. Llega pálido y serio, se le invita por primera vez que se recueste en el diván, en un intento por hacer semblante de inicio del ceremonial de adoración. Entonces, se lo insta a describir cómo y qué siente: que diga, "lo primero que se le venga a la cabeza"…

En momentos, se levanta, va a la caja de juegos y saca plastilina…hagamos los animales preferidos, vení ayudame…empieza a hacer un león "recién le estoy haciendo la cabeza"…luego dice "mi mamá es muy exigente"…hace la cabeza tan grande que se cae… "la cabeza se me va"…entonces la intervención "pero si tiene un cuerpo para sostenerla!"…seguidamente juega toda la sesión, el juego sustituye el dolor de cabeza…

De un león de plastilina a cuya cabeza le fue restando masa para darle forma a un cuerpo, a embocar la pelota en una caja…el león queda sobre el escritorio… al finalizar la sesión, llega a la puerta del consultorio, pero se vuelve corriendo…pará!…toma un pedacito de plastilina roja y le pone en la cabeza al león: "le faltaba la boca!"

He aquí un sujeto que se debatiéndose en su análisis entre el reinado de su niñez y la tormenta y empuje de la pubertad…entre la angustia por "dejar la play, dejar de jugar" y el asco a la sexualidad…un sujeto de regreso a las bolitas y la plastilina por reprimir lo que en "Físico" se hacía evidente…un sujeto cuyo cuerpo no terminaba de ser suyo, tomado por un león que (voz) iferaba de tal modo que aturdía y no permitía decir con voz propia- "le faltaba la boca"…

Pero el tratamiento del síntoma en la cura ocasionó un decir, permitió que el sujeto jugara y se jugara, que dejase caer el protocolo y se (a)rriesgase a bordear el objeto invocante a partir de un cuerpo propio, que sostuviese una cabeza dolorida por las preguntas silenciadas acerca de la sexualidad.

En aproximadamente un año de tratamiento, las jaquecas fueron cediendo hasta desaparecer… actualmente tiene 14 años y de vez en cuando le duele la cabeza, "pero no pasa de eso, como a todo ser normal"…en el facebook ya exhibe un corte flogger y ha pasado de que lo llamen Bebo a hacerse llamar Nacho.

Bibliografía

Freud, S. (1914). *Introducción al Narcisismo*. Obras Completas: Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.

Lacan, J. (1974). *El despertar de primavera*. Intervenciones y textos II. Buenos Aires: Manantial, 2007.

PSI 01

Revista Electrónica de Psicología

ISSN 2314-0224

Departamento de Psicología

Universidad de Congreso

Colón 90. CP 5500, Mendoza. Argentina

Tel. (+54-261) 4230630

www.ucongreso.edu.ar

info@ucongreso.edu.ar / psiucrevista@ucongreso.edu.ar

Universidad de Congreso UC