

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TESINA DE GRADO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Creencias acerca de la prevención en salud mental en profesionales integrantes de un equipo de salud mental. Un estudio descriptivo.

TESINISTA: Leonardo Gabriel Dolengiewich

DIRECTOR DE TESINA: Lic. Gustavo Tomba

Noviembre 2019

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Gustavo Tomba

Nota:

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen | 5 |
| Abstract | 6 |
| Agradecimientos | 7 |
| Introducción | 8 |
| Primera parte: marco teórico | 10 |
| Capítulo 1. Prevención en salud mental | 11 |
| 1.1. El concepto de salud | 11 |
| 1.2. Modelos de salud | 12 |
| 1.3. Los efectos en la salud pública de la adopción del nuevo paradigma | 14 |
| 1.4. Salud mental y prevención | 16 |
| Capítulo 2. Las creencias en el contexto de la TREC | 19 |
| 2.1. La TREC en el contexto de las terapias cognitivo-conductuales | 19 |
| 2.2. El procesamiento de la información desde la teoría cognitivo-conductual | 20 |
| 2.3. Los conceptos básicos de la TREC | 22 |
| 2.4. Las creencias | 24 |
| 2.5. La detección de las creencias | 28 |
| Segunda parte: marco metodológico | 33 |
| Capítulo 3. Marco metodológico | 34 |
| 3.1. Encuadre general | 34 |
| 3.2. Encuadre metodológico | 38 |
| Presentación y análisis de resultados | 46 |
| Conclusiones | 70 |
| Discusión de resultados | 74 |
| Bibliografía y fuentes de información | 75 |

Resumen

El concepto de salud y las formas de trabajo en salud pública se han ido modificando a lo largo de la historia. En la última mitad del Siglo XX, se produjo un giro importantísimo, en el que se modificó el paradigma: se pasó de uno centrado en la enfermedad y sus determinantes a otro con la mirada puesta en la salud y sus determinantes. Este cambio tuvo resonancia en la salud mental, sobre todo en las prácticas de prevención y promoción de la salud mental. En este contexto, esta investigación hace foco en las prácticas preventivas que se realizan en un Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infanto Juvenil de la Provincia de Mendoza.

La presente tesina es una investigación cualitativa de carácter descriptivo–fenomenológico. Se trabaja desde el concepto de creencias que propone Albert Ellis en su Terapia Racional Emotivo Conductual, que se inscribe en la psicología cognitivo conductual. Concretamente, se brinda un análisis de las creencias que tienen los profesionales que trabajan en los dispositivos preventivos de este Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infanto Juvenil, haciendo foco en la racionalidad o irracionalidad de estas creencias y las implicancias del Predominio de creencias racionales que se ha hallado.

Palabras clave: salud, salud mental, prevención, promoción, creencias.

Abstract

The concept of health and the ways of working in public health have been modified throughout history. In the last half of the twentieth century, an important turn, in which the paradigm was modified, took place: it changed from a paradigm focused on the disease and its determinants to another one focused on health and its determinants. This change had a resonance in mental health, especially in mental health prevention and promotion practices. In this context, this research focuses on the preventive practices that are carried out in a Preventive and Assistance Center for Infantile and Juvenile Mental Health in the Province of Mendoza.

This thesis is a qualitative research of a descriptive-phenomenological nature. It works from the concept of beliefs proposed by Albert Ellis in his Rational Emotive Behavior Therapy, which is part of cognitive behavioral psychology. Specifically, we provide an analysis of the beliefs of the professionals who work in the preventive devices of this Preventive and Assistance Center for Infantile and Juvenile Mental Health, focusing on the rationality or irrationality of these beliefs and on the implications of the predominance that have been found of rational beliefs.

Keywords: health, mental health, prevention, promotion, beliefs.

Agradecimientos

A mi madre, a mi padre, a mi hermano. A toda mi familia.

A Gustavo Tomba, una persona hermosa, una persona generosa y capaz, una persona que me ayuda a crecer, a creer y a ver las cosas desde puntos de vista siempre más interesantes.

A mis compañeros de covisiones, sin cuya contención y sin cuyas ideas, abrazos, retos y empujones, esta tesina hubiera sido un camino mucho más difícil, mucho menos disfrutable.

Al equipo de trabajo del Infanto de Godoy Cruz, por todas las manos que me tendieron, por el cariño, la paciencia y la predisposición.

Al equipo de trabajo del Infanto de Capital, por la predisposición, la apertura y la confianza; por abrirme las puertas concretas y simbólicas del establecimiento, de los dispositivos preventivos y de sus opiniones.

A Analía Gallego, por la buena predisposición, por haberme facilitado el contacto con el Infanto de Capital.

A Licky, porque tiene mucho que ver con este cierre, con este camino. Y por tantos motivos más.

A tres amigas que contuvieron mis angustias y me aportaron herramientas técnicas ante momentos de parálisis en el proceso de esta investigación: Natalia Marengo, Beatriz Soria, y Carina Quintero.

A Mónica Valgañon y Daniel Venturini, por sus aportes técnicos y de criterios en distintos momentos de esta investigación.

Introducción

El concepto de salud y las formas de trabajo en salud pública se han ido modificando a lo largo de la historia. En la última mitad del Siglo XX, se produjo un giro importantísimo, en el que se modificó el paradigma: se pasó de uno centrado en la enfermedad y sus determinantes a otro con la mirada puesta en la salud y sus determinantes, es decir que se empezó a poner el foco en qué es la salud y cómo se la puede fortalecer más que en cómo se puede prevenir o hacer remitir las enfermedades. Así, surgió la promoción de la salud, que es definida como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

En el ámbito de la salud mental, este cambio se vio reflejado de manera directa: ya no se concibió la misma como ausencia de patología mental, sino desde una definición por lo positivo por todo lo que sí implica la salud mental: un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este marco, las prácticas de prevención y promoción de la salud mental son herramientas importantes en el sistema público de salud, dos herramientas que se solapan, que cooperan y que implican creatividad y compromiso de parte de quienes se encargan de pensarlas e implementarlas.

En este contexto, esta investigación hace foco en las prácticas preventivas que se realizan en un Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infanto Juvenil de la Provincia de Mendoza. En el mismo, tienen lugar siete dispositivos preventivos, cada uno de ellos destinado a un segmento particular de la población y con objetivos y modalidades de trabajo particulares.

La presente tesina es una investigación cualitativa de carácter descriptivo-fenomenológico. Se trabaja desde el concepto de creencias que propone Albert Ellis en su Terapia Racional Emotivo Conductual, que se inscribe en la psicología cognitivo conductual. Las creencias son reglas generales de las que la persona no es consciente (o no lo es del todo) que se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias tempranas; que forman la base para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar estímulos; y que forman la base para la categorización y

evaluación de experiencias que las personas viven. Estas pueden ser racionales o irracionales, según su flexibilidad, su lógica y su funcionalidad.

Concretamente, este trabajo aporta un análisis de las creencias acerca de la prevención en salud mental que tienen los profesionales que trabajan en los dispositivos preventivos de este Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infanto Juvenil, haciendo foco en la racionalidad o irracionalidad de estas creencias y las implicancias del predominio de unas u otras.

El valor de esta investigación es el aporte que significa para el equipo de profesionales de este Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infanto Juvenil, ya que indagar acerca de las creencias que tienen de la prevención en salud mental puede abrir preguntas al respecto, lo que podría generar un replanteo de la actividad preventiva que allí se realiza o una ratificación de los rumbos que se vienen transitando en esta área.

Entiendo que es necesario y que puede ser muy enriquecedor que un equipo interdisciplinario que trabaja en una tarea en común se pregunte qué piensa de esa tarea y cómo la piensa.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Prevención en salud mental

1.1. El concepto de salud

Los términos con los que definimos un concepto hablan de la importancia que le conferimos, del paradigma desde el cual leemos ese concepto y el mundo en general. Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz (2001, 3) aportan, en este sentido que “la salud ha sido una preocupación constante en todas las sociedades y culturas; su definición e interpretación conceptual han evolucionado a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento y de la metodología empleada para analizarla”. Hoy, la salud es considerada en todas las sociedades como uno de los grandes valores individuales y colectivos, al que las personas y las instituciones dedican una parte importante de sus recursos materiales e intelectuales. Junto con otros valores como la justicia, la libertad o la educación, es concebida como un bien al cual las personas tienen derecho y que debe ser conservado (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001).

“Definir la salud, o establecer un concepto de esta, es un intento de abstraer una percepción de la normalidad, tanto si consideramos el término normal en su sentido bioestadístico, como en el de ideal que se desea alcanzar” (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001, 4).

En 1948, en el preámbulo de su constitución, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de la enfermedad o dolencia”. (Organización Mundial de la Salud, 2006, 1). En esta definición, se reconoce a una persona sana como aquella que puede mantener un estado de bienestar no solamente en su anatomofisiología, sino también en sus afectos, su mente y sus relaciones interpersonales y con su comunidad (Barrenechea, C. et al., 1993).

Esta definición aportó elementos innovadores importantes respecto de la definición clásica de ‘ausencia de enfermedades o invalideces’: sobre todo, que por primera vez se definió la salud en términos positivos y no negativos y que se incluyeron las áreas mental y social como componentes de la salud. No obstante, ha recibido críticas negativas referidas principalmente a tres aspectos: es una

definición utópica (la definición es un ideal a alcanzar, una declaración de principios y objetivos imposibles de alcanzar, por lo que resulta poco operativa en el momento de determinar actividades para su consecución); es una definición estática, lo que entra en contradicción con cualquier fenómeno vital (de hecho, incluye el término “completo”, cuando existen diversos grados de bienestar y de salud); es una definición subjetiva, ya que hace referencia sólo a bienestar y no considera aspectos objetivos, como la capacidad de funcionamiento (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001).

Ante las críticas citadas, han surgido muchas nuevas definiciones, sobre todo a partir de modelos ecológico-sistémicos. Entre ellas, la de Milton Terris (1987, citado en Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001, 7): “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; o la de Floreal Ferrara (1983, citado en Barrenechea, C. et al., 1993, 20): “La salud se expresa cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone; y cuando de esa lucha logra resolver la situación física, mental o social en la que vivimos, modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones”.

Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz consideran que la mayor parte de estas definiciones surgidas a partir de las críticas hechas a la de la OMS son superadoras respecto ella, aunque menos aprehensibles por necesitar explicaciones complementarias. Ante esto, concluyen que aunque no exista un acuerdo generalizado acerca de la definición de salud, “resulta evidente la necesidad de un concepto normalizado que sea ampliamente conocido y aceptado. Pese a las críticas que puedan hacersele, la definición propuesta por la OMS presenta esas características y puede ser considerada como la más universalmente citada” (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001, 11).

1.2. Modelos de salud

La salud, como hemos visto, es una cuestión compleja. Por ello, para abordarla, para definirla, para operativizarla, además de los conceptos pueden utilizarse modelos. Un modelo es una representación formal, generalmente fácil de

graficar, que se usa para el estudio o la descripción de realidades complejas. El Diccionario de la Lengua Española lo define como un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión (Real Academia Española, 2018).

Los distintos modelos de salud toman como punto de partida los determinantes de la salud, que son “aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o una comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2004, 18).

En cuanto a la salud y sus determinantes, pueden diferenciarse dos grandes modelos: el modelo tradicional o ecológico y el modelo de Lalonde.

El modelo tradicional o ecológico consta de tres componentes: el agente, el huésped y el entorno o ambiente.

Entre los agentes de la enfermedad, se encuentran: los biológicos, como los microorganismos infecciosos; los físicos, como el frío o el calor, y los químicos, como los tóxicos. Los factores del huésped son elementos intrínsecos que influyen en la susceptibilidad del individuo a los agentes anteriores. Por último, el entorno está formado por elementos extrínsecos que influyen en la exposición al agente. La interacción entre los tres elementos de esta cadena determina, según este modelo, la aparición de la enfermedad (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001, 14).

Esta forma de entender los determinantes de la salud/enfermedad se originó a finales del Siglo XIX, cuando las enfermedades infecciosas eran la principal causa de enfermedad y muerte en los países desarrollados. En este modelo, hay una relación causal unidireccional y unívoca, en la que un solo agente produce un único efecto. Ese solo agente es suficiente para causarla y ninguna otra variable entra en consideración, más allá de ciertas variables ambientales muy básicas, como las condiciones climáticas que favorecen o entorpecen el desarrollo o la propagación del agente.

Pero a lo largo del Siglo XX, los países desarrollados experimentaron cambios en cuanto a las principales causas de mortalidad: se sustituyeron las enfermedades infecciosas por enfermedades crónicas —como las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes— y las lesiones por accidentes. Entonces, fue necesario pensar un nuevo modelo que ampliara la comprensión y la posibilidad de prevención de estas causas.

Así, en la década de 1970 surgió otro modelo, en el que la salud empezó a ser considerada como algo más que la ausencia de enfermedad: la salud es el resultante de la interacción de un conjunto de factores: el ambiente, los estilos de vida, la biología y el sistema sanitario. Este modelo es conocido como modelo de Lalonde porque el primero en aplicar sus bases para planificar la política de salud de un país fue el entonces Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, en 1974 (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001).

Dicho modelo supone una relación causal en la que varias causas (todas las incluidas en el modelo) pueden producir varios efectos simultáneamente. A menudo, ninguna de estas causas es suficiente para producir un determinado efecto, por ejemplo una enfermedad; es decir, en general, se pasa de un modelo causal determinístico a otro probabilístico, en el que encajan bien los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Además, es un modelo holístico que pretende incluir todos los determinantes conocidos de la salud/enfermedad. Estos determinantes son agentes físicos, químicos o biológicos (en el sentido amplio del mundo biológico o natural) y, a diferencia del modelo anterior, incluyen además factores como el estrés, la hostilidad, la clase social o el apoyo de las personas que nos rodean (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001, 16).

Otras formas de mencionar los dos modelos descritos son: modelo biomédico y modelo biopsicosocial o modelo patogénico y modelo salutogénico (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2004).

1.3. Los efectos en la salud pública de la adopción del nuevo paradigma

Este nuevo modelo implicó el surgimiento de la promoción de la salud, práctica que se sumó a las otras tres que ya existían en los sistemas de salud pública que funcionaban según el modelo biomédico: prevención, atención y rehabilitación. Estas tres están focalizadas en la enfermedad y en los determinantes de ésta, en tanto que la promoción se pregunta y acciona en función de los determinantes de la salud.

La promoción de la salud fue definida en la Carta de Ottawa como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren” (Organización Mundial de la Salud, 1986). “Afecta al conjunto de la población en su vida diaria y está dirigido a la intervención sobre los determinantes de la salud (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001, 14). Su objetivo es capacitar a la población y dotarla de recursos para que pueda mantenerse en niveles altos de salud, siendo progresivamente más autónoma e independiente del sistema de salud, de los servicios profesionales.

Dijimos antes que prevención, atención y rehabilitación ya se practicaban en el modelo biomédico y que estaban focalizadas en la enfermedad y en los determinantes de ésta, en tanto que la promoción se pregunta y acciona en función de los determinantes de la salud. Ahora bien, en este nuevo paradigma, estas tres prácticas surgidas bajo el modelo biomédico también se ven transformadas, ya que en el modelo de Lalonde, como dicen Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz (2001, 30), “la salud y la enfermedad no son dos estados independientes entre sí, sino un continuo en el que nos movemos las personas. No somos organismos perfectos e íntegros que periódicamente se ven forzados a defenderse de los ataques de la enfermedad. Todos estamos algo enfermos y algo sanos”.

Este modelo salutogénico se diferencia del modelo patogénico clásico de la medicina y de la salud pública en el interés por los aspectos que promueven la salud, es decir, aquellos que llevan a las personas hacia el extremo de la salud en ese continuo en que nos encontramos. Esta diferencia, aunque pueda parecer de matiz, es de importancia capital porque supone un cambio completo de orientación en las hipótesis y métodos de trabajo de todas las personas en el campo de la salud, desde la clínica a la pública. En otras palabras, si las intervenciones no tienen en cuenta los determinantes sociales de la salud, es decir, a la persona como ser completo y complejo, ni se cuestionan cuál es la génesis de la salud para poder promocionarla, la salud pública estará mutilada, sus resultados serán siempre incompletos y la prevención y la práctica clínica no podrán ser efectivas (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2001, 30-31).

Es en este marco que la OMS define a la prevención como aquellas “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la

reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Organización Mundial de la Salud, 1998, 13).

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedades es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

(Organización Mundial de la Salud, 1998, 13).

Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz (2001) plantean que promoción y prevención se solapan e interactúan para mejorar los conocimientos y habilidades de las personas y las comunidades a fin de que sean capaces de mejorar su salud, crear redes, utilizar adecuadamente los recursos existentes y ser conscientes de los factores políticos y ambientales que influyen en ella.

También se da esta situación de límites difusos, de acción complementaria y dialógica entre la prevención y la atención, que es definida como “la acción específica destinada a que una enfermedad o dolencia ya presente remita o sea removida, con el fin de alcanzar un mayor grado de salud” (Organización Mundial de la Salud, 1998, 13).

Así, dentro del marco de salud pública, “las actividades que pueden mejorar la salud incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas. Estos difieren entre sí, aunque las acciones y los resultados se superponen” (Organización Mundial de la Salud, 2004, 16).

1.4. Salud mental y prevención

De todo lo desarrollado anteriormente se deduce que antes de definir la salud mental es necesario aclarar que ésta sólo puede ser separada teóricamente de la salud general y que siempre debe ser pensada en relación a la salud en términos biológicos y sociales. En palabras de la Organización Mundial de la Salud (2004,

12), “la salud mental es una parte integral de la definición de salud que estableció la OMS en 1948. Las metas y tradiciones de la salud pública y de la promoción de la salud se pueden aplicar con igual beneficio al campo de la salud mental que a los campos de la salud cardíaca, las enfermedades infecciosas o el control del tabaquismo”.

La OMS define a salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2004, 14). En tanto que la Ley Nacional de Salud Mental, en consonancia con los lineamientos propuestos por este nuevo paradigma que aborda de manera holística al ser humano, define a la salud mental como como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Ley Nacional N° 26.657, 2010). Así, puede afirmarse que “la salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental: es vital para los individuos, las familias y las sociedades (Organización Mundial de la Salud, 2004, 12).

Los determinantes de la salud mental y las enfermedades mentales pueden ser hallados en factores sociales, psicológicos y biológicos, al igual que sucede con los determinantes de la salud y la enfermedad en general. Así, entre los principales riesgos para la salud mental encontramos la pobreza, incluyendo bajos niveles de educación, malas condiciones habitacionales y bajos ingresos. Esto halla su explicación en que en esos contextos existen factores como la experiencia de vivir en inseguridad y desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En este sentido, se recomienda que se establezcan políticas y programas “que puedan prevenir la inmensa carga que la enfermedad mental impone sobre la salud de las sociedades y que es el resultado de la variedad de formas de violencia social en nuestra era” (Kleinman, 1999, citado en Organización Mundial de la Salud, 2004, 17). Y, además de trabajar en la prevención de estos problemas, es necesario, como acción complementaria, dotar de recursos a las comunidades para que las personas y las familias puedan por sí mismas evitar el desarrollo de estos

problemas o afrontarlos de la mejor manera una vez que estos se presenten (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Como queda a la vista, en salud mental la promoción de la salud y la prevención son actividades que necesariamente se relacionan y superponen. Es así que:

“debido a que la promoción se ocupa de los determinantes de la salud y la prevención se concentra en las causas de la enfermedad, la promoción, algunas veces, se utiliza como un concepto paraguas que abarca también las actividades más específicas de la prevención” (Lehtinen, Riikonen & Lahtinen, 1997, citado en Organización Mundial de la Salud, 2004, 18).

Es por ello que, así como la salud mental es inescindible de la salud tomada en términos biológicos y sociales, también son inescindibles en salud mental los conceptos de promoción y prevención, términos que hasta pueden (y suelen) ser utilizados de manera indistinta, casi como si fueran sinónimos.

Así, podemos afirmar que la prevención/promoción es un elemento importantísimo en salud mental, ya que aporta a que los individuos y las comunidades mantengan su salud y la potencien mediante la participación y el involucramiento, haciéndose así responsables de la parte que les toca y logrando una autonomía esencial para la salud, tanto en términos individuales como colectivos.

También es importante para el sistema público de salud, ya que aporta para contener ciertas problemáticas mucho antes de que lleguen a un estado de gravedad y promoviendo lo máximo posible la autonomía de la población respecto del mismo sistema público, permitiendo así la optimización de recursos materiales y humanos en este y logrando su objetivo de mantener a la población lo más sana y lo más alejada de la enfermedad posible.

Capítulo 2. Las creencias en el contexto de la TREC

2.1. La TREC en el contexto de las terapias cognitivo-conductuales

La TREC es una terapia corta y directiva. Fue creada por Albert Ellis, quien la presentó por primera vez ante sus colegas en el Congreso de la *American Psychological Association* (APA), en 1956. En ese momento, recibió el nombre de Terapia Racional. Más adelante, en 1961, fue denominada Terapia Racional Emotiva (TRE), como forma de reflejar la conexión entre significados, propósitos y emociones. En 1993, finalmente, recibió el nombre que conserva hasta hoy (Terapia Racional Emotivo Conductual), modificación realizada con el fin de enfatizar los cambios en el comportamiento externo que, junto con los cambios cognitivos y emocionales, son las metas de su modelo de psicoterapia. (Ellis y Harper, 2003; Lega y Velten, 2008)

La Terapia Racional Emotivo Conductual puede ser ubicada dentro de la amplia gama de las terapias cognitivo conductuales. En palabras de Brewin (1996, citado en Lega, Caballo y Ellis, 1998, 3):

La TREC se inserta dentro de las terapias cognitivo-conductuales. Terapia cognitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas.

En otras palabras, podemos decir que estas terapias se basan en el supuesto teórico de que las emociones y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene el individuo de estructurar el mundo mediante sus cogniciones. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983)

Lo que hace que las denominadas terapias cognitivo-conductuales —con sus particularidades y diferencias— puedan ser agrupadas en una misma categoría es que comparten las siguientes suposiciones (Ingram y Scott, 1990, citado en Lega, Caballo y Ellis, 1998, 8):

- a. Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos;
- b. El aprendizaje está mediado cognitivamente;
- c. La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa);
- d. Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse;
- e. La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta; y
- f. Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

2.2. El procesamiento de la información desde la teoría cognitivo-conductual

Existen cogniciones que son relativamente accesibles a la conciencia, como los pensamientos automáticos; y las denominadas cogniciones más profundas, que son menos accesibles, como los esquemas, las suposiciones subyacentes y las creencias irracionales nucleares.

Los esquemas son reglas generales, inflexibles, o suposiciones silenciosas (creencias, actitudes, conceptos) que: 1. se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias pasadas (experiencias tempranas); 2. forman la base para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar estímulos; y 3. forman la base para la categorización y evaluación de experiencias y para hacer juicios y distorsionar las situaciones reales.

Los filtros perceptivos del individuo (las visiones de uno mismo, de los demás y del mundo) y los factores que constituyen los fundamentos para evaluar y juzgar, se basan en los esquemas. Estos cumplen la función de comparar nuevos objetos o situaciones con el conocimiento anterior que ya se posee y dirigir la búsqueda de más información cuando estos nuevos objetos o situaciones no encajan con ese conocimiento. Es decir, los esquemas imponen un túnel perceptivo

sobre la experiencia; y cuando la información no encaja con el esquema, el sujeto puede buscar nueva información, distorsionar la que le llega o cambiar el esquema (que es lo menos frecuente).

No se puede tener acceso directo al conocimiento de los esquemas, aunque una persona puede inferir a veces en qué consisten observando los productos del procesamiento de los mismos. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

En esta misma dirección, los psicólogos cognitivos y sociales (p. ej., Epstein, 1994; Nisbett y Wilson, 1977; Possner y Snyder, 1975) han propuesto la existencia de dos sistemas cognitivos con propiedades y funciones diferentes: uno que es automático, queda fuera de la conciencia e implica un procesamiento de la información paralelo y a gran escala; y otro que es más elaborado e implica la experiencia consciente. Los datos provenientes de numerosas áreas de la psicología apoyan la idea de que la mayoría del procesamiento cognitivo conlleva el potencial de incluir una gran cantidad de información y tiene lugar de forma muy rápida y totalmente ajena a la conciencia. Aunque no nos damos cuenta de esta clase de información, sí lo hacemos de sus productos, bajo la forma, por ejemplo, de pensamientos e imágenes (Brewin, 1996). Esta clase de procesamiento se encuentra muy influida por el aprendizaje anterior y los nuevos estímulos suelen provocar respuestas habituales de una forma relativamente inflexible. (Lega, Caballo y Ellis, 1998, 5)

Respecto de estas dos formas de almacenamiento de información y de sus dos formas correspondientes de procesamiento cognitivo, puede decirse que el conocimiento de las personas obtenido por medio del amplio procesamiento paralelo inconsciente de sus respuestas a situaciones aversivas, denominado "conocimiento accesible situacionalmente", se almacena de forma separada al conocimiento adquirido por medio de la experiencia consciente más limitada de esas situaciones y denominado "conocimiento accesible verbalmente". Mientras que este último puede, en principio, ser encontrado y cuestionado o debatido de modo deliberado, el conocimiento accesible situacionalmente sólo puede encontrarse automáticamente cuando los estímulos ambientales que llegan se corresponden con las características de los recuerdos almacenados. De esta forma, en presencia de recordatorios de los acontecimientos aversivos, una persona podría darse cuenta de la activación automática de emociones, pensamientos, imágenes e impulsos conductuales. Aunque la representación subyacente

permanece inaccesible, sus productos se vuelven accesibles a la conciencia y permiten que una persona haga inferencias sobre el material almacenado en la memoria (Brewin, 1989, citado en Lega, Caballo y Ellis, 1998).

2.3. Los conceptos básicos de la TREC

Albert Ellis presentó formalmente ante la comunidad científica lo que en aquel momento denominó “Terapia racional” en el congreso de la APA en 1956. En esa conferencia, se refirió de la siguiente manera a uno de los conceptos centrales de la teoría que sostenía su terapia, las evaluaciones:

Las evaluaciones son percepciones que el individuo tiene de una cosa o situación como “buena” o “mala” y que le llevan a comportarse o a responder hacia ella de forma positiva o negativa [...]. Las evaluaciones involucran tanto las percepciones como las respuestas o comportamientos de dicho individuo, creando un circuito cerrado de retroalimentación donde: a) la percepción prejuzga la respuesta, b) la respuesta, a su vez, tiende a prejuzgar las percepciones posteriores, c) de la misma forma, las percepciones anteriores parecen influenciar las percepciones subsiguientes y d) las respuestas anteriores también parecen prejuzgar los comportamientos subsiguientes. (Ellis, 1956, citado en Lega, Caballo y Ellis, 1998, 17)

Estas evaluaciones se dan en tres ámbitos: respecto de sí mismo, respecto de los demás y respecto del mundo; y eso constituye la filosofía básica del individuo (Cabezas Pizarro y Lega, 2006). La teoría de la TREC concibe al individuo humano como un ser con una filosofía básica propia que tiene base en los aprendizajes tempranos, pero que puede ser modificada. La tendencia a formular dicha filosofía en forma flexible o rígida constituye el marco de referencia principal para determinar la adaptación o perturbación emocional del individuo. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

Por lo tanto, las personas son quienes generan principalmente (aunque no exclusivamente) sus propias perturbaciones emocionales al creer profundamente en ideas absolutas, irracionales, autoritarias, ya que la TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. (Ellis y Chip Tafrate, 2007)

Por esta razón este modelo terapéutico hace responsable al paciente de su forma de comportarse y no a su pasado o a otras personas. Vale la pena mencionar que no es que pasemos por alto la importancia del medio ambiente en el aprendizaje ni que cuestionemos su influencia en la adquisición de ideas y emociones inapropiadas. Sin embargo, se rechaza el concepto de que, debido a su pasado, la persona está condenada a pensar, actuar y sentir de manera irracional, sin que tenga ningún control sobre ello ni la esperanza de poder modificarlo por un largo período de tiempo. (Lega, Caballo y Ellis, 1998, 19)

Es por esto que la TREC no se detiene particularmente en la manera en que adquirimos las creencias. “Las enseñanzas que recibimos de nuestros mayores durante la infancia pueden ejercer sin duda un gran influjo en nuestras creencias actuales. No obstante, los humanos podemos cambiar dichas creencias, independientemente de cómo las hayamos adquirido”. (Ellis y Chip Tafrate, 2007, 74)

Así, si sabemos observar bien y controlar nuestros pensamientos, estaremos en mejores condiciones de reducir nuestras perturbaciones emocionales. (Ellis y Chip Tafrate, 2007)

El modelo ABC se considera dentro de la TREC como un marco de referencia amplio donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes.

El modelo ABC de la conducta fue descrito por Ellis en el año 1962. En este modelo se expone que hay un *acontecimiento activante* (A) que es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de *creencias* (“Beliefs”) (B) sobre el mismo. A partir de esas creencias se desarrollan las *consecuencias* (C), que resultarían de la interpretación (o creencias) que el individuo hace de A. (Cabezas Pizarro y Lega, 2006, 102)

“Las consecuencias pueden ser emocionales, “Ce”, y/o conductuales “Cc”. Si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran “racionales” (rB). Si, por el contrario, dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son “irracionales” (iB)”. (Lega, Caballo y Ellis, 1998, 20)

Según el ABC, el método principal para remplazar una creencia irracional (iB) por una racional (rB) se denomina refutación, cuestionamiento o debate (D) y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del

cual se cuestionan hipótesis y teorías para determinar su validez.
(Lega, Caballo y Ellis, 1998, 20)

El terapeuta de la TREC debe saber distinguir entre emociones que sirven de ayuda y aquellas que son dañinas. Una emoción dañina obstaculiza la capacidad de los pacientes en el intento de alcanzar sus objetivos, de disfrutar, y puede tener como resultado un comportamiento autodegradante. La distinción entre emociones (Ce) perturbadoras y no perturbadoras puede servir para plantear un objetivo claro de la terapia: transformar las primeras en otras que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas. Algunas palabras que definen emociones perturbadoras y apropiadas son las siguientes:

- Emociones perturbadoras: ansiedad, depresión, ira clínica, culpa, vergüenza.
- Emociones apropiadas: preocupación, tristeza, enfado, remordimiento, decepción, pesar, frustración. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

2.4. Las creencias

Como ya se dijo, en el modelo ABC, lo importante en la génesis de las emociones y conductas disfuncionales (C) no es el acontecimiento (A) al que se enfrenta la persona, sino la valoración que hace de ese acontecimiento la persona según sus creencias (B). Lo mismo sucede con la génesis de las emociones y conductas funcionales. En uno y otro caso, el foco de la TREC no está puesto en el acontecimiento en sí, sino en las creencias asociadas a ese acontecimiento, es decir, la evaluación, la valoración que se hace del mismo.

Podemos hablar de tres niveles básicos de conciencia cognitiva, que son importantes para comprender los problemas de las personas. Algunos de los niveles son más difíciles de recuperar y modificar que otros.

Los más cercanos a la conciencia son los pensamientos o fragmentos de pensamiento a los que Beck (1976) se ha referido como *pensamientos automáticos*. Se encuentran en el flujo de nuestra conciencia y los pacientes pueden informar fácilmente de estos pensamientos después de un momento de reflexión. El tipo de preguntas que más frecuentemente enfoca la atención de los pacientes hacia esos pensamientos es: «¿Qué se está diciendo a sí mismo?» o «¿Qué se dijo a sí mismo cuando sucedió X?». Las *inferencias y las atribuciones* que hacemos sobre nuestras

observaciones y pensamientos automáticos se encuentran en el mismo flujo de conciencia y, de nuevo, pueden descubrirse fácilmente por medio de una pregunta directa. El terapeuta podría preguntar, por ejemplo, «¿Qué pensó que significaba?» o «¿Qué infirió de eso?».

Las *cogniciones evaluativas*, especialmente las disfuncionales asociadas con la perturbación emocional, normalmente son menos obvias para el paciente, ya que la evaluación a menudo se asume en silencio.

Las *creencias irracionales nucleares* son más difíciles de descubrir; son reglas de vida o filosofías básicas que no nos damos cuenta que están funcionando hasta que son activadas por un cambio, como un acontecimiento vital estresante, un trastorno emocional importante, etc. En la terapia cognitivo-conductual, estas creencias centrales se conocen como “estructuras subyacentes de creencias” o “esquemas”. (Lega, Caballo y Ellis, 1998, 27)

En términos prácticos, los pensamientos automáticos son análogos a lo que ya fue descrito anteriormente como “conocimiento accesible verbalmente”, así como las cogniciones evaluativas y las creencias irracionales nucleares, al “conocimiento accesible situacionalmente”.

La TREC apunta a trabajar sobre las cogniciones evaluativas y las creencias irracionales nucleares.

Hay dos clases de creencias: creencias racionales (rB) y creencias irracionales (iB). Ambas son evaluaciones de la realidad, no descripciones o predicciones de ella. Todas las personas tenemos creencias racionales y creencias irracionales, que conviven en nosotros de manera simultánea. Una tarea de la terapia es ayudar a los pacientes a discriminar entre sus rB e iB y pedirles que cuestionen sus iB y las replacen por filosofías más racionales. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

Por ello, es fundamental contar con criterios claros para discriminar cuándo una valoración es una rB y cuándo es una iB. Según Lega, Caballo y Ellis (1998, 26), las características principales de las creencias irracionales son las siguientes: “a) Son inconsistentes en su lógica, b) Son inconsistentes con la realidad empírica, c) Son absolutistas y dogmáticas, c) Producen emociones perturbadoras, y e) No nos ayudan a conseguir nuestros objetivos”.

Ellis sugiere que para discriminar las creencias irracionales podríamos buscar primero los "debería" y los "tendría que". Aunque aclara que un error posible ante

el que se debe poner atención es el de suponer que todas las expresiones de palabras como "debería", "tendría que", "debo", "tengo que", representan una exigencia rígida; ya que aunque estas palabras clave pueden ser realmente indicios de una filosofía absolutista y exigente, a menudo se utilizan de forma inocua (por ejemplo: "si quiero aprobar, debo estudiar"). Estas palabras o frases pueden tener distintos significados: pueden ser utilizadas en frases que formen predicciones, consejos, frases condicionales, etc. La definición problemática se da cuando representa un imperativo —como si fuera un dogma moral— implicando que "tiene que" ocurrir necesariamente un acontecimiento, sin importar la situación particular, el contexto, las circunstancias. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

Según la TREC, nuestros debería/deberías son admisibles mientras sean *preferiblemente* eso. Así, podemos creer sensatamente estas cosas: «Yo debería tener éxito *preferiblemente*, lograr la aprobación general y vivir acomodadamente; pero esto *no tiene por qué ser así*. Puedo vivir y ser razonablemente feliz aunque fracase, coseche la desaprobación y viva sin comodidades». También podemos creer esto: «Si quiero algunos resultados palpables, como, por ejemplo, conseguir y conservar un buen trabajo, entonces tengo que solicitarlo, superar la entrevista, acudir al trabajo con regularidad, llevarme bien con mis superiores, etc. Pero *no es absolutamente necesario* que consiga un buen trabajo, sino sólo muy *deseable*».
(Ellis y Chip Tafrate, 2007, 69)

Así, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sí mismo, los demás y el mundo que le rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de los "debo" y "tengo que" dogmáticos (iB), en vez de concepciones de tipo probabilista o preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma (rB).

La TREC postula que dichos "tengo que"/"debo" pueden agruparse en tres áreas principales: Área 1: «Tengo que actuar/funcionar muy bien/perfectamente», lo que causa frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad y culpa; Área 2: «Usted debe de tratarme/comportarse conmigo muy bien/perfectamente», lo que genera sentimientos de ira y conductas pasivo-agresivas o violentas; y Área 3: «Las condiciones generales de mi vida tienen que ser muy buenas/cómodas/fáciles», lo que

produce como resultado sentimientos de lástima por uno mismo y problemas de autodisciplina.

De estos “tengo que”/“debo” o exigencias absolutistas y rígidas agrupadas en las tres áreas descritas anteriormente se derivan, a su vez, tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluadoras, *tremendismo*, *baja tolerancia a la frustración* o *“no-puedo-soportantitis”* y *condenación*. Estas tres conclusiones pueden ser descritas de la siguiente forma:

1. Tremendismo. Es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo — una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia «Esto no debería ser tan malo como es» —.
2. Baja tolerancia a la frustración o “No-puedo-soportantitis”. Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta, o amenaza con presentarse, en su vida —o deja, o amenaza con dejar, de ocurrir—, según el caso.
3. Condenación o “Evaluación global de la valía del ser humano”. Es la tendencia a evaluar como “mala” la esencia humana, la valía de uno mismo y/o de los demás, como resultado de una conducta individual. Dicha conducta compromete su valor como personas, como consecuencia de su comportamiento, o sea, de hacer algo que “no deben” hacer o de no hacer algo que “deben” hacer. Esta condena también puede aplicarse al mundo, o a la vida en general, cuando éstos no proporcionan al individuo lo que cree merecer, de manera incuestionable y por encima de cualquier cosa. (Lega, Caballo y Ellis, 1998, 27-29)

La intervención de los terapeutas de la TREC se centra en los “tengo que” y “debo”, que parecen constituir el núcleo filosófico de las creencias irracionales que conducen a las perturbaciones emocionales. Los clínicos de la TREC sostienen que si no descubren este núcleo filosófico y ayudan a los pacientes a cambiarlo, es decir, a abandonar estas creencias irracionales básicas, dichos pacientes muy probablemente, continuarán manteniéndolas y desarrollando nuevas variaciones irracionales sobre ellas. Los terapeutas de la TREC exploran los “tremendismos”, los “no-puedo-soportantitis” y las “condenas” y les muestran a sus pacientes como esas conclusiones provienen casi invariablemente de sus “tengo que”/“debo”, los

cuales pueden abandonar si renuncian a sus demandas absolutistas sobre sí mismos, sobre los demás y sobre el mundo. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

Ahora bien, se ha estado hablando acerca de las características de las creencias irracionales, pero poco se ha dicho de las características y las ventajas de las creencias racionales. Estas requieren para existir de la concepción de que buena parte del destino de uno depende de sí mismo (no por poder controlar las circunstancias a las que se enfrentará, sino por poder controlar las reacciones emocionales y conductuales ante estas), de fuerza de voluntad, de pensamiento flexible y de aceptación de sí mismo y de los demás como seres falibles; y promueven una mayor libertad de elección, una mayor tolerancia a la frustración y una mayor creatividad a la hora de afrontar los conflictos cotidianos y extraordinarios. (Ellis y Harper, 2003)

2.5. La detección de las creencias

Existen varios tipos de diagnóstico en la TREC. Entre ellos, se encuentran: el diagnóstico a través de la entrevista clínica, el autodiagnóstico y el diagnóstico a través de pruebas estandarizadas. De estos, el más común, el que más se recomienda y el más efectivo es el diagnóstico a través de la entrevista clínica. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

Una tarea del clínico en la entrevista de diagnóstico será ayudar a los pacientes a identificar y verbalizar sus pensamientos, creencias, actitudes y filosofías. El procedimiento más simple para lograrlo consiste en hacer preguntas. Algunas de las que podrían utilizarse para provocar cogniciones son las siguientes:

- ¿Qué estaba pasando por su cabeza en esos momentos?
- ¿Qué se estaba diciendo a sí mismo?
- ¿Se daba cuenta de algún pensamiento que pasase por su cabeza?
- ¿Qué tenía en la cabeza?
- ¿De qué se preocupaba?
- ¿Se da cuenta de lo que está pensando en estos momentos?

(Lega, Caballo y Ellis, 1998, pág. 37)

Ahora bien, este tipo de preguntas sirven para “abrir el juego”, para aprender a identificar y a verbalizar cogniciones; pero el tipo de cogniciones que son

identificadas y verbalizadas de este modo son los pensamientos automáticos y no las cogniciones evaluativas ni las creencias nucleares. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

Para detectar las creencias que están en la base de esos pensamientos automáticos, se recomienda seguir alguna de las siguientes estrategias:

El *darse cuenta de forma inductiva*. Se puede seguir recogiendo inferencias y pensamientos automáticos (p. ej., «¿y qué más está pensando?») y luego cuestionarlos y refutarlos. El paciente que ha seguido este proceso unas cuantas veces, con una serie de aspectos emocionales, puede darse cuenta, finalmente, de un patrón, que podría sugerir (por medio de la inferencia inductiva) la creencia irracional subyacente. El paciente llega a darse cuenta por sí mismo.

La *interpretación inductiva*. Un procedimiento algo más activo utiliza la interpretación del terapeuta. Después de recoger y cuestionar un gran número de inferencias y pensamientos automáticos, el terapeuta puede señalar temas comunes y, por medio de la interpretación, sugerir posibles creencias subyacentes nucleares. Sin embargo, esta estrategia consume mucho tiempo.

El *encadenamiento de inferencias*. Por medio de esta técnica, el terapeuta trabaja en la hipótesis de que el pensamiento automático podría ser verdad y ayuda al paciente a descubrir la/s inferencia/s que le sigue/n. «¿Qué pasaría si eso fuese verdad?» «¿Qué significaría eso?»

Cada pregunta produce nuevas inferencias hasta que se descubre un pensamiento irracional. Relacionados con el encadenamiento de inferencias tenemos las *locuciones conjuntivas*, como, por ejemplo, «...y eso querría decir...» o «...y entonces...» o «...y por consiguiente...». El terapeuta borra el punto al final de la frase del paciente e inserta una conjunción.

Otra alternativa simple para el terapeuta es emplear locuciones con frases inacabadas que el sujeto tiene que terminar. Por ejemplo, «Y se siente nervioso/a debido a ello porque...». Los pacientes se sorprenden a menudo de la cantidad de información que se puede obtener por medio de estas estrategias de encadenamiento de inferencias. Con frecuencia, los pacientes más inteligentes y con mejor vocabulario responden mejor al empleo de las locuciones conjuntivas, mientras que los más concretos y apegados a los significados literales funcionan mejor con las expresiones con las que se tienen que completar las frases.

Otra alternativa a las preguntas con final abierto es hacer preguntas dirigidas por la teoría. Por ejemplo, si el paciente informa de ansiedad sobre críticas potenciales provenientes de los demás, en vez de preguntar, «¿Qué se está diciendo a sí mismo/a sobre esta crítica?», se podría preguntar «¿Qué clase de persona piensa que es usted si los demás le critican?».

El peligro al construir las preguntas sobre la base de la teoría de la TREC es que uno se puede preguntar si está poniendo las palabras en la boca del paciente o si está reforzando creencias irracionales de éste que puede que no mantenga. (Lega, Caballo y Ellis, 1998, 37-38)

En cuanto al autodiagnóstico, el siguiente es el formulario utilizado con el propósito de analizar las propias ideas irracionales:

- ¿Qué sucedió? (A)
 - ¿Qué sentí? (Ce)
 - ¿Qué pensé al sentirme así?
 - ¿Qué hice? (Cc)
 - ¿Qué pensé al actuar así?
 - ¿Qué consecuencias tuvo sentir, pensar y actuar así a corto plazo?
 - ¿y a largo plazo?
 - Si la misma situación (A), o una similar volviese a ocurrir,
 - ¿cómo me gustaría sentirme?
 - ¿cómo me gustaría actuar?
 - ¿cómo me gustaría pensar?
 - Estos nuevos sentimientos, pensamientos y conductas aumentarían la probabilidad de mejores resultados
 - ...a corto plazo?
 - ...a largo plazo?
- (Lega, Caballo y Ellis, 1998, 40)

Hay también un formulario de autoayuda de la TREC (ideado por Dryden y Walker y revisado por el Abert Ellis Institute), que suele ser recomendado a los pacientes en terapia como ejercicio cotidiano. En el mismo, se debe resumir brevemente el acontecimiento activador (A) y luego, abajo, en dos columnas, escribir en la de la izquierda las creencias irracionales (Cri) y disputarlas (D), cuestionarlas, en la de la derecha. (Ellis y Chip Tafrate, 2007)

En las indicaciones para completar el formulario, se establece que “Para identificar las Cri, buscaremos: exigencias dogmáticas (imperativos, órdenes categóricas, mandamientos), terriblización (es espantoso, terrible, horrible), baja

tolerancia de la frustración (no lo soporto) y/o auto/hetero evaluación (soy/es malo, despreciable)". (Ellis y Chip Tafrate, 2007, 204)

Para hacer el diagnóstico mediante una prueba estandarizada, se utiliza el "Test de Actitudes y Creencias" (*Attitudes and beliefs test* o ABT), diseñado por Burguess en 1990. El mismo contiene 48 afirmaciones, ante las cuales la persona examinada tiene que indicar el grado de acuerdo que tiene en una escala de cinco puntos: (1) muy en desacuerdo, (2) moderadamente en desacuerdo, (3) neutral, (4) moderadamente de acuerdo y (5) muy de acuerdo. (Lega, Caballo y Ellis, 1998)

Lega, Caballo y Ellis sugieren, además de las características ya mencionadas de las creencias irracionales ("a. Son inconsistentes en su lógica, b. Son inconsistentes con la realidad empírica, c. Son absolutistas y dogmáticas, d. Producen emociones perturbadoras, y e. No nos ayudan a conseguir nuestros objetivos"), las siguientes pautas para reconocer el tipo irracional de pensamiento:

1. *Radical extremo*. Las cosas se ven en términos de "blanco o negro", sin posibilidades intermedias. Si la persona falla en un comportamiento, se ve a sí misma como un fracaso: De la misma manera, se ve como un ser superior y "fabuloso" si funciona muy bien en un papel
2. *Muy generalizado*. Las conclusiones se extienden más allá de los datos empíricos de una situación determinada y es común la utilización de términos como: "siempre", "nunca", "todo el mundo", "nadie", etc. O, unido al pensamiento extremo, se refiere a sí mismo o a otros como: "estúpido", "malo", "incompetente", etc.
3. *Catastrófico*. Los acontecimientos negativos se exageran hasta adquirir dimensiones de verdaderas catástrofes. Se utilizan expresiones como "espantoso", "terrible", "trágico", "el fin del mundo", "lo peor", etc. En estos casos, se ignora la capacidad que se tiene de afrontar las situaciones.
4. *Muy negativo*. En los casos donde sólo se tienen en cuenta los aspectos negativos de la situación, llega a predicciones sobre un futuro "vacío", "sin esperanza", etc., donde se juzga duramente a sí mismo y a los otros. Es el caso clásico de quien ve un vaso como "medio vacío" y olvida que también está medio lleno.
5. *Muy distorsionado*. Se da en los casos en los cuales la persona "descubre" evidencias en aspectos o detalles mínimos y, si fallan las "antenas" y no encuentra datos, los fabrica.

6. *Poco científico/confuso*. Se produce cuando se ignora la evidencia empírica, utilizando solamente la evidencia distorsionada y subjetiva, donde los sentimientos, no los hechos, son pruebas para juzgar las intenciones de los otros, predecir el futuro, etc.
7. *Totalmente positivo/negación de lo negativo*. Se da en los casos en los que la persona se convence a sí misma de que los problemas no existen, de que ciertas cosas “no son importantes” (cuando sí lo son), o de que “no siente nada negativo” (cuando es obvia la situación de problema).
8. *Extremadamente idealizado*. Se produce cuando la visión de la realidad es exageradamente romántica, con expectativas irreales sobre sí mismo, la familia, el trabajo, la vida en general, etc., realmente imposibles de lograr.
9. *Extremadamente exigente*. Se da en personas que “deben”, “tienen que” obtener lo que quieren de sí mismas, de los demás y de mundo en general, cuando y como lo quieren, sin tener en cuenta nada más que el propio deseo.
10. *Obsesivo*. Se produce cuando un pensamiento repetitivo parece lo más, si no lo único, importante para una persona, perdiendo ésta su productividad, su capacidad de concentración, etc. (Lega, Caballo y Ellis, 1998, 39)

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

Capítulo 3. Marco metodológico

3.1. Encuadre general

3.1.1. Formulación del problema

Durante el año 2015, realicé mis prácticas profesionales supervisadas en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infanto Juvenil N° 1 y, en ese marco, participé en los talleres para padres asociados al proceso de admisión (talleres temáticos para padres de los pacientes, que son de cumplimiento obligatorio entre las entrevistas de admisión y el inicio del tratamiento; en los mismos, se abordan diferentes temáticas, sobre todo las referidas a las pautas de crianza y al establecimiento y sostenimiento de los límites en el entorno familiar) y también en un taller preventivo de huerta para pacientes del establecimiento (los talleres preventivos, como este de huerta, el de cuentos y el de radio, abordan de manera grupal determinados problemas o riesgos; y los usuarios de los mismos son pacientes de la institución derivados por alguno de los profesionales en función de estos problemas o riesgos detectados y cuando, además, se evalúa conveniente el abordaje grupal).

Me llamaron la atención estas formas de trabajo preventivo en salud mental, más asociados a la noción que yo tenía de lo asistencial o preventivo-asistencial que a una práctica circunscripta a lo estrictamente preventivo. En conversaciones con algunos de quienes implementaban estos talleres, comenté esta percepción que tenía respecto de los talleres preventivos y, en casi todos los casos, la respuesta fue del tipo: “sí, puede ser que tengan más bien un carácter preventivo-asistencial que puramente preventivo”. Al mismo tiempo, percibía distintos grados de entusiasmo por y de participación en los distintos talleres preventivos por parte de los profesionales del establecimiento.

Fue a partir de estas experiencias que surgió mi interés en investigar cómo conciben la prevención en salud mental los profesionales que trabajan en esta institución: el concepto que tienen de la misma y la valoración que tienen de la misma.

Fui, entonces, a una reunión de equipo del Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 1 y les planteé la posibilidad de realizar mi tesina investigando acerca de este tema con dicho equipo como objeto de estudio. Me respondieron que les gustaría participar, pero que existían algunos problemas: que estaban en una situación institucional delicada, en la que se encontraban sin un director en el establecimiento y en la que se encontraban replanteando las modalidades de abordaje de las admisiones y de la actividad preventiva, entre otros aspectos. Por lo tanto, me sugirieron hablar con la coordinadora provincial de los Centros Preventivo-asistenciales en Salud Mental Infante Juvenil para que me diera su opinión al respecto.

Hablé entonces con la coordinadora provincial de los Centros Preventivo-asistenciales en Salud Mental Infante Juvenil y ella me dijo que le resultaba interesante lo que yo quería investigar, pero que, por la situación institucional que atravesaba en ese momento el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 1, no era ese el lugar adecuado para hacerlo. Y me sugirió hacer la misma investigación en algún otro de los “Infantos” (como se suele denominar informalmente a estos establecimientos), ya que las actividades preventivas guardan mucha similitud entre unos y otros y que las preguntas que motivan mi proyecto de investigación son aplicables a los otros establecimientos de este tipo.

Fue entonces cuando hablé con la directora del Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 2 y ella me dijo que sí, que me recibirían con gusto para que yo realizara mi tesina allí y me confirmó lo expresado por la coordinadora provincial de los Centros Preventivo-asistenciales en Salud Mental Infante Juvenil respecto de que la idea de mi investigación era aplicable al establecimiento que ella encabezaba.

En el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 2, se implementan siete dispositivos preventivos: taller de teatro y montaje para adolescentes, taller de artes plásticas y cuentos para niñas y niños de 7 a 10 años, taller de construcción de alebrijes para niñas y niños de 10 a 13 años, taller de artes plásticas para adolescentes, taller de deportes para adolescentes, dispositivo de seguimiento escolar y consultorio de orientación y asesoramiento.

Los cuatro talleres artísticos son planificados, implementados y evaluados por un equipo conformado por uno o dos profesionales del Infante y uno o dos artistas; en tanto que el de deportes es coordinado por dos profesionales y un

profesor de educación física. Quienes participan en estos talleres son pacientes del Infanto derivados por los profesionales que los atienden y otros niños, niñas y adolescentes invitados por estos pacientes del establecimiento. Tres de estos cinco talleres tienen lugar en el Infanto, en tanto que otros dos se desarrollan en un sindicato y en un gimnasio municipal que se encuentran a pocas cuadras. Estos talleres tienen el fin de que los niños, niñas y adolescentes adquieran técnicas artísticas (o desarrollen habilidades físicas), obviamente, pero que también encuentren en ellas un medio de expresión de sus emociones y que trabajen en el grupo otras cuestiones relacionadas con las habilidades sociales, con el trabajo en equipo, con la resolución de conflictos de manera pacífica y consensuada, con hacer lazo social.

El dispositivo de seguimiento escolar “Ampliando redes” consiste en que dos psicopedagogos que trabajan en el Infanto coordinen reuniones con los docentes y directivos de las escuelas a las que asisten determinados pacientes del establecimiento, con dos fines: el de decidir en conjunto situaciones como cambios de escuela o inicio de escolaridad protegida (en función de la visión al respecto que tengan las dos instituciones); y el de, como indica justamente el nombre del dispositivo, crear o ampliar redes: establecer los contactos necesarios entre las escuelas, las familias de los pacientes y otras instituciones del medio social y comunitario para que los pacientes tengan más y mejor acceso, en sus comunidades, a servicios y actividades, tales como apoyo escolar o actividades deportivas o artísticas.

El Consultorio de Orientación y Asesoramiento es un dispositivo *ad hoc*, que se implementó como forma de dar respuesta ante la gran cantidad de turnos asignados para las admisiones y el diferimiento con el que se entregaban estos (hasta tres meses). Es una especie de pre-admisión. La idea es poder derivar a quienes no se justifica ni que entren en la Admisión a otros espacios dentro de la red de salud y que quienes sí pasen a la admisión puedan ser escuchados de algún modo y puedan así bajar los niveles de ansiedad que produce tal diferimiento de los turnos.

Ante la sugerencia de la Mgter. Mónica Valgañon, al aprobar mi anteproyecto, de aportar mayores precisiones respecto del constructo “valoración” para poder establecer una definición operativa de este, me puse a la búsqueda de teoría al respecto y no hallé en mi rastreo ninguna definición teórica que me

conformara. Sin embargo, me encontré con el concepto de “creencias”, propuesto por Albert Ellis, que en algún punto abarcaba algo de lo que yo pretendía buscar al plantearme la pregunta por “el concepto y la valoración” y que podía muy bien ser definido operativamente. Propuse hacer este cambio a mi director de tesina, quien se mostró de acuerdo. Este cambio fue informado en el primer informe de avance, que fue aprobado sin objeciones.

Por ello, las preguntas que guiaron mi investigación fueron:

- ¿Qué creencias tienen los profesionales que intervienen en dispositivos preventivos en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 2 acerca de la prevención en salud mental?
- ¿De qué tipo son dichas creencias?
- ¿Predomina algún tipo de creencias acerca de la prevención en salud mental en los profesionales que intervienen en dispositivos preventivos en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 2?

3.1.2. Objetivos

3.1.2.1. Objetivo general

El objetivo general es conocer las creencias que tienen los profesionales que intervienen en dispositivos preventivos en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 2 acerca de la prevención en salud mental.

3.1.2.2. Objetivos específicos

1. Clasificar dichas creencias identificadas según su funcionalidad, como racionales o irracionales.
2. Detectar qué tipo de creencias predomina en los profesionales objeto de esta investigación.

3.1.3. Justificación y relevancia

El valor de esta investigación es el aporte que significa para el equipo de profesionales del Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infanto Juvenil N° 2, ya que indagar acerca de las creencias que tienen de la prevención en salud mental puede abrir preguntas al respecto, lo que podría generar un replanteo de la actividad preventiva que allí se realiza o una ratificación de los rumbos que se vienen transitando en esta área.

Entiendo que es necesario que un equipo interdisciplinario que trabaja en un centro preventivo-asistencial en salud mental infanto-juvenil se pregunte por las creencias que se tienen, ya que estas, sean más o menos conscientes, influyen sobre dicha tarea.

Entonces, mientras más puedan explicitarse estas creencias, el tipo de creencias que predomina y la homogeneidad o diversidad que haya al respecto, mejor podrá el equipo de trabajo planificar e implementar las tareas preventivas.

Por otra parte, en el rastreo bibliográfico se hallaron muy pocos antecedentes de investigaciones de este tipo y las que se hallaron no son de lo más actuales y tocan el tema de manera tangencial. Por lo tanto, otro aspecto relevante del trabajo a realizar es que puede abrir caminos, movilizar preguntas para nuevas investigaciones.

3.2. Encuadre metodológico

3.2.1. Enfoque

Esta es una investigación cualitativa, caracterizada porque quien investiga está en relación con el objeto de investigación y es desde ese vínculo que el conocimiento se construye de manera interpretativa: se intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorgan (Hernández Sampieri, 2014). Este enfoque se basa en que:

Todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y,

mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto. (Hernández Sampieri, 2014, 9)

La investigación cualitativa tiene un carácter flexible. En ella, se ingresa como se entra a un laberinto, sin un plan preconcebido, sabiendo dónde se empieza pero no a dónde se va a llegar (Hernández Sampieri, 2014), ya que lo que se requiere en este tipo de investigación es “respetar la naturaleza del mundo empírico y organizar un plan metodológico que la refleje” (Blumer, 1982, citado en Vasilachis de Gialdino, 1992, 58). Por ello, se espera que luego de los primeros contactos con los sujetos y con el material que vaya surgiendo de las primeras entrevistas, se pueda tomar la decisión acerca de cuál será la técnica de análisis de datos más pertinente para la investigación.

Esta investigación tiene alcances descriptivos, buscando con ello “especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández Sampieri, 2014, 92). En el presente caso se describen las diferentes creencias acerca de la prevención en salud mental presentes en los profesionales que trabajan en dispositivos preventivos en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 2 de la Provincia de Mendoza.

La mirada desde la cual se aborda la presente tesina responde al paradigma de la psicología cognitivo-conductual. Dentro del vasto mundo de conceptos que este paradigma comprende, tomamos el de creencias, que son reglas generales, inflexibles, de las que la persona no es consciente (o no lo es del todo) que: 1) se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias pasadas (experiencias tempranas); 2) forman la base para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar estímulos; y 3) forman la base para la categorización y evaluación de experiencias y para hacer juicios y distorsionar las situaciones reales (Lega, Caballo y Ellis, 1998).

3.2.2. Diseño de investigación

Tal como sugiere Hernández Sampieri (2014), en el enfoque cualitativo el diseño remite al abordaje general que utilizaremos en el proceso de investigación. El diseño que adopta la presente tesina, siguiendo al mismo autor, es el fenomenológico, que se centra en las perspectivas de los participantes respecto de

su experiencia con algún fenómeno vinculado a la investigación. Es decir, el foco está puesto en la participación de los sujetos que conforman la muestra en los distintos dispositivos preventivos que se desarrollan en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental N° 2.

A partir de ello, “se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno” (Hernández Sampieri 2014, 493). Por tanto, se analizan a partir de un corpus de entrevistas realizadas a los profesionales que participan en los distintos dispositivos preventivos que se desarrollan en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental N° 2, conceptos denominados en psicología cognitivo-conductual como “creencias”.

3.2.3. Descripción de la muestra

Una investigación cualitativa no tiene como objetivo aportar datos generalizables, sino más bien analizar y describir con mayor profundidad la percepción de una o más personas respecto de la realidad que viven. Así, en este tipo de investigación, la muestra se compone de un “grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia” (Hernández Sampieri, 2014, 384).

En esta tesina, la muestra se encuentra conformada por ocho personas, todos profesionales a cargo de al menos uno de los dispositivos preventivos que se desarrollan en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental N° 2 de la Provincia de Mendoza. Forman parte de ella cinco psicólogas, dos psicopedagogos y una trabajadora social.

Dicha muestra es de orden no probabilística o dirigida, ya que la misma se caracteriza porque su finalidad no es la generalización en términos de probabilidad, sino que la elección de los sus integrantes depende de razones relacionadas con las características de la investigación (Hernández Sampieri, 2014). El propósito que dirigió dicha selección de la muestra fue dar cuenta de las creencias en relación a la prevención en salud mental de la totalidad de los

profesionales del establecimiento que se encuentran a cargo de dispositivos preventivos.

Cabe destacar que la muestra también fue modificada respecto de la que se presentó en el anteproyecto, ya que en este se proponía entrevistar a la totalidad de los profesionales que trabajan en el establecimiento. Pero esta idea tuvo que ser modificada en función del cambio realizado en los objetivos y las preguntas de investigación, ya que las creencias pertenecen al conocimiento accesible situacionalmente (Brewin, 1989, citado en Lega, Caballo y Ellis, 1998), que es aquel que sólo puede encontrarse automáticamente cuando los estímulos ambientales que llegan (en esta caso, las preguntas en las entrevistas) se corresponden con las características de los recuerdos almacenados. Por ello, los integrantes del equipo que no tuvieran experiencia trabajando en dispositivos preventivos, no hubieran podido acceder a esa información necesariamente ligada a experiencias personales.

3.2.4. Instrumentos metodológicos

Para la recolección de datos, fueron utilizados dos instrumentos: la observación participativa y las entrevistas semiestructuradas.

Maritza Montero (2006) define a la observación participativa como:

Una actividad metodológica, por tanto sistemática, y con objetivos determinados por los propósitos de la investigación y de generación de conocimientos, realizada en el transcurso de la vida cotidiana de las personas o de grupos específicos, a fin de conocer, desde una posición interna, eventos, fenómenos o circunstancias a los cuales no se podría acceder desde una posición externa (...)
Tiene un carácter abierto y flexible. (p. 205)

La observación participante “supone un tipo de propuesta en la cual intervienen distintas técnicas y métodos, vinculados tanto con formas de observación, modalidades de interacción, como tipos de entrevistas” (Vasilachis de Gialdino, 2006, 124).

En este tipo de observación, el investigador “participa en la mayoría de las actividades; sin embargo, no se mezcla completamente con los participantes, sigue siendo ante todo un observador” (Hernández Sampieri, 2014, 403).

El objetivo con el que fue utilizado dicho instrumento fue el de poder familiarizarse, tomar contacto con el funcionamiento cotidiano del Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental N° 2 en general y de sus dispositivos preventivos en particular. Tal como sugiere Hernández Sampieri (2010, 399), la observación cualitativa “implica adentrarnos profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones”.

Respecto a la familiarización, Montero (2006) la define como:

Un proceso de carácter sociocognoscitivo, en el cual los agentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo captando y aprehendiendo aspectos de la cultura de cada grupo, a la vez que encuentran puntos de referencia comunes, evalúan los intereses que mueven a cada grupo, desarrollan formas de comunicación, descubren particularidades lingüísticas y comienzan a desarrollar un proyecto compartido. Es, además, un proceso que introduce a los agentes externos en el conocimiento de la comunidad, transformando en habituales los aspectos específicos de cada comunidad. (p. 78)

Se utilizó también la técnica de entrevistas semiestructuradas de administración individual. El objetivo de esta técnica es captar, a través de la narración y el discurso, la concepción que los sujetos entrevistados tienen acerca de diferentes temas, haciendo posible que den cuenta de dichas representaciones en sus propias palabras, definiciones o expresiones (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, citado en Moll León, 2013). Este tipo de entrevistas se caracteriza por poseer una “guía de asuntos o preguntas [donde] el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández Sampieri 2014, 403).

Para diseñar la guía de temas, se tuvieron en cuenta aspectos teóricos que hacían a la definición operativa de las categorías de análisis, ya que la guía tiene “la finalidad de obtener la información necesaria para responder al planteamiento” (Hernández Sampieri, 2014, 407). Por ello, para obtener respuestas de las que pudieran inducirse creencias en torno a la prevención en salud mental, fue que la guía fue confeccionada del siguiente modo:

- Pedirle al sujeto que relate una experiencia positiva en prevención en Salud mental, ya sea en el Infanto o en otros trabajos que el sujeto haya tenido
- Por qué califica el sujeto como positiva a esa situación
- Sentimiento que el sujeto asocia a esa situación
- Pedirle al sujeto que relate una experiencia negativa en prevención en Salud mental, ya sea en el Infanto o en otros trabajos que el sujeto haya tenido
- Por qué califica el sujeto como negativa a esa situación
- Sentimiento que el sujeto asocia a esa situación
- Pedirle al sujeto que dé una definición de prevención en salud mental con sus palabras
- Pedirle al sujeto que desarrolle cómo cree que podría mejorarse el trabajo preventivo en salud mental en el Infanto

3.2.5. Procedimiento

En primera instancia, se procedió a presentarse ante la directora del establecimiento, a fin de solicitarle permiso para realizar la labor investigativa en la institución que dirige. Luego, ella presentó al investigador ante el equipo de trabajo que dirige y le pidió que comentara los objetivos y los procedimientos previstos para su investigación. Consentimiento mediante, se inició el proceso de familiarización con el equipo de trabajo del Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental N° 2.

Durante tres meses, el investigador participó como observador en los distintos dispositivos preventivos, acordando previamente cuándo hacerlo con los profesionales que se encontraban a cargo de los mismos. Dependiendo del tipo de actividad que se realizaba en el encuentro al que el investigador asistía, de las características del grupo, de la cantidad de asistentes y de otras variables que se iba comentando con los coordinadores de cada dispositivo, la participación del investigador constaba en observar participando más o menos activamente de la tarea. En todos los casos, el investigador era presentado a los participantes del encuentro, a quienes se comentaba brevemente el motivo de su presencia.

Siempre antes o después de cada encuentro, el investigador tenía conversaciones distendidas con el equipo a cargo del dispositivo, en las que le iban contando acerca de los objetivos y la historia del mismo, así como las características del grupo actual y de las actividades que en ese momento se estaban

desarrollando. Estas conversaciones se fueron dando, en algunos casos, en el espacio donde tenían lugar los dispositivos y, en otros, en la sala de espera o la cocina del establecimiento, lo que le dio al investigador la posibilidad de observar con mayor amplitud el movimiento cotidiano de la institución.

La familiarización resulta un proceso transversal al proceso de investigación, es decir que está siempre presente y, en palabras de Montero (2006, 77) “permite la sensibilización de los investigadores respecto de la comunidad y sus problemas, constituyendo así un paso necesario para garantizar la confianza”.

Cuando se consideró que se alcanzó una saturación de la información que podía recabarse mediante las observaciones participantes, se procedió a la realización de entrevistas semiestructuradas a los profesionales que se encontraban a cargo de los dispositivos preventivos. Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento explícito de los sujetos entrevistados, a quienes se informó acerca de que se les garantizaba la confidencialidad y que la información recabada sería utilizada con el solo fin de realizar la presente investigación, como así también que contaban con la opción de darse de baja de la investigación en cualquier momento.

Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a transcribirlas. Luego, los datos obtenidos fueron procesados mediante un análisis categorial, seleccionando las unidades de análisis y su codificación. Lo anterior implica, siguiendo a Hernández Sampieri (2014, 427), “identificar y etiquetar categorías relevantes de los datos. Los segmentos se convierten en unidades cuando poseen un significado (de acuerdo con el planteamiento del problema) y en categorías del esquema final de codificación”.

Posteriormente, dichos datos procesados fueron volcados en tablas y gráficos que, reflexión mediante, permitieron arribar a las conclusiones finales.

Una vez presentada y defendida la tesina, se ha acordado que se hará una devolución del investigador hacia el equipo del Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental N° 2, en la que se expondrán los resultados de la investigación.

3.2.6. Recorrido metodológico

Las etapas de dicha investigación fueron cuatro.

La primera consistió en realizar, en paralelo, el rastreo y análisis bibliográfico y el proceso de familiarización. Esta instancia investigativa derivó en la elaboración del marco teórico y en la reflexión que permitió hacer los ajustes mencionados en los objetivos, las preguntas y la muestra.

La segunda etapa consistió en la recolección de datos mediante la administración de las entrevistas semiestructuradas.

La tercera etapa fue el análisis de los datos recolectados en las entrevistas a la luz de la teoría recolectada en el marco teórico, lo que permitió hacer una articulación teórico-práctica.

Así, en la cuarta y última etapa, los análisis efectuados permitieron desarrollar algunas conclusiones.

Cabe destacar que, siendo una investigación cualitativa, estas etapas no fueron compartimientos estancos ni fue un proceso lineal, sino que en cada etapa se iban resignificando y ajustando las anteriores en función del material nuevo que se iba incorporando y de lo que se iba pensando y reelaborando al respecto.

También se considera necesario resaltar que durante todo el proceso, se participó de un grupo de covisión coordinado por el director de esta tesina, en el que una vez por semana se reúnen todos los tesistas cuya dirección se encuentra a su cargo. En este grupo, cada uno de los participantes va exponiendo su situación, sus avances, sus dudas y, entre todos, se van proponiendo soluciones, ajustes, etc.

Presentación y análisis de resultados

Para analizar el material obtenido en las entrevistas, se procedió a construir categorías en función de los objetivos generales y específicos y de lo desarrollado en el marco teórico. Las categorías son “conceptualizaciones analíticas desarrolladas por el investigador para organizar los resultados o descubrimientos relacionados con un fenómeno o experiencia humana que está bajo investigación” (Hernández Sampieri, 2014, 426).

La codificación consiste en “identificar y etiquetar categorías relevantes de los datos. Los segmentos se convierten en unidades cuando poseen un significado (de acuerdo con el planteamiento del problema) y en categorías del esquema final de codificación” (Hernández Sampieri, 2014, 427). Es decir, se seleccionan y recortan fragmentos del material recolectado para atribuirle sentido a la luz de la teoría.

Es entonces que se busca atribuir sentido sobre los tipos de creencias presentes en el discurso de estos profesionales para dar respuesta así a las preguntas de investigación. Vale aclarar que, de las estrategias propuestas por Lega, Caballo y Ellis (1998) para la detección de creencias, la que se utiliza en este caso es la interpretación inductiva: un procedimiento activo, en el que el entrevistador, luego de recoger datos en sucesivas entrevistas, por medio de la interpretación, sugiere posibles creencias subyacentes.

La categorización se encuentra organizada bajo un eje principal: Creencias (1). Bajo el mismo se despliegan las subcategorías correspondientes que serán cotejadas en las entrevistas realizadas:

(1) Creencias: En el modelo ABC —que es el modelo teórico de la TREC—, lo importante en la génesis de las emociones y conductas (C), tanto funcionales como disfuncionales, no es el acontecimiento (A) al que se enfrenta la persona, sino la valoración que hace esta de ese acontecimiento según sus creencias (B).

Las creencias son reglas generales, inflexibles, de las que la persona no es consciente (o no lo es del todo) que: 1) se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias pasadas (experiencias tempranas); 2) forman la base para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar estímulos; y 3) forman la base para la categorización y evaluación de experiencias y para hacer juicios y distorsionar las situaciones reales.

No son observables, sino que se las detecta de manera inductiva en la presencia de sus productos: las consecuencias emocionales y las consecuencias cognitivas.

1.1. Creencias irracionales: son aquellas cogniciones evaluativas que son rígidas, absolutistas y dogmáticas (incluyen expresiones en las que se indica que algo debería ser o suceder o no debería ser o suceder, utilizadas en el sentido de aquello que debe ocurrir o debe evitarse invariablemente, sin tener en cuenta el contexto y las circunstancias, a la hora de juzgar una situación, a sí mismo o a otra persona; también puede identificarse esa rigidez en expresiones que impliquen palabras tales como “siempre”, “nunca”, “todo”, “nada”, “lo ideal”, “lo peor”, “fabuloso” o “terrible”, sin tener en cuenta el contexto y las circunstancias, a la hora de juzgar una situación, a sí mismo o a otra persona) y/o producen emociones perturbadoras, disfuncionales, tales como: ansiedad, depresión, euforia, ira, culpa o vergüenza.

1.2. Creencias racionales: son aquellas cogniciones evaluativas que entrañan una evaluación flexible, sin dogmatismos, que tienen en cuenta el contexto y las circunstancias a la hora de juzgar una situación, a sí mismo o a otra persona y/o producen emociones más funcionales, tales como: preocupación, tristeza, alegría, enfado, remordimiento, decepción, pesar, frustración, satisfacción.

| | Respuestas racionales | Respuestas irracionales |
|----------|--|--|
| Sujeto 1 | <p>“...las intervenciones que hay que hacer sí tienen algo de terapéutico en el sentido de que se atiende particularmente a..., por ejemplo, uno de los niños tiene Asperger, otro tiene psicosis..., <u>entonces, hay que hacer intervenciones puntuales, podríamos decir terapéuticas, pero que tienen..., como que salen de la dinámica que estaba pensada. Entonces, por ahí, todos los otros están haciendo una tarea y a ellos, particularmente, se les da otra;</u> o ellos laburan muy en serie y eso no les permite simbolizar o metaforizar. Entonces, eso implica otro tipo de trabajo, que <u>hay que tener en cuenta eso porque si no se los frustra mucho y termina siendo iatrogénico para ellos</u>”.</p> | <p>“<u>Yo siento una satisfacción constante en este espacio</u> porque me gusta mucho el arte, porque veo los efectos que produce en los chicos sin que tenga que ser una intervención terapéutica”.</p> <p>“Las cosas que van surgiendo, como ellos van creando sus personajes, los personajes que crean..., <u>es hermoso</u>”.</p> <p>“Sí ha habido ocasiones en que las cosas planificadas han salido todo al revés, pero <u>no lo recuerdo como algo negativo</u>”.</p> |
| Sujeto 2 | <p>“<u>Sí, la sensación es de frustración</u> porque uno siempre llega a trabajar con una expectativa. En la mañana, uno tiene la expectativa de poder llevar a cabo las entrevistas que tiene anotadas en su agenda, de que la cosa vaya. Y cuando se te frustra, bueno, obvio, te frustrás de que eso no pudo ser. Pero también hay algo que tiene que ver con trabajar con la salud mental y que es como que manejas un nivel de..., no sé si de frustración. A ver..., un nivel de expectativas... Estás trabajando con personas. <u>O sea, no podés vos poner la expectativa porque no manejas lo que al otro le pasa.</u> Entonces, no es como decir ‘Bueno, yo me siento con una computadora, tengo la expectativa de que hoy voy a controlar este programa y...’. No, o sea, son personas y, bueno, yo creo que eso está relacionado con el nivel de omnipotencia de cada uno, el nivel de “furor curandis” de cada uno”.</p> <p>“Aparte, muchas veces, las cuestiones que le pasan a los pibes..., en los chiquitos los desbordes conductuales, la falta de límites, los problemas de la escuela, responde a que no hay un adulto que pueda bordearlo. En los adolescentes, que se cortan, las sustancias, o sea..., adolescentes</p> | |

| | | |
|----------|---|---|
| | <p>solos, que los padres ni bola... O sea, que se puede revertir en la medida en que los padres puedan ir haciendo algunos movimientos. Eso es lo que yo veo que podría ser mejorado... Lo posible y lo no tan posible".</p> | |
| Sujeto 3 | <p>"Hace un tiempo había una niña que nos costó mucho diagnosticar, que tenía un descontrol impulsivo, fugas... fue difícil de compensar; y en un momento se fugó, porque se iba, se iba a las plazas, tenía relaciones con veinte, era como toda una cuestión, así, muy desorganizada. Aparecía lastimada, aparecía deshidratada..., todo bien complicado; y un día que estaba desaparecida, apareció en el taller de teatro. Después de tres días que no estaba en la casa, apareció ahí. Y <u>nos pareció muy interesante que fuera un lugar de referencia, que fuera un lugar adonde poder ir ante una urgencia. Así que sí, eso estuvo bueno.</u> Logramos que ella, ante la desorganización nos recordara como un lugar de amparo. <u>Eso estuvo bueno</u>".</p> <p>"Ha estado bueno funcionar como referentes emocionales, que si les pasa algo, que no solo lo hablen con sus amigos, sino que tengan algún adulto..., que se sientan escuchados para poder hablar".</p> <p>"El Estado todavía está desarticulado y cuando hay tanto desborde de patología, por ahí <u>es difícil ponerle el peso a lo preventivo porque se están apagando incendios</u>".</p> <p>"<u>Es difícil cuando llegan a pedir asistencia o rehabilitación poder brindar un taller porque la gente viene a buscar la pastilla a veces, o vienen derivados al psiquiatra. O, por ahí, vienen con la idea de psicoterapia pero creyendo que se iban a encontrar con la palabra mágica. Cuesta tenerle paciencia a los talleres. Entonces, por ahí, te dicen 'No, si es para un taller, no lo mando. Si es para medicación, sí'.</u></p> | <p>"<u>Como negativo, no sé si encuentro.</u> Creo que, además, nos dan la posibilidad institucional de hacer prevención y que..., sí, somos de los pocos equipos que hacemos clínica. Entonces, por ahí también está bueno tener la mirada clínica, tener apoyo del equipo y poder hacer algo de prevención. <u>Negativo, en general, no encuentro</u>".</p> |

| | | |
|----------|---|--|
| | <p>Entonces, es muy loco. Todavía es muy difícil de entender. Pero, a ver, <u>creo que lo negativo es lo difícil que es convocar y tener que estar luchando entre seducir a los pacientes, que decís 'Bueno, no es la idea', y que eso se considere un dispositivo de atención. <u>Ese es un punto que a mí me cuesta</u>".</u></p> <p><u>"Por ahí, está bueno el que ve toda la película. Si no ves el daño, si no ves las consecuencias, es difícil porque hacés prevención de manual... por ejemplo, decirle a una mamá 'El colecho es dañino', si no se le explica y si no se tiene en claro por qué es dañino, queda como un discurso que entra por un oído y sale por el otro. O decir 'No, el colecho hace mal' y no entender que es esa casa no hay dormitorios: hay una sola cama... Me parece que es muy importante tener en claro el territorio, la población con la que uno trabaja"</u>.</p> | |
| Sujeto 4 | <p>"Esa <u>fue una muy buena experiencia</u>, valorada tanto por los chicos como por los padres que vinieron, que les pareció muy importante conocer lo que estaban haciendo: aprender la técnica y aprender este aspecto, digamos, de la mayor comunicación e incluso una diferencia..., reconociendo una diferencia en cómo se comunicaban a partir de poner en valor que los chicos supieran algo que, por ahí, ellos no".</p> <p><u>"Yo me sentí bien. Bien, bien, bien. Me gustó mucho, fue como linda la experiencia. Realmente, sentí que el objetivo que teníamos se logró porque, justamente, la idea era posibilitar todo esto en el vínculo"</u>.</p> | <p>"Y..., la verdad es que <u>fue horrible</u>. Yo no sabía, tampoco, que era más chica. O sea, son cuestiones institucionales con las que de repente te encontrás. No sabía que era más chica porque la nena parecía más grande, realmente. Entonces, no me había dado cuenta y me impactó mucho y me generó un poco esto, o sea, no tener una respuesta clara de por qué ella estaba ahí".</p> |

“El taller, como te decía, es de 9 a 13 años; y, por cuestiones institucionales o de apuro o que se yo, entra al taller una nena mucho más chica, que tenía 7 y cumplió los 8 estando en el taller. Y fue negativo en el sentido de que cuando nos pusimos a revisar lo que había generado tanto en el grupo como lo que implicaba para esa nena en particular estar en ese grupo, nos dimos cuenta de que habíamos cometido un error. Verdaderamente, o sea, de que podía terminar siendo contraproducente para la niña porque, justamente, es lo particular de este caso”.

“Y ahí fue que fuimos pensando estas estrategias, de que pudiera quedar incluida, como cuando decís ‘Bueno, ya te la mandaste, ya está’, pero que pudiéramos adaptar la tarea, que pudiéramos hacer hincapié en que ella pudiera tener sus procesos y no tenía por qué adelantarse a los otros... O sea, como buscar la forma, ya ante el hecho, que ya estaba así”.

“En sí, la niña respondió y pudo hacer la tarea, sólo que cuando nos dimos cuenta empezamos a hacer más hincapié en que lo fuera haciendo a su tiempo, que si no terminaba no importaba, o sea, como rescatando las diferencias, en el contexto, justamente, de un taller en el que cada uno llevaba su proceso personal”.

“Por eso te digo: no porque la nena no haya respondido o no haya podido hacer la tarea, sino desde la lectura que una hace de esa situación”.

“Es algo que nos ha servido para replantearnos este año... en la inexperiencia de que no habíamos hecho entrevistas previas a los chicos, que este año lo hemos incluido como algo importante..., bueno, cuestiones que después una se plantea, justamente, a partir de estas cosas”.

| | | |
|-----------------|---|--|
| <p>Sujeto 5</p> | <p>“Más que experiencias negativas de intervención, son <u>frustración</u> por dispositivos que no han dado los resultados que uno deseaba. Más bien porque no han estado bien pensados, o porque no había una buena lectura de lo que se necesitaba prevenir, o de la estrategia, o problemas en la dinámica de los equipos”.</p> <p>“Una vez nos pidieron intervenir como Infante en la dinámica grupal de un grupo de docentes de un jardín maternal. Luego de la primera sesión de trabajo grupal, quedaron en llamarnos para acordar la siguiente y no lo hicieron. <u>Fue frustrante</u>, lo adjudicamos a errores propios. Luego el jardín se modificó totalmente en su estructura, se trasladó de zona, cambiaron los directivos. Había cuestiones institucionales en situación de crisis que no alcanzamos a trabajar”.</p> <p>“Otra negativa es de situaciones de pacientes que han sido excluidos de sus hogares por situaciones de maltrato, cayendo en familias cuidadoras donde luego han sido más maltratados y abusados. <u>Esto genera mucha impotencia</u>, cuando la prevención depende de coordinación interinstitucional que no funciona”.</p> | <p>“Son negativas porque no se pudo alcanzar el fin propuesto, no se pudo prevenir <u>nada</u> de lo que se veía iba a suceder o porque no se vio a tiempo”.</p> |
| <p>Sujeto 6</p> | <p>“<u>Me sentí muy feliz</u>. La verdad que sí, porque era..., es, <u>sigue siendo un chico que me preocupa</u>, que me quedo pensando cuando se va, <u>me da temor</u> de que..., bueno, él está muy mal, te lo dice. Entonces, me quedo preocupada, a veces. Y <u>este cambio ha sido muy positivo y me quedo contenta de que estas acciones que se están haciendo tienen sus frutos</u>, que no es solamente ‘Viene, juega y se va’, o ‘Aprende a hacer un muñequito con plastilina y se va’, sino que tiene todo un trasfondo, que es el arte el eje, lo que nos une, pero para que se den un montón de otras cosas y que, incluso, a veces, si no está el arte, como objetivo, como fundamento, se dan también.</p> | <p>“Los chicos venían <u>todo el tiempo</u> a desafiar la autoridad, ya fuera menospreciando o tratando mal..., o a veces peleas entre ellos o traían bandas de afuera para pelear”.</p> |

| | | |
|----------|---|--|
| | <p><u>Los efectos son muy buenos, muy positivos. Y la verdad que sí, me he sentido contenta y de llevármelo en la cabeza y decir 'Hay que seguir haciendo estos talleres'. O sea, me motiva saber que esta tarea está buena".</u></p> <p><u>"Entonces, era decir 'Está bueno lo que estamos haciendo, qué vuelta le damos' o esto de yo sentir que me sobrepasaba, a veces, que era muy difícil, que sí o sí teníamos que estar con mi compañera porque solas no nos animábamos. No sabíamos en qué momento podía dar un giro y podía ser muy complicado".</u></p> <p><u>"Era negativa porque no era lo que nosotras esperábamos o lo que nosotras armábamos en nuestra cabeza, disparaba para cualquier lado el taller. Pero así y todo, era positivo para ellos. Yo lo veía como una experiencia negativa hacia mí, de que a veces me iba con dudas de si estaba bueno o no (pero los chicos me confirmaban que sí) y una experiencia negativa de, yo, decir 'No puedo, me parece que no está bueno esto...', se daban charlas que podían ser muy violentas..."</u></p> | |
| Sujeto 7 | <p><u>"Para mí es una alegría porque son pacientes que te generan mucho miedo, o sea, que una siempre está pensando en que algo malo puede pasar, que te generan intranquilidad, preocupación, que una no sabe cómo insertarlos a la escuela, que es obligatoria y que hay presión de todos lados, por ejemplo, para ir a la escuela, pero que no pueden ir porque se pelean con todos sus compañeros... Entonces, de repente ver que son chicos que su estado de ánimo ha mejorado, que tienen deseos de vivir, que pueden vincularse con otros, que empiezan a tener aunque sea un amigo y que te cuentan que salieron con ese amigo, no sé, a la plaza, o que lo invitaron a su casa a jugar a la Play, pero que invitaron a alguien, siendo que eran chicos que estaban solos; es como una ilusión y es esperanzador".</u></p> | <p><u>"Una sigue apostando por lo que te decía antes, porque creo que sí o sí los chicos tienen que insertarse en un grupo. Es necesario hacer eso porque es, justamente, su dificultad. Los expulsan de la escuela por eso, los expulsan de un cumpleaños por eso, los expulsan de un centro de deportes, de un centro comunitario deportivo o de un club, justamente, porque el profesor tiene miedo... —hace una pausa, ríe— de lo mismo que tenemos miedo nosotras".</u></p> |

“Y..., bueno, yo, ahora, es como que tengo una mirada muy, así, y tengo una orientación psicoanalítica, muy estructurada al consultorio y de terapia individual, pero es como que tengo una apertura y una esperanza muy grande en lo grupal, como que apuesto mucho a lo grupal y me parece que son complementarios. O sea, ya como que no lo puedo ver separado una terapia individual sin poder ver a este chico en un grupo donde esté inserto con otros niños o poder ayudarlo a que participe de algo grupal porque he notado que eso es lo que, realmente, les ha cambiado su estado de ánimo”.

“Bueno, de hecho, no tengo formación en grupos y este año, con otras compañeras más, tenemos ganas de hacer un posgrado en abordajes grupales para conocer un poco más porque es muy difícil manejar un grupo: suceden muchas cosas que una, obviamente, no sabe bien qué hacer y eso sí genera muchos miedos, mucha incertidumbre... A veces, cuando hay retrocesos una dice ‘¿esto estará haciendo bien, estará funcionando?’ Entonces, bueno, la idea es podernos formar un poco más como para tener una idea de los fenómenos grupales, de lo que pasa en un grupo y de lo que le pasa a la persona en el grupo, porque me parece que, sobre todo, acá, en un Infanto, en una institución estatal, tenemos que apostar mucho a eso: a los dispositivos grupales para los chicos, también por la demanda que hay”.

“La paciente se desmayó, quedó casi como muerta, de un momento a otro. Estaba con los ojos cerrados, con pérdida de conocimiento, no respondía, el cuerpo muerto... Y, bueno, fue un susto terrible porque pensamos, con la profesional que trabaja conmigo y con el profesor de educación física, que se había muerto, o sea, que le había dado un infarto, que algo le había pasado. Y, bueno, fue muy difícil en un grupo, los otros chicos se asustaron mucho”.

| | | |
|----------|---|---|
| | <p><u>“Entonces generó toda una situación que te da decir ‘No quiero seguir más con esto’.</u> Es como mucho riesgo estar en otro lado, donde no tenemos médicos, donde no hay seguridad, donde estamos solas (acá, en el hospital, estás más protegido porque si hubiera pasado algo así, llamamos, viene rápido la ambulancia o tenemos el hospital acá, a dos cuadras). <u>Pero querer sacarlos a los chicos del ámbito hospitalario, que se inserten en la comunidad, pero con estas patologías, también es todo un riesgo.</u> Y ese día, con esa paciente, replanteamos muchas cosas y <u>nos dio como mucho miedo y creo que no me lo voy a olvidar más.</u> Imaginate, pensé que se me había muerto un niño, entonces, bueno”.</p> <p><u>“Son situaciones en las que decís ‘Ay, no quiero hacer más esto porque estoy en riesgo yo’.</u> Si a esa chica que se desmayó le hubiera pasado algo, que, en verdad hubiera estado en riesgo su vida, yo también dije <u>‘Se está jugando todo</u> porque yo estoy a cargo de este menor de edad’. <u>‘Mi matrícula..., qué hice..., qué dejé de hacer...’</u> O sea, todo el tema de lo que yo debería haber hecho, de lo que no, el tema de abogados..., un montón de cosas que recaen en la figura del profesional. Y después también <u>te quedás un poco como ‘Mmm, en cualquier momento puede pasar algo acá, entre los chicos’</u> porque si alguno dijo algo que a otro no le gustó, puede que ese se levante y..., no sé”.</p> | |
| Sujeto 8 | <p><u>“Fue una experiencia positiva</u> porque había una piba sufriendo hacía un año en silencio y era una situación que era de conocimiento público, pero que ningún maestro lo sabía. Era una escuela secundaria. Y ninguna autoridad lo sabía. Y eso que lo sabían todos los compañeros. Y <u>porque le pudimos dar una mano,</u> también, para explicárselo al padre y el padre pudo procesar esa información de un modo distinto a si se</p> | <p>“Experiencias negativas debo haber tenido..., un montón..., pero no se me ocurre ninguna”.</p> |

hubiera enterado por sus medios”.

“Ante esa situación, me sentí bien, básicamente bien porque es como que uno siempre sospecha del alcance real que tienen estas actividades en los adolescentes porque por ahí están un poco dispersos o por ahí lo toman como que somos un profesor más, que les está diciendo otra cosa más, que ellos ya saben, que no les interesa; y, bueno, haber tenido la posibilidad de testear, en vivo y en directo, el alcance real que tuvo, estuvo bueno”.

“Nos pasó una vez con un director de una escuela, que nosotros le pedimos que le garantizara la escolaridad a un chico hasta que terminara el año, que estábamos a dos meses de terminar, y, bueno, el tipo como que no quería dejar al chico en la escuela, como que quería sacárselo de encima, y, bueno, nos empezó a maltratar, se puso muy violento, empezó a gritarnos, empezó a hacer todo un melodrama: llamó testigos, llamó gente de afuera, empezó a buscar testigos de que nos estaba diciendo lo que nos estaba diciendo, nos quiso hacer firmar un acta..., bueno, bastante violento; pero no más que eso”.

“Ante esa situación, me sentí frustrado. Porque uno entiende que está haciendo, digamos..., el dispositivo de seguimiento escolar, particularmente, es un dispositivo que tiene como mucho de pulmón porque lo hacemos en nuestros autos, lo hacemos, por ahí, metiéndonos en barrios medio complicados, gastando nafta... y, muchas veces, exponiéndonos a situaciones que te pueden dejar expuesto, digamos, porque, por ahí, tenés que enfrentar tu criterio con el criterio de las escuelas, o de las supervisiones de las escuelas, o de algún otro profesional que esté interviniendo. Y, por ahí, la posición del profesional atendiendo en un consultorio es como un poco más pasiva, un poco más reservada; no tenés que andar poniéndote a prueba con nadie. Por ahí puede ser un poco frustrante por eso, pero porque uno

siente como que le pone..., que lo está haciendo como mitad obligación y mitad de onda, digamos, como que uno le está poniendo un esfuerzo adicional”.

“Prevención en salud mental es salir a la comunidad. No se puede prevenir nada desde..., entiendo que, por ahí, desde una admisión, desde recibir un paciente derivado, uno puede prevenir situaciones que sean más complejas o de evolución potencial más compleja, pero, en principio, para intentar generar conciencia o prevenir sobre cuestiones reales, hay que salir a la calle. Me parece que hay que salir a la comunidad, a compartir la comunidad y a conocer la comunidad para prevenir. Si no, es complejo”.

| | Respuestas racionales | Respuestas irracionales |
|------------------------|---|--|
| Experiencias positivas | <p>“Hace un tiempo había una niña que nos costó mucho diagnosticar, que tenía un descontrol impulsivo, fugas... fue difícil de compensar; y en un momento se fugó, porque se iba, se iba a las plazas, tenía relaciones con veinte, era como toda una cuestión, así, muy desorganizada. Aparecía lastimada, aparecía deshidratada..., todo bien complicado; y un día que estaba desaparecida, apareció en el taller de teatro. Después de tres días que no estaba en la casa, apareció ahí. Y <u>nos pareció muy interesante que fuera un lugar de referencia, que fuera un lugar adonde poder ir ante una urgencia</u>. Así que sí, <u>eso estuvo bueno</u>. Logramos que ella, ante la desorganización nos recordara como un lugar de amparo. <u>Eso estuvo bueno</u>”.</p> <p>“<u>Ha estado bueno funcionar como referentes emocionales</u>, que si les pasa algo, que no solo lo hablen con sus amigos, sino que tengan algún adulto..., que se sientan escuchados para poder hablar”.</p> <p>“Esa <u>fue una muy buena experiencia</u>, valorada tanto por los chicos como por los padres que vinieron, que les pareció muy importante conocer lo que estaban haciendo: aprender la técnica y aprender este aspecto, digamos, de la mayor comunicación e incluso una diferencia..., reconociendo una diferencia en cómo se comunicaban a partir de poner en valor que los chicos supieran algo que, por ahí, ellos no”.</p> <p>“<u>Yo me sentí bien. Bien, bien, bien. Me gustó mucho, fue como linda la experiencia</u>. Realmente, sentí que el objetivo que teníamos se logró porque, justamente, la idea era posibilitar todo esto en el vínculo”.</p> | <p>“<u>Yo siento una satisfacción constante en este espacio</u> porque me gusta mucho el arte, porque veo los efectos que produce en los chicos sin que tenga que ser una intervención terapéutica”.</p> |

“Me sentí muy feliz. La verdad que sí, porque era..., es, sigue siendo un chico que me preocupa, que me quedo pensando cuando se va, me da temor de que..., bueno, él está muy mal, te lo dice. Entonces, me quedo preocupada, a veces. Y este cambio ha sido muy positivo y me quedo contenta de que estas acciones que se están haciendo tienen sus frutos, que no es solamente ‘Viene, juega y se va’, o ‘Aprende a hacer un muñequito con plastilina y se va’, sino que tiene todo un trasfondo, que es el arte el eje, lo que nos une, pero para que se den un montón de otras cosas y que, incluso, a veces, si no está el arte, como objetivo, como fundamento, se dan también.

Los efectos son muy buenos, muy positivos. Y la verdad que sí, me he sentido contenta y de llevármelo en la cabeza y decir ‘Hay que seguir haciendo estos talleres’. O sea, me motiva saber que esta tarea está buena”.

“Entonces, era decir ‘Está bueno lo que estamos haciendo, qué vuelta le damos’ o esto de yo sentir que me sobrepasaba, a veces, que era muy difícil, que sí o sí teníamos que estar con mi compañera porque solas no nos animábamos. No sabíamos en qué momento podía dar un giro y podía ser muy complicado”.

“Para mí es una alegría porque son pacientes que te generan mucho miedo, o sea, que una siempre está pensando en que algo malo puede pasar, que te generan intranquilidad, preocupación, que una no sabe cómo insertarlos a la escuela, que es obligatoria y que hay presión de todos lados, por ejemplo, para ir a la escuela, pero que no pueden ir porque se pelean con todos sus compañeros... Entonces, de repente ver que son chicos que su estado de ánimo ha mejorado, que tienen deseos de vivir, que

pueden vincularse con otros, que empiezan a tener aunque sea un amigo y que te cuentan que salieron con ese amigo, no sé, a la plaza, o que lo invitaron a su casa a jugar a la Play, pero que invitaron a alguien, siendo que eran chicos que estaban solos; es como una ilusión y es esperanzador".

"Y..., bueno, yo, ahora, es como que tengo una mirada muy, así, y tengo una orientación psicoanalítica, muy estructurada al consultorio y de terapia individual, pero es como que tengo una apertura y una esperanza muy grande en lo grupal, como que apuesto mucho a lo grupal y me parece que son complementarios. O sea, ya como que no lo puedo ver separado una terapia individual sin poder ver a este chico en un grupo donde esté inserto con otros niños o poder ayudarlo a que participe de algo grupal porque he notado que eso es lo que, realmente, les ha cambiado su estado de ánimo".

"Fue una experiencia positiva porque había una piba sufriendo hacía un año en silencio y era una situación que era de conocimiento público, pero que ningún maestro lo sabía. Era una escuela secundaria. Y ninguna autoridad lo sabía. Y eso que lo sabían todos los compañeros. Y porque le pudimos dar una mano, también, para explicárselo al padre y el padre pudo procesar esa información de un modo distinto a si se hubiera enterado por sus medios".

"Ante esa situación, me sentí bien, básicamente bien porque es como que uno siempre sospecha del alcance real que tienen estas actividades en los adolescentes porque por ahí están un poco dispersos o por ahí lo toman como que somos un profesor más, que les está diciendo otra cosa más, que ellos ya saben, que no les interesa; y, bueno, haber tenido la posibilidad de testear, en vivo

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| | <p>y en directo, el alcance real que tuvo, estuvo bueno”.</p> | |
| <p>Experiencias negativas</p> | <p>“Sí, la sensación es de <u>frustración</u> porque uno siempre llega a <u>trabajar con una expectativa</u>. En la mañana, uno tiene la expectativa de poder llevar a cabo las entrevistas que tiene anotadas en su agenda, de que la cosa vaya. Y cuando se te frustra, bueno, obvio, te frustrás de que eso no pudo ser. Pero también hay algo que tiene que ver con trabajar con la salud mental y que es como que manejas un nivel de..., no sé si de frustración. A ver..., un nivel de expectativas... Estás trabajando con personas. <u>O sea, no podés vos poner la expectativa porque no manejas lo que al otro le pasa</u>. Entonces, no es como decir ‘Bueno, yo me siento con una computadora, tengo la expectativa de que hoy voy a controlar este programa y...’. No, o sea, son personas y, bueno, yo creo que eso está relacionado con el nivel de omnipotencia de cada uno, el nivel de “furor curandis” de cada uno”.</p> <p>“Es difícil cuando llegan a <u>pedir asistencia o rehabilitación poder brindar un taller porque la gente viene a buscar la pastilla a veces</u>, o vienen derivados al psiquiatra. O, por ahí, vienen con la idea de psicoterapia pero creyendo que se iban a encontrar con la palabra mágica. Cuesta tenerle paciencia a los talleres. Entonces, por ahí, te dicen ‘No, si es para un taller, no lo mando. Si es para medicación, sí’. Entonces, es muy loco. Todavía es muy difícil de entender. Pero, a ver, <u>creo que lo negativo es lo difícil que es convocar y tener que estar luchando entre seducir a los pacientes, que decís ‘Bueno, no es la idea’, y que eso se considere un dispositivo de atención. Ese es un punto que a mí me cuesta</u>”.</p> | <p>“Sí ha habido ocasiones en que las cosas planificadas han salido todo al revés, pero <u>no lo recuerdo como algo negativo</u>”.</p> <p>“<u>Como negativo, no sé si encuentro</u>. Creo que, además, nos dan la posibilidad institucional de hacer prevención y que..., sí, somos de los pocos equipos que hacemos clínica. Entonces, por ahí también está bueno tener la mirada clínica, tener apoyo del equipo y poder hacer algo de prevención. <u>Negativo, en general, no encuentro</u>”.</p> <p>“Y..., la verdad es que <u>fue horrible</u>. Yo no sabía, tampoco, que era más chica. O sea, son cuestiones institucionales con las que de repente te encontrás. No sabía que era más chica porque la nena parecía más grande, realmente. Entonces, no me había dado cuenta y me impactó mucho y me generó un poco esto, o sea, no tener una respuesta clara de por qué ella estaba ahí”.</p> <p>“Son negativas porque no se pudo alcanzar el fin propuesto, no se pudo prevenir <u>nada</u> de lo que se veía iba a suceder o porque no se vio a tiempo”.</p> <p>“Los chicos venían <u>todo el tiempo</u> a desafiar la autoridad, ya fuera menospreciando o tratando mal..., o a veces peleas entre ellos o traían bandas de afuera para pelear”.</p> <p>“Experiencias negativas debo haber tenido..., un montón..., pero no se me ocurre ninguna”.</p> |

“El taller, como te decía, es de 9 a 13 años; y, por cuestiones institucionales o de apuro o qué se yo, entra al taller una nena mucho más chica, que tenía 7 y cumplió los 8 estando en el taller. Y fue negativo en el sentido de que cuando nos pusimos a revisar lo que había generado tanto en el grupo como lo que implicaba para esa nena en particular estar en ese grupo, nos dimos cuenta de que habíamos cometido un error. Verdaderamente, o sea, de que podía terminar siendo contraproducente para la niña porque, justamente, es lo particular de este caso”.

“Y ahí fue que fuimos pensando estas estrategias, de que pudiera quedar incluida, como cuando decís ‘Bueno, ya te la mandaste, ya está’, pero que pudiéramos adaptar la tarea, que pudiéramos hacer hincapié en que ella pudiera tener sus procesos y no tenía por qué adelantarse a los otros... O sea, como buscar la forma, ya ante el hecho, que ya estaba así”.

“En sí, la niña respondió y pudo hacer la tarea, sólo que cuando nos dimos cuenta empezamos a hacer más hincapié en que lo fuera haciendo a su tiempo, que si no terminaba no importaba, o sea, como rescatando las diferencias, en el contexto, justamente, de un taller en el que cada uno llevaba su proceso personal”.

“Por eso te digo: no porque la nena no haya respondido o no haya podido hacer la tarea, sino desde la lectura que una hace de esa situación”.

“Es algo que nos ha servido para replantearnos este año... en la inexperiencia de que no habíamos hecho entrevistas previas a los chicos, que este año lo hemos incluido como algo importante..., bueno, cuestiones que después una se plantea, justamente, a partir de estas cosas”.

“Más que experiencias negativas de intervención, son frustración por dispositivos que no han dado los resultados que uno deseaba. Más bien porque no han estado bien pensados, o porque no había una buena lectura de lo que se necesitaba prevenir, o de la estrategia, o problemas en la dinámica de los equipos”.

“Una vez nos pidieron intervenir como Infanto en la dinámica grupal de un grupo de docentes de un jardín maternal. Luego de la primera sesión de trabajo grupal, quedaron en llamarnos para acordar la siguiente y no lo hicieron. Fue frustrante, lo adjudicamos a errores propios. Luego el jardín se modificó totalmente en su estructura, se trasladó de zona, cambiaron los directivos. Había cuestiones institucionales en situación de crisis que no alcanzamos a trabajar”.

“Otra negativa es de situaciones de pacientes que han sido excluidos de sus hogares por situaciones de maltrato, cayendo en familias cuidadoras donde luego han sido más maltratados y abusados. Esto genera mucha impotencia, cuando la prevención depende de coordinación interinstitucional que no funciona”.

“Era negativa porque no era lo que nosotras esperábamos o lo que nosotras armábamos en nuestra cabeza, disparaba para cualquier lado el taller. Pero así y todo, era positivo para ellos. Yo lo veía como una experiencia negativa hacia mí, de que a veces me iba con dudas de si estaba bueno o no (pero los chicos me confirmaban que sí) y una experiencia negativa de, yo, decir ‘No puedo, me parece que no está bueno esto...’, se daban charlas que podían ser muy violentas...”.

“La paciente se desmayó, quedó casi como muerta, de un

momento a otro. Estaba con los ojos cerrados, con pérdida de conocimiento, no respondía, el cuerpo muerto... Y, bueno, fue un susto terrible porque pensamos, con la profesional que trabaja conmigo y con el profesor de educación física, que se había muerto, o sea, que le había dado un infarto, que algo le había pasado. Y, bueno, fue muy difícil en un grupo, los otros chicos se asustaron mucho”.

“Entonces generó toda una situación que te da decir ‘No quiero seguir más con esto’. Es como mucho riesgo estar en otro lado, donde no tenemos médicos, donde no hay seguridad, donde estamos solas (acá, en el hospital, estás más protegido porque si hubiera pasado algo así, llamamos, viene rápido la ambulancia o tenemos el hospital acá, a dos cuadras). Pero querer sacarlos a los chicos del ámbito hospitalario, que se inserten en la comunidad, pero con estas patologías, también es todo un riesgo. Y ese día, con esa paciente, replanteamos muchas cosas y nos dio como mucho miedo y creo que no me lo voy a olvidar más. Imaginate, pensé que se me había muerto un niño, entonces, bueno”.

“Son situaciones en las que decís ‘Ay, no quiero hacer más esto porque estoy en riesgo yo’. Si a esa chica que se desmayó le hubiera pasado algo, que, en verdad hubiera estado en riesgo su vida, yo también dije ‘Se está jugando todo porque yo estoy a cargo de este menor de edad’. ‘Mi matrícula..., qué hice..., qué dejé de hacer...’ O sea, todo el tema de lo que yo debería haber hecho, de lo que no, el tema de abogados..., un montón de cosas que recaen en la figura del profesional. Y después también te quedás un poco como ‘Mmm, en cualquier momento puede pasar algo acá, entre los chicos’ porque si alguno dijo algo que a otro no le gustó, puede que ese se levante y..., no sé”.

“Nos pasó una vez con un director de una escuela, que nosotros le pedimos que le garantizara la escolaridad a un chico hasta que terminara el año, que estábamos a dos meses de terminar, y, bueno, el tipo como que no quería dejar al chico en la escuela, como que quería sacárselo de encima, y, bueno, nos empezó a maltratar, se puso muy violento, empezó a gritarnos, empezó a hacer todo un melodrama: llamó testigos, llamó gente de afuera, empezó a buscar testigos de que nos estaba diciendo lo que nos estaba diciendo, nos quiso hacer firmar un acta..., bueno, bastante violento; pero no más que eso”.

“Ante esa situación, me sentí frustrado. Porque uno entiende que está haciendo, digamos..., el dispositivo de seguimiento escolar, particularmente, es un dispositivo que tiene como mucho de pulmón porque lo hacemos en nuestros autos, lo hacemos, por ahí, metiéndonos en barrios medio complicados, gastando nafta... y, muchas veces, exponiéndonos a situaciones que te pueden dejar expuesto, digamos, porque, por ahí, tenés que enfrentar tu criterio con el criterio de las escuelas, o de las supervisiones de las escuelas, o de algún otro profesional que esté interviniendo. Y, por ahí, la posición del profesional atendiendo en un consultorio es como un poco más pasiva, un poco más reservada; no tenés que andar poniéndote a prueba con nadie. Por ahí puede ser un poco frustrante por eso, pero porque uno siente como que le pone..., que lo está haciendo como mitad obligación y mitad de onda, digamos, como que uno le está poniendo un esfuerzo adicional”.

Gráficos y tablas de análisis

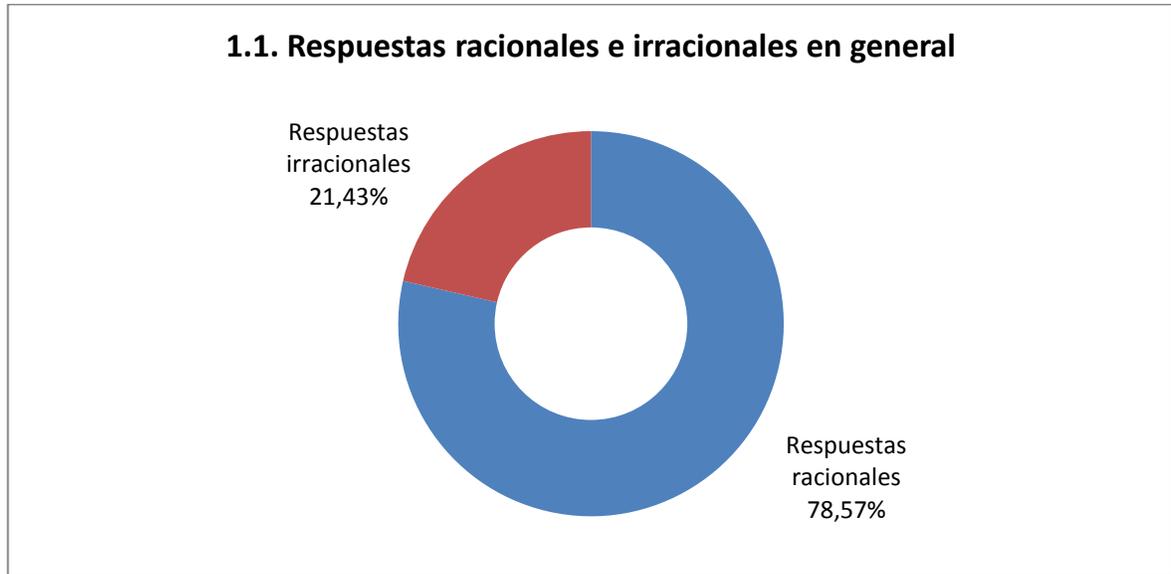


GRÁFICO 1. Análisis de las respuestas racionales e irracionales en general en torno a la prevención en salud mental.

| | Respuestas racionales | Respuestas irracionales |
|----------------|-----------------------|-------------------------|
| Cantidad bruta | 33 | 9 |
| Porcentaje | 78,57% | 21,43% |

TABLA 1. Frecuencia de aparición de respuestas racionales e irracionales en general en torno a la prevención en salud mental.



GRÁFICO 2. Análisis de las respuestas racionales e irracionales ante la pregunta por experiencias positivas en prevención en salud mental.

| | Respuestas racionales | Respuestas irracionales |
|----------------|-----------------------|-------------------------|
| Cantidad bruta | 11 | 1 |
| Porcentaje | 91,67% | 8,33% |

TABLA 2. Frecuencia de aparición de respuestas racionales e irracionales ante la pregunta por experiencias positivas en prevención en salud mental.



GRÁFICO 3. Análisis de las respuestas racionales e irracionales ante la pregunta por experiencias negativas en prevención en salud mental.

| | Respuestas racionales | Respuestas irracionales |
|----------------|-----------------------|-------------------------|
| Cantidad bruta | 16 | 6 |
| Porcentaje | 72,73% | 27,27% |

TABLA 3. Frecuencia de aparición de respuestas racionales e irracionales ante la pregunta por experiencias negativas en prevención en salud mental.

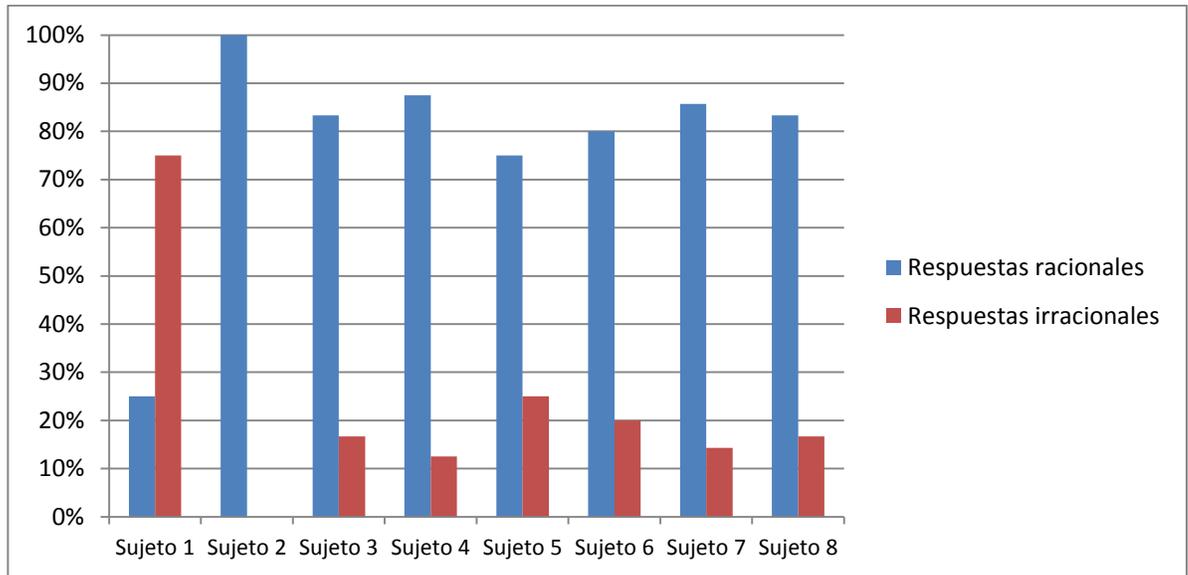


GRÁFICO 4. Análisis de las respuestas racionales e irracionales en general, sujeto por sujeto.

| | Respuestas racionales | Respuestas irracionales |
|----------|-----------------------|-------------------------|
| Sujeto 1 | 25% | 75% |
| Sujeto 2 | 100% | 0% |
| Sujeto 3 | 83,33% | 16,67% |
| Sujeto 4 | 87,50% | 12,50% |
| Sujeto 5 | 75% | 25% |
| Sujeto 6 | 80% | 20% |
| Sujeto 7 | 85,71% | 14,29% |
| Sujeto 8 | 83,33% | 16,67% |

TABLA 4. Frecuencia de aparición de respuestas racionales e irracionales en general, sujeto por sujeto.

Conclusiones

La primera conclusión, que responde a las preguntas de investigación, es que la gran mayoría de las creencias de las personas que integran la muestra respecto de la prevención en salud mental tiene un carácter racional, es decir que este equipo cuenta con la posibilidad de evaluar las experiencias en su contexto, desde una perspectiva no dogmática, racional y flexible y que tiene buena tolerancia a la frustración cuando se enfrenta a conflictos, a los que aborda de manera sensata y creativa.

Por otra parte, de las ocho personas entrevistadas sólo una mostró más respuestas que denotan creencias irracionales, mientras que las otras siete presentaron más del doble de respuestas racionales respecto de las irracionales. Esto implica que, más allá de la totalidad indivisible que es un grupo, los elementos que conforman este equipo también muestran, en su gran mayoría, una filosofía muy racional a la hora de evaluar las experiencias en prevención en salud mental.

Ahora bien, si se evalúan por separado las respuestas ante la pregunta por experiencias que consideran positivas y por aquellas que consideran negativas, se da una particularidad: ante la pregunta por experiencias positivas, más del 90% de las respuestas denotan un carácter racional y menos del 10%, un carácter irracional; en tanto que ante la pregunta por experiencias negativas, esta relación es de menos del 75% racionales a más del 25% irracionales. Si bien la diferencia sigue siendo muy importante, resulta llamativo ese aumento de respuestas de carácter irracional ante la pregunta por experiencias negativas. Y si se hila un poco más fino en el contenido de estas respuestas irracionales ante la pregunta por experiencias negativas, se observa que la mitad de estas tienen que ver con negar la existencia de experiencias negativas.

Como hipótesis y como relativización de este último aspecto de los resultados, se puede proponer que esas creencias irracionales relacionadas con la negación de la existencia de experiencias negativas no son genuinas: no es que estos profesionales no vean que existen experiencias negativas, sino que las ven pero no las comunican, como forma de defender una instancia (los dispositivos preventivos) a la que valoran mucho y, en algún punto, sienten amenazada. En las

conversaciones que se fueron teniendo durante las observaciones participantes, en el marco del proceso de familiarización, los y las profesionales que trabajan en estos dispositivos fueron contando que estos son espacios que son poco valorados por las familias de los pacientes y por otras instituciones estatales no relacionadas específicamente con la salud mental (por ejemplo, los familiares de los pacientes muchas veces dicen que a un taller artístico no mandarían a sus hijos, que si no es para que les den la pastilla, no los van a mandar; o las escuelas dan por justificadas las inasistencias de niños, niñas y adolescentes que acuden a tratamiento psiquiátrico o psicológico, pero no lo hacen muchas veces cuando se trata de un taller artístico o deportivo, aunque al mismo los hayan derivado los psiquiatras o psicólogos que los atienden); además de que ellos mismos, justamente por esta valoración positiva que hacen de estos dispositivos, asumen riesgos que los dejan expuestos tanto a los dispositivos como a ellos personalmente (implementar los talleres en otros lugares físicos, movilizarse con sus propios vehículos para asistir a reuniones de coordinación con otras instituciones...). Por todo esto, la hipótesis que se propone al respecto es que no es que no perciban que existen experiencias negativas, sino que, de manera más o menos consciente, eligen no mencionarlas para no “poner más palos en la rueda” a espacios que valoran mucho y que sienten amenazados.

Relacionado con lo dicho en el final del párrafo anterior, me resulta más que llamativo el trabajo extra que le implica a los profesionales que trabajan en estos dispositivos (la cantidad de horas de planificación y evaluación, la coordinación con los y las artistas con quienes trabajan, la preparación del material, etcétera) y los riesgos que asumen (trabajar con menores de edad en contextos diferentes al del establecimiento—como en un gimnasio municipal o en el salón de usos múltiples de un sindicato, con todos los riesgos que ello conlleva—, como forma de romper con la lógica del hospital monovalente; o asistir a reuniones de coordinación en escuelas, utilizando sus propios autos como movilidad —y hasta aportando el combustible necesario para ello—). Se nota en todo ello (además de que lo explicitan verbalmente) la enorme valoración que tienen por este tipo de dispositivos y la fuerte apuesta por el trabajo preventivo-promocional que realizan.

Creo importante resaltar aspectos de esta investigación que me resultaron enriquecedores, más allá de los resultados de la misma. En el proceso, en el

recorrido que implicó la preparación y elaboración de esta tesina, me fui nutriendo de conocimientos y de procedimientos que destaco en los párrafos siguientes.

En la formulación del problema, expresé que me llamaron la atención las formas de trabajo preventivo en salud mental que se implementaban en el Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infanto Juvenil N° 1, donde realicé mis prácticas profesionales, ya que las consideré más asociadas a la noción que yo tenía de lo asistencial o preventivo-asistencial que a una práctica circunscripta a lo estrictamente preventivo. Ahora bien, durante el rastreo y el armado del marco teórico, me fui dando cuenta de que era realmente escaso el conocimiento que tenía respecto de qué es lo preventivo en salud y mucho más pobre respecto de qué es la prevención en salud mental. Contaba con nociones muy vagas, que ni siquiera creo que hayan sido adquiridas en el cursado de alguna materia de la carrera. De hecho, no recuerdo si se ha tocado este tema a lo largo de la carrera más que como meras menciones tangenciales en el desarrollo de otros conceptos. Ahora, con mucho más conocimiento al respecto, fundado en las múltiples lecturas que afronté para el armado del marco teórico y en el conocimiento detallado de prácticas concretas, podría responderle a aquella versión de mí de hace unos años que en salud mental no existe lo estrictamente preventivo, sino que lo preventivo siempre se solapa, se superpone, sobre todo con lo promocional, pero también con lo asistencial/terapéutico y que, como bien me dijo una de las entrevistadas, ya entrando en un terreno más específico, “en salud mental infanto-juvenil, cualquier acción tiene siempre un fin preventivo; a veces es, aunque sea, evitar algo peor o promover la salud de otros miembros de la familia a tiempo”.

Considero importante resaltar que los y las integrantes de la muestra se mostraron interpelados en las entrevistas: pudieron preguntarse por el carácter preventivo de los dispositivos que implementan, por la efectividad y la utilidad de los dispositivos preventivos, por la importancia de lo preventivo, por la valoración que se tiene de lo preventivo en salud mental tanto para la sociedad en general como para los profesionales que se desarrollan en el área.

En cuanto a lo procedimental, me resultó interesantísimo el recorrido incierto que implica una investigación cualitativa y la profundidad del conocimiento que se logra en una investigación de este tipo. El hecho de ir a encontrarse con el objeto de estudio, primero desde un lugar exploratorio, abiertísimo a las posibilidades que vayan surgiendo, con esa mirada ingenua y desprovista de prejuicios es, por un

lado, angustiante, ya que hay muchos momentos en los que uno duda de si lo que está haciendo está bien, de si se está avanzando o si se está en un estancamiento, de si el tema y la metodología elegidos a priori son los correctos, etcétera; pero esa angustia, si es bien encauzada, es movilizadora, ya que lleva a hacer replanteos y ajustes que enriquecen los conocimientos de uno (a medida que se van haciendo esos replanteos, se va consultando con nueva bibliografía y con otras personas que se tienen como referentes) y la investigación (ya que va adquiriendo nuevos matices con cada pequeño o gran replanteo). De hecho, hubiera sido lo más obvio y hasta quizás más simple investigar acerca de las creencias en este equipo de trabajo mediante la administración de formularios estandarizados. Sin embargo, de ese modo no hubiera accedido a toda la riqueza y profundidad de conocimiento acerca de la institución y del equipo que me proporcionaron el proceso de familiarización y la administración de entrevistas semiestructuradas (lo que también resulta útil para contextualizar mejor y hasta discutir los resultados). Creo también que sin la confianza mutua lograda durante el proceso de familiarización, no se hubiera obtenido la cantidad y la calidad de respuestas analizables a la luz de las creencias.

Se hizo mención en el párrafo anterior a la necesidad de canalizar las dudas y las angustias que se generan en el recorrido de una investigación cualitativa. Y es en este punto donde se considera necesario valorar un dispositivo en el que se participó, que es la instancia de covisiones: el director de esta tesina se reúne una vez por semana con los y las tesinistas cuyas investigaciones se encuentran bajo su dirección y en esas reuniones cada uno de los presentes va exponiendo, por turnos, sus avances, sus dudas, sus ilusiones, sus temores... y los otros (el director participa como uno más) van proponiendo ideas, ya sea en cuanto a acciones que pueden resultar estratégicas, en cuanto a lecturas de bibliografía, como en cuanto a técnicas y métodos más adecuados. Es un dispositivo al que considero muy innovador y muy enriquecedor, al mismo tiempo que resulta contenedor ante las incertidumbres y ayuda a canalizar los sentimientos que van apareciendo en el proceso de elaboración de una investigación cualitativa. Considero una actitud muy generosa de parte del director tanto el dedicar más de una hora cada semana a atender a los tesinistas cuyas investigaciones dirige, como el hecho de democratizar la palabra en esas reuniones.

Discusión de resultados

Cuando presenté el anteproyecto y tuve que anticipar allí la relevancia de mi investigación, escribí que el valor de esta investigación “es el aporte que significará para el equipo de profesionales del Centro Preventivo Asistencial en Salud Mental Infante Juvenil N° 2, ya que explicitar el concepto y la valoración [luego se cambió ‘concepto y valoración’ por ‘creencias’] que tienen de la prevención en salud mental puede abrir preguntas al respecto, lo que podría generar un replanteo de la actividad preventiva que allí se realiza o una ratificación de los rumbos que se vienen transitando en esta área”.

Puedo decir al respecto, retomando lo escrito en las conclusiones, que los y las integrantes de la muestra se mostraron interpelados en las entrevistas: pudieron preguntarse realmente por el carácter preventivo de los dispositivos que implementan, por la efectividad y la utilidad de los dispositivos preventivos, por la importancia de lo preventivo, por la valoración que se tiene de lo preventivo en salud mental tanto para la sociedad en general como para los profesionales que se desarrollan en el área.

Por otra parte, es un equipo que se muestra abierto al diálogo, que en sus reuniones semanales (pude participar en algunas en el proceso de familiarización) se replantean constantemente las formas de trabajo de estos y otros dispositivos y que incluso supervisan los dispositivos preventivos con personas idóneas, externas a la institución. Por ello, creo que, sumado a lo que pudo observarse como contribución individual a cada uno en las entrevistas individuales (según lo escrito en el párrafo anterior), la devolución que se les hará de los resultados una vez defendida esta tesina, les servirá para seguir pensándose en el rol como equipo de trabajo.

Creo, además, que queda aquí una pregunta abierta respecto a qué valoración se tiene de la prevención en salud mental por parte de las personas que trabajan en otras instituciones estatales no vinculadas específicamente con la salud mental. Y, relacionada a esta, otra pregunta queda también abierta: ¿qué valoración se tiene de la prevención en salud mental por parte de las familias de los pacientes de esta institución? Esos son posibles temas para nuevas investigaciones.

Bibliografía y fuentes de información

- Barrenechea, C., Bonino, M., Celiberti, A., Ciganda, E., Echenique, E. & Echenique, L. (1993). *Acción y participación comunitaria en salud*. Montevideo: Nordan comunidad.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Cabezas Pizarro, H. y Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación* 30(2), 101-109.
- Colomer Revuelta, C. y Álvarez-Dardet Díaz, C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Ellis, A. y Chip Tafrate, R. (2007). *Controle su ira antes de que ella le controle a usted*. Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. y Harper, R. (2003). *Una nueva guía para una vida racional*. Barcelona: Obelisco.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Lega, L., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1998). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. México DF: Siglo XXI.
- Lega, L. y Velten, E. (2008). Albert Ellis (1913-2007). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 189-193.
- Ley Nacional N° 26.657, Artículo 3. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Última modificación 3 de diciembre de 2010. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Moll León, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 31(1), 99-128. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472013000100004&script=sci_arttext&tlng=en

- Montero, M. (2006) *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario de promoción de la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Real Academia Española (2018). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=PTk5Wk1>
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de la investigación cualitativa - 1*. Barcelona: Gedisa.