

COLECCIÓN SALUD COLECTIVA

ANÁLISIS TRANSDISCIPLINAR DE LA SALUD EN EL SUR DE CHILE

JUAN MANSILLA SEPÚLVEDA

CLAUDIA HUAQUIÁN BILLEKE

CLAUDIO NOME FARBINGER

ALEXIS SOTO SALCEDO

ANITA DÖRNER PARIS

ÁLEX VELIZ BURGOS

JORGE FERRADA SULLIVAN



Editorial CEASGA

42190, Soria

www.ceasga.es

info@ceasga.es

Diseño interior y portada: CEASGA

Edición: 2018

ISBN: 978-84-945128-7-2

ALIANZA EDITORIAL:



y

CUADERNOS DE SOFÍA

Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento-No-Comercial-SinObraDerivada 4.0. International de Creative Commons.



El contenido de la obra es responsabilidad de los autores

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

DR. ANTONIO MURO ÁLVAREZ
(Universidad de Salamanca, España)

DR. MANUEL AMEZCUA
(Universidad de Granada, España)

DRA. ELENA MORA ESCALANTE
(Universidad de Costa Rica, Costa Rica)

DR. HÉCTOR CARUNCHO MICHINEL
(University of Victoria, Canadá)

DR. DAVID CASADO
(Universidad de Vigo, España)

DRA. FRANCESCA RANDAZZO
(Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras)

DR. CELSO SÁNCHEZ CAPDEQUÍ
(Universidad Pública de Navarra, España)

DR. CAYO SASTRE
(Universidad de Valladolid, España)

JUAN MANSILLA SEPÚLVEDA
CLAUDIA HUAQUIÁN BILLEKE
CLAUDIO NOME FARBINGER
ALEXIS SOTO SALCEDO
ANITA DÖRNER PARIS
ÁLEX VÉLIZ BURGOS
JORGE FERRADA SULLIVAN

ANÁLISIS TRANSDISCIPLINAR
DE LA SALUD
EN EL SUR DE CHILE



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
<i>CAPÍTULO 1. MANSILLA J, HUAIQUIÁN C, NOME C</i>	8
LA ESCUELA COMO HOSPITAL DE LOS NIÑOS. LA INSTITUCIÓN DE LOS MÉDICOS ESCOLARES EN CHILE Y LA ARAUCANÍA 1900-1930	
<i>CAPÍTULO 2. SOTO A</i>	25
DESAFÍOS DE LA PSICOLOGÍA EN EL SUR DE CHILE	
<i>CAPÍTULO 3. DÖRNER A</i>	47
EL CUIDADO HUMANIZADO, UN DESAFÍO PENDIENTE EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL PREGRADO EN EL SUR DE CHILE	
<i>CAPÍTULO 4. VÉLIZ A</i>	62
LOS APORTES DE LA PSICOLOGÍA AL DESARROLLO DE LA SALUD COLECTIVA EN CHILE	
<i>CAPÍTULO 5. FERRADA J</i>	84
FUNDAMENTOS PARA PENSAR LAS CONDICIONES BIO-POLÍTICAS DEL BIEN-ESTAR MODERNO	

INTRODUCCIÓN

El presente libro surge de reflexiones de académicos cuatro universidades del Sur de Chile, que abordan desde las particularidades de sus disciplinas una serie de temáticas que se consideran relevantes para comprender las acciones que se han desarrollado y se deben desarrollar para mejorar los procesos de trabajo en la salud.

Se busca con este texto desarrollar un primer momento de discusión académica y favorecer los aportes de diferentes disciplinas para entender los fenómenos de salud, situando al mismo tiempo temáticas de reflexión desde el sur de Chile considerando experiencias de académicos de la Región de la Araucanía y de la Región de Los Lagos.

El primer capítulo es una reseña histórica que los académicos Juan Mansilla, Claudia Huaiquian y Claudio Nome, respecto a ***La escuela como hospital de los niños. La institución de los médicos escolares en Chile y La Araucanía 1900-1930***. En ella los autores visibilizan una dimensión desconocida de la historia escolar y su estrecha vinculación con el mundo de la salubridad estatal del siglo XX en Chile, constituyéndose la región de la Araucanía en un ejemplo paradigmático.

El segundo capítulo es escrito por Alexis Soto y se denomina: ***Desafíos de la psicología en el sur de Chile***. En autor presenta un resumen de la instalación de la psicología en Chile, sus principales áreas de desarrollo, las áreas emergentes y su proceso de instalación en la Región de la Araucanía.

En nuestro tercer capítulo Anita Dörner, presenta la temática: ***Cuidado humanizado, un desafío pendiente en la formación de profesionales de enfermería en el pregrado en el sur***

de Chile. En este apartado da cuenta de cuáles son las áreas formativas en las que se debe fomentar el cuidado humanizado, poniendo énfasis en la formación de pregrado.

En el cuarto capítulo, Alex Véliz nos presenta en el capítulo: ***Las posibilidades de implementación de la salud colectiva en Chile: el aporte de la psicología.*** Una mirada del aporte de la psicología al trabajo en salud y los elementos diferenciadores de la salud colectiva, enfatizando una propuesta de trabajo transdisciplinar.

Finalmente en la última parte, Jorge Ferrada, en el capítulo denominado: **Fundamentos para pensar las condiciones bio-políticas del bien-estar-estar moderno.** Desarrolla una propuesta epistemológica respecto al concepto de bienestar y los elementos que forman parte de este bienestar.

Capítulo **7**

LA ESCUELA COMO HOSPITAL DE LOS NIÑOS. LA INSTITUCIÓN DE LOS MÉDICOS ESCOLARES EN CHILE Y LA ARAUCANÍA 1900-1930¹

Juan Mansilla Sepúlveda

Universidad Católica de Temuco
Facultad de Educación, Chile
jmansilla@uct.cl

Claudia Huaiquián Billeke

Universidad Católica de Temuco
Facultad de Educación, Chile
chuaiquian@uct.cl

Claudio Nome Farbinger

Universidad de la Frontera
Departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica
claudiomarcelonome@gmail.com

Problematización

La higiene y educación tuvieron un importante vínculo durante la última mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, por tanto, la confluencia entre medicina, higiene y escuela es ineludible en este periodo. Entonces, la escuela aparece como un espacio social en el que se podía vigilar, controlar y llevar a cabo una atención médico higiénica sobre la infancia. Asimismo, permitió un acercamiento escuela-familia, por tanto, la medicalización de la infancia va correlacionada con la instrucción pedagógica de las primeras letras.

¹ El presente trabajo forma parte de los resultados del Proyecto CONICY/FONDECYT Regular N° 1160409 titulado “Historia y memoria de la escuela monocultural en la Araucanía, siglos XIX y XX”.

Finalmente, la escuela también se higienizó a través de una serie de dispositivos que se implementaron: cantinas, duchas, baños, colonias escolares, excursiones, gimnasia y ejercicios corporales que contribuyeron a mejorar la salud general de los niños (Ruiz y Palacio, 1999; Viñao, 2010).

La educación para la salud o higienismo² se autoatribuye un triple objetivo: informar sobre los temas que le conciernen, formar hábitos saludables e influir en la conducta de los sujetos en beneficio de su salud (García, Sáez y Carbajal, 2000). En ese sentido la higiene puede ser definida como un *conjunto de principios y prácticas tendientes a preservar la salud* (Seco y Ramos, 1999, p. 2475). La Real Academia Española (RAE, 2017) dice que es *parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades*.

El Estado liberal positivista de fines de siglo XIX comprendió que el asunto de la higiene no era solamente una cuestión de responsabilidad individual, sino que tenía una dimensión social, pública y medioambiental. No sólo hay personas que son higiénicas, sino también ambientes higiénicos y anti-higiénicos. Junto a lo anterior, surge el debate respecto a los criterios para enjuiciar un ambiente como higiénico o antihigiénico. Precisamente, es en este último punto donde aparece la convergencia con la dimensión moral y biopolítica del individuo, es la intersección de las diadas conocimiento de sí mismo y cuidado de sí mismo: “*epiméleiaheautou*”. Foucault (1991) plantea:

² El higienismo fue una corriente de pensamiento desarrollada principalmente por médicos y tuvo su origen hacia fines del siglo XVIII. En efecto, desde la publicación en 1790 de la obra del médico vienés J.P. Frank titulada *La miseria del pueblo, madre de enfermedades*, otros higienistas como Turner Thackrah, Arnold, Chadwick, Villermé o Virchow, contribuyeron con sus estudios a refundar la higiene como ciencia profiláctica y disciplina médica, dotada de un cuerpo doctrinario propio que la situó en primera línea de la lucha por la erradicación de enfermedades, como, la fiebre amarilla o el cólera-morbo, afecciones que se desarrollaron con más frecuencia en el medio urbano y que afectaron a la mayor parte de la población, especialmente aquella conformada por las clases más bajas, trabajadores, obreros y sus familias, cuyas insalubres condiciones de vida y de trabajo fueron focos de enfermedad permanentes (www.memoriachilena.cl)

(...) efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos, con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría e inmortalidad (p. 48).

Así, se instauró en Chile un relato de progreso en que el desarrollo de lo propio y mejor, requirió el disciplinamiento de los “salvajes”, los “degenerados”, los “lisiados mentales”, los peones gañanes, y los mapuches. Hacia fines del siglo XIX, a partir del naciente saber médico-psiquiátrico y tomando como base la teoría de la degeneración, propuesta por el alienista francés Benedict Morel en 1857, comenzó a circular en Chile la idea de una “raza de pobres y rotos”; una subespecie humana degradada por sus formas de vida y cotidianidad, por el alcohol y por defectos que ya se estimaban incorporados al proceso hereditario. Este planteamiento teórico de la degeneración fue el pivote sobre el que se conectaron los discursos higienistas del siglo XX. Para reaccionar frente a los problemas asociados a estas mercaderías humanas averiadas, que planteaban las masas de niños que llegaban descalzos a las escuelas, hubo que exportar estrategias de control sanitario: los médicos escolares (Leyton y otros, 2015).

En este orden de cosas, la escuela se visualiza como uno de los lugares privilegiados de actuación de los higienistas, dado que en ella se produce la convergencia de tres elementos de riesgo concomitantes:

1. Su consustancial aglomeración y hacinamiento
2. La vulnerabilidad característica de la edad del ciclo vital en cuestión (infantil y adolescente)
3. Los riesgos patológicos específicos que genera la actividad propiamente escolar.

Tal intervención supondrá la elaboración de un saber sabio específico sobre ese medio (la Higiene Escolar como disciplina), con efectos normativos reflejados en la legislación y un cuerpo de expertos que la orienten e inspeccionen (Inspección Médico-Escolar). Por tanto interesa estudiar, ¿qué importancia tuvieron los médicos escolares en la Instalación de la escuela en el Chile de principios de siglo XX?

Los médicos escolares en el mundo

En 1872 aparecen en Europa occidental los médicos escolares. Fue una exigencia que todas las escuelas de Europa y Norteamérica cuenten con los servicios de este agente.

Esa institución del médico escolar debería ser implementada y debería ser configurada de manera tal, que pueda ser aceptada por la opinión pública. Debería ser creada una institución especial del médico escolar. Esa institución del médico escolar, que conoce a todos los niños y los tiene siempre en su atención, siempre presentes; se trataría de una ocupación de tiempo completo, tendría que estar siempre al servicio de la tarea (...) Tendría que ser alguien, quien ocupe un lugar pleno en toda la escuela.

En Alemania, en Wiesbaden existían desde 1895 seis médicos escolares con una renta anual de seiscientos marcos. Los deberes de estos funcionarios eran vigilar la higiene de los edificios escolares, la salud de los alumnos, y la conveniente distribución del trabajo escolar. Servicios semejantes hubo en Dresden, Berlín, Nüremberg, Darmstadt, Karlsruhe y Königsberg. En Chicago, a principios del siglo XX los médicos escolares encontraron en cuatro meses, en 233 escuelas públicas, 1417 casos de difteria y 306 de escarlatina. En Noruega, el reglamento de los médicos escolares establecía que estos funcionarios debían actuar como consejeros de los directores de los colegios. En Japón, cada escuela tenía su médico con la obligación de visitar mensualmente cada establecimiento, hacer el reconocimiento de las enfermedades contagiosas e intervenir en los casos de clausura escolar (Del Río, 1901). En Frankfurt, desde 1899, había 11 médicos de escuela, con un sueldo de mil marcos. En Zurich fueron examinados en 1898, 2667 alumnos de educación primaria, de los cuales 757 fueron derivados al oculista, 423 al aurista³, principalmente⁴.

En consecuencia, se plantea el concepto de “higiene pedagógica” llegándose a plantear que *la salud de los escolares queda mejor garantizada si con el maestro cuida de ella un*

³ Aurista: del latín *auris*, oreja. Los auristas son en sentido histórico los antecesores de los otorrinos. Un sinónimo es otólogo, que es aquel médico que se ocupa especialmente del tratamiento de las enfermedades de los oídos.

⁴ Además de los congresos nacionales de higiene escolar que comienzan a celebrarse en diversos países, en Alemania desde 1899, en Francia desde 1903, en Estados Unidos desde 1907, en Barcelona en 1912, otros abordan, directa o indirectamente, este campo: por ejemplo, el Congreso Internacional de Colonias Escolares de Vacaciones (Burdeos, 1906); los congresos internacionales de Educación Popular; el Primer Congreso Internacional de Paidología (Bruselas, 1911). Y también, en los que desde 1905 se celebraron sobre educación física (1905: Mons; 1910: Bruselas; 1911: Odesa; 1912: Roma)

médico (Fronssagrives, 1885). Ferrer y Guardia (1978) reivindicarán la higiene de una manera más crítica:

(...) combatimos la suciedad prudente y sistemáticamente, demostrando a los niños la repugnancia que inspira todo objeto, todo animal, toda persona sucia; por el contrario, el agrado y la simpatía que se siente ante la limpieza; cómo se acerca uno instintivamente a la persona limpia y se aparta de la grasienta y maloliente (...) y entrábamos definitivamente en el terreno de la higiene, presentando la suciedad como causa de enfermedad, como peligro de infección indefinida hasta causar epidemias, y la limpieza como agente principal de salud (p. 103-104).

En este sentido, hubo algunos padres y madres que se opusieron a esta intervención del Estado en la vida de sus hijos y se registren las taras somáticas o psíquicas de sus hijos. Por tanto, hubo que establecer límites y prescribir el carácter confidencial a las fichas-registro, a la vez que se busca el apoyo del cuerpo médico y la evitación de conflictos de poder con la universidad buscando el entendimiento, en lo que se refiere a la educación intelectual, con los pedagogos (Navarro, 1985).

Por otra parte, en Europa esta tensión se resolvió internacionalizando este estado de opinión actuando conjuntamente con las sociedades de higiene escolar de otros países, abordando la organización de congresos internacionales que coordinen y controlen el campo. El primero de estos congresos se celebró en Nuremberg (1904) seguido de Londres (1907), París (1910), Búfalo (1913) y Bruselas (1915), y sus planteamientos reiteran la temática ya comentada, sobre la que van produciéndose posiciones divergentes a la vez que se incorporan nuevas cuestiones.

Lo especial de esa concepción del médico escolar es, que no se trata de medidas higiénicas generales, tales como revisiones escolares y aclaraciones acerca de esto y aquello, sino acerca de la concepción de una nueva especialidad en el ámbito médico. El médico escolar es, como médico especialista para la fisiología del aprendizaje y del desarrollo en la edad infantil y la edad juvenil requerido: *El médico especialista para la medicina preventiva en forma de una educación que no solamente quiere transmitir conocimiento, sino que didácticamente trata todo lo que debe saberse, de una manera tal, que predispone, fomenta y cultiva la salud.*

Eugen Kolisko (1893-1939) ha establecido la imagen profesional del médico escolar de la Escuela Waldorf. Era conocedor del estado de salud de todos los alumnos. Durante la

mañana, ejercía la actividad plena en la escuela. En el ciclo superior daba clases de primeros auxilios, biología y química. Concurría en las clases, observaba determinados niños, hablaba con los maestros y los padres acerca de su estado de salud. Por la tarde, cuando atendía en su consultorio, recibía alumnos, maestros o también padres, para su tratamiento médico o para brindar su consejo. El médico especialista para la medicina preventiva en forma de una educación que no solamente quiere transmitir conocimiento, sino que didácticamente trata todo lo que debe saberse, de una manera tal, que predispone, fomenta y cultiva la salud.

Esa época pionera de los médicos escolares Waldorf, comenzando con Eugen Kolisko, y su sucesor Gisbert Husmean, seguido por otros colegas como Rudolf Braumuller, Hanno Matthiolius, Walter Holtzapfel había quedado atrás. Era menester, elaborar las bases de esta imagen profesional sobre un terreno más amplio, para hacerla accesible a un círculo de colegas más extenso. Por esta razón, desde otoño de 1978 los médicos escolares de las Escuelas Waldorf y las Escuelas Rudolf Steiner se encuentran una vez por año para el intercambio de experiencias, en la sección médica del Goetheanum, Dornach, Suiza.

En México, el Congreso Higiénico Pedagógico en 1882 exalta la higiene escolar como pivote de la pedagogía. Sus resoluciones giran en torno a las condiciones del medio escolar, a la salud del niño y a las medidas que deben tomarse para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas. (Solana, Cardiel y Bolaños, 2014). Esta iniciativa fue gracias a las doctoras Michaela Gloeckler y Claudia Mc Keen participando en la medicina moderna en las bases para la configuración de los trabajos de formación y desarrollo de la carrera del médico escolar.

El 10 de julio de 2004 fue la fecha de la primera reunión de los médicos escolares sudamericanos en la Argentina. Se produjo con motivo del IPMT (*Internacional Postgraduate Medical Training*) y gracias a la colaboración de la doctora Michaela Gloeckler.

Proyecto de reglamento para médicos escolares en Chile

Este proyecto de reglamento se presentó en el Congreso General de Enseñanza Pública en 1902, siendo Presidente de Honor del Congreso Diego Barros Arana, coordinador general Vicente Aguirre Vargas, y secretarios Enrique Molina, Alejandro Fuenzalida y Julio Montebruno.

Artículo 1º. En las escuelas primarias de la ciudad de Santiago dependientes de Santiago habrá un médico escolar por cada dos mil alumnos o por fracción que no baje de mil. Para esta determinación se tomará en cuenta la asistencia media diaria.

Artículo 2º. Los médicos escolares dependerán directamente de la Inspección Jeneral de Instrucción Primaria y tendrán un sueldo de mil doscientos pesos.

Artículo 3º. Corresponderá a los médicos escolares:

1. Velar por la higiene de los edificios, mobiliario y material escolar.
2. Cuidar de la salud de los alumnos y evitar entre ellos la propagación de enfermedades contagiosas.

Artículo 4º. En orden a los edificios, mobiliario y material escolar, será deber de estos mobiliarios:

1. Dedicar especial atención a los edificios ocupados por las escuelas de su cargo respecto a ubicación, salubridad y adaptación al objeto, sirviéndose para ello de los métodos de investigación más precisos y prácticos que enseña la higiene e informar en este sentido al Inspector General.
2. Estudiar las condiciones del mobiliario y material escolar, haciendo a quien corresponda las observaciones del caso.
3. Instruir a los maestros sobre la manera y formar de efectuar el aseo de los edificios escolares y de conservarlos en buenas condiciones higiénicas, debieron vigilar el estricto cumplimiento de las instrucciones impartidas en este sentido.
4. Informar al Inspector General sobre las condiciones higiénicas de los edificios que el estado necesite tomar en arrendamiento para instalar escuelas.
5. Pedir la clausura de las escuelas.

Artículo 5º. En orden a la salud de los alumnos y a la profilaxia de las enfermedades contagiosas, será obligación de los médicos escolares:

1. Visitar diariamente las escuelas que le hayan designadas por el Inspector General agrupadas por éste en el menor radio posible, dedicando al

servicio el tiempo y la atención que fueron necesarios para el cabal desempeño de sus funciones.

2. Llevar en cada escuela, conformes al modelo que se acompañe, libretas en que se anotará la fecha del examen, el nombre de los alumnos, el de sus padres, edad, sexo, aspecto general de salud, enfermedades constitucionales y generales, enfermedades especiales (del esqueleto, piel, ojos, oídos, vías respiratorias superiores) vacunación y revacunación, enfermedades habidas antes de la incorporación de la escuela, gravedad y anotación del tiempo que el alumno permaneció al establecimiento. En la columna observaciones se anotará las demás noticias que en casos especiales recurrirán al auxilio de los servicios públicos.
3. Si resultare haber alumnos atacados por enfermedades capaces de perturbar la salud general y el aprovechamiento escolar, procurarán su rápida curación. Solo las enfermedades generales serán atendidas por la familia, sea por facultativos especiales, sea por las policlínicas respectivas. Los niños débiles, propensos a la tuberculosis, y los escrupulosos serán objeto de una atención especial.
4. Diariamente examinará a los niños que aparentemente no se encuentren en perfecto estado de salud. Para este fin los maestros aislarán a los que se encuentren en estas condiciones, y si hubiese sospecha de enfermedad contagiosa grave, serán apartados en una pieza aparte hasta la visita del médico.
5. Si en casa de los alumnos ocurren casos de enfermedad contagiosa grave, éstos no deben concurrir a la escuela hasta la desaparición del peligro de contagio y la desinfección de las habitaciones y efectos contaminados.
6. Ningún alumno que no haya sido vacunado podrá ingresar a la escuela. La revacunación será obligatoria siete años después de la vacunación.
7. Corresponderá también a los médicos escolares:
 - a) Vigilar el establecimiento de los baños escolares que puedan servir todo el año (baños tibios, de lluvia) y determinar la frecuencia con que los alumnos deberán ser bañados. Salvo casos excepcionales

calificados por el médico, todo alumno deberá bañarse por lo menos una vez cada quince días en invierno y cada cinco en verano.

- b) Fomentar los ejercicios gimnásticos y todo lo que tienda a robustecer el cuerpo
- c) Observar a quien corresponda las modificaciones que convenga introducir para evitar el recargo del trabajo intelectual y toda causa que contrarie el desarrollo armónico del cuerpo y espíritu.
- d) Dar permanentemente conferencias de higiene a los alumnos de cada escuela.

Artículo 6°. Vigilar que las habitaciones destinadas a los maestros sean en lo posible independientes del edificio escolar.

Artículo 7°. Si los maestros padecen de enfermedad transmisible grave y en especial de tuberculosis abierta, deberán abandonar sus funciones hasta la cesación del peligro de contagio.

Artículo 8°. Los médicos escolares presentarán el primero de enero de cada año una memoria de los trabajos efectuados durante el año anterior, sin perjuicio de las comunicaciones e informes que crean de su deber elevar a la Inspección General.

Un debate interesante que surgió en la época a partir de esta reglamentación fue sobre las responsabilidades que debía tener el profesor respecto a la cuestión de las enfermedades. No obstante, la necesidad de tener personas idóneas y competentes en el campo de la salud es que aparece cada vez con mayor fuerza la institución de los médicos escolares.

Médicos escolares en escuelas de Chile

En la primera mitad del siglo XX fue la escuela el primer centro de atención médica para niños y no los hospitales y sanatorios. Los hogares tenían escasas posibilidades de sanar a sus hijos, y las autoridades educacionales responsabilizaban a las familias por no ser capaces de evitar que sus hijos se enfermaran (Serrano, 2012). Los archivos de las memorias

ministeriales indican que esta realidad es consecuencia lógica de la ignorancia de parte de las familias y especialmente de las madres, del conocimiento elemental referido al cuidado y crecimiento de niños, de su salud y vida ⁵.

Cada familia recibía un ejemplar con instrucciones preventivas y curativas, pero era una situación ridícula, porque en muchos de esos hogares no había quien lo pudiese leer. Existía la preocupación por la salud de los niños porque asistían a la escuela en un momento difícil de su existencia. Adicionalmente, se deben recordar que la mayoría de los niños provenía de familias muy pobres, donde la tuberculosis, por ejemplo, se propagaba con más facilidad.

El médico debe ver el estado de salud de los niños en el momento de su incorporación a la escuela, asegurar que los niños adquieran las condiciones más apropiadas para el mejor aprovechamiento de la enseñanza, y señalar, aquellos, que por su condición de inferioridad o anormalidad (discapacidad), se les debía exigir menos. Si los alumnos padecían alguna afección a los ojos, oídos o las vías respiratorias superiores, se avisaba a los padres para que corrijan pronto los defectos (Del Río, 1901).

La política de “regeneración higiénica” permeó todas las disposiciones legales del periodo y desembocó en la necesidad de establecer un servicio médico escolar de alcance nacional. El plan de reforma fue planteado por Eloísa Díaz⁶ como médico escolar del gobierno en 1901, siguiendo el ejemplo de Estados Unidos, especialmente la institución de médicos escolares de Nueva York (Díaz, 1901; Ponce de León & Rengifo, 2012).

⁵ La familia afectada recibía instrucción sobre las precauciones que debían tomarse para evitar la propagación de enfermedades y sobre la necesidad de no enviar al alumno a la escuela sino después de haberlo bañado y lavado algunas veces con jabón y de que sus ropas hayan sido desinfectadas o mantenidas algunos minutos en agua hirviendo.

⁶ Eloísa Díaz en 1880 postuló a la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, tras la promulgación de una ley precursora del Ministro de Educación Miguel Luis Amunátegui Aldunate en 1877, que permitía el ingreso de mujeres a dicho centro de estudios. Se graduó en Medicina el día 27 de diciembre de 1886, presentando como tesis un manuscrito titulado "Breves observaciones sobre la aparición de la pubertad en la mujer chilena y las predisposiciones patológicas del sexo". Recibió su título profesional el 3 de enero de 1887, convirtiéndose así en la primera mujer de Chile y América del Sur en graduarse y obtener un grado en Medicina. Formó parte de la Liga Nacional de Higiene Social, la Sociedad Científica de Chile, el Consejo Nacional de la Mujer, la Sociedad Médica, el Consejo de Nutrición Primaria y la Cruz Roja. En 1888, fue la única mujer inscrita en el Primer Congreso Médico Chileno. En 1910 creó el Servicio Médico Escolar de Chile donde, como directora, impulsó el desayuno escolar obligatorio, los servicios dentales gratuitos y la vacunación masiva de estudiantes. Se retiró de sus actividades profesionales en 1925. Murió a los 84 años de edad, en el hospital San Vicente de Paul de Santiago, el 1 de noviembre de 1950 (Sepúlveda, 2010).

El 3 de abril de 1911 se creó el Cuerpo Médico Escolar e Inspección Médica, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública. Por decreto de 1913, en los lugares donde no había un médico escolar residente, el intendente o el gobernador debía clausurar la escuela, dando cuenta a la Inspección de Instrucción Primaria (Decreto n° 9.421 de 1913).

El médico escolar debía emitir, una vez concluida su visita un juicio higiénico, el cual quedaba archivado en el Registro Sanitario de Habitaciones de la República, existente desde 1898, dependiente de la oficina de Inspección Sanitaria. Los juicios higiénicos se clasificaban en las siguientes categorías:

1. Escuelas buenas sin reparo
2. Escuelas buenas con reparo
3. Escuelas mediocres
4. Escuelas malas
5. Escuelas pésimas

La medicina escolar del agua aplicada por los capuchinos en la Araucanía histórica

Lo primero cuando nos referimos a Araucanía Histórica estamos haciendo referencia a una unidad territorial y societal compleja y que involucra un espacio distinto al que se reconoce hoy desde la geopolítica divisora de regiones, más bien debemos comprender que al decir Araucanía histórica estamos haciendo referencia tanto al Puelmapu (Tierra del este) como al Gulumapu (Tierra del oeste), si consideramos como referencia la Cordillera de Los Andes.

El 1° de noviembre de 1895 en la Iglesia Santa Anna de Alttoting despedían a los primeros capuchinos de Baviera que partían a Chile para hacerse cargo de las misiones de los capuchinos italianos en la Araucanía histórica. El católico pueblo bávaro estaba orgulloso de estos “misioneros héroes” como los denominó un periódico alemán de la época porque *llevaban la fe y civilización a un país lejano y a una raza heroica* (De Roettingen, 1922).

El 6 de noviembre de 1895 se embarcaron en Hamburgo tres padres y un hermano lego: el P. Anselmo de Kamin (futuro párroco de Boroa y fundados de Padre Las casas), el

P. Félix José de Augusta (Médico de origen judío alemán, 35 años) el P. Tadeo de Wiessent (famoso por la aplicación del método hidroterápico) y el Hermano Sérvulo de Gottmannshofen⁷.

El 16 de febrero de 1896 viajó el P. Félix con el Hno. Sérvulo a Bajo Imperial (Actual Puerto Saavedra). Hicieron a caballo el viaje por San José de la Mariquina y Toltén se demoraron alrededor de 10 horas. Fueron recibidos por el P. Juan en Toltén. Los hizo descansar unos días y los acompañó a Bajo Imperial, en donde les hizo oficialmente entrega de la misión, por entonces desocupada. Diez días después zarpó un vapor hacia el océano, hacia la boca del río Bueno. En este vapor viajaron el padre Anselmo y el P. Tadeo. De Trumao se fueron a caballo a la misión de Quilacahuín (un histórico territorio misional, con presencia franciscana desde 1794). El P. Anselmo quedó ahí, en tanto el P. Tadeo siguió viaje a San Juan de la Costa, distante tres horas a caballo desde Quilacahuín (De Roettingen, 1922, p. 55)

Regresemos a la misión de Bajo Imperial, la cual estaba antes en una colina. Se quemó en 1892 y fue trasladada abajo, al poblado por el capuchino español, P. José, con aprobación del Prefecto Apostólico. El 19 de junio de 1895 se retiró el P. José de la misión. Desde esa fecha hasta la llegada del P. Félix la misión estaba sin ocupar. El P. Félix le escribe por primera vez –entre otras múltiples cosas- al Prefecto el 5 de marzo de 1896: (...) *difficil es saber qué hacer por el momento, sin la ayuda de hermanas para educar a los niños, no me prometo avances significativos*. Más tarde llegarán las hermanas de la Santa Cruz, haciendo eco de esta petición.

El 28 de noviembre de 1896 llegó el segundo grupo de misioneros bávaros a Valdivia. Eran los padres Mateo, Lucio, Sigisfredo y Atanasio; y los hermanos Nicandro, Antonio y Félix de Nicosia. (De Pamplona, 1910; De Roettingen, 1922)⁸. Dentro de las múltiples acciones que los capuchinos realizaron en el territorio de la Araucanía, la atención médica en las escuelas e internados fue extensa y sistemática. Las crónicas explicitan que eran tantos los requerimientos, que se invertía más tiempo en la atención de enfermos, que en la evangelización o instrucción de los indígenas. El método utilizado por los capuchinos se denominaba Kneipp⁹, pues era el más apropiado para desarrollar los tratamientos a los niños mapuche. Básicamente, este método postulaba que las enfermedades aparecen en el

⁷ Los cuatro primeros religiosos capuchinos eran médicos

ser humano cuando su fuerza natural es minada por una alimentación inadecuada y un modo de vida desregulado y alejado de la naturaleza (Saz, 2004). Fue así como en las primeras décadas del siglo XX los misioneros católicos capuchinos adquirieron fama de ser “extraordinarios médicos”: vendaban, lavaban, curaban y besaban la frente para concluir con la señal de la cruz. Destacó el hermano Servulus y el Padre Félix de Augusta, quienes fueron profesores y médicos en Puerto Saavedra y Nueva Imperial entre 1904 y 1916.

Es interesante constatar que, en el otoño e invierno de 1929, una epidemia de escarlatina invadió a casi todo el territorio nacional, afectando especialmente a los escolares. La peste fue combatida reduciendo a un mínimo la clausura de escuelas, a fin de no interrumpir la continuidad de la labor educacional (Serrano y otros, 2012). Cabe decir, que hasta 1928, las prestaciones médicas en la escuela estuvieron a cargo del Instituto de Salud Escolar, dependiendo del Ministerio de Educación. En adelante este servicio fue destinado a la Dirección General de Sanidad, futuro Ministerio de Salud, esto ocurriría el 26 de octubre de 1928.

⁸ El 3 de noviembre de 1897 llegó la tercera expedición a Valdivia, con cuatro padres y cuatro hermanos. Los padres eran: Bucardo María de Röttingen, Ignacio de Peterskirchen, Carlos de Stadtamhof, y Alberto de Landshut; y los hermanos Gumberto, Elzear, Magnobono y Servus. El P. Carlos fue enviado a Trumao, el P. Ignacio como segundo misionero a Bajo Imperial, el P. Alberto quedó como secretario del Prefecto Apostólico de Valdivia, el P. Bucardo a Daglipulli. El 11 de noviembre de 1898 llegó el cuarto grupo de misioneros bávaros. Los padres Pancracio de Maingründel, Albuino de Sendel, Aquilino de Gänheim, Leonardo de Bamberg; no llegaron hermanos. Durante 1899 no llegaron misioneros. En 1897 la misión estaba atendida de la siguiente manera: Valdivia, el Prefecto Apostólico y el viejo P. Iluminado; Bajo Imperial, P. Félix y Hno. Sérvulo; Boroa, P. Anselmo; Daglipulli, sin misionero, atendido desde Río Bueno; Pelchuquín, P. Juan de Bardino, que al final del año volvió a Italia; Purulón, el octogenario P. Octaviano de Nizza; Quilacahuín, P. Lucio; Quinchilca, P. Mateo y Hno. Nicandro; Rahue, P. Atanasio y Hno. Félix; Río Bueno, P. Fortunato y P. Sigisfredo; San José, P. Tadeo y hno. Antonio; San Juan de la Costa, P. José de Imola; San Pablo, P. Felipe de Cortona; Toltén, P. Juan de San Juan; y Trumao, P. Luis de Camerino. (De Pamplona, 1910; De Roettingen, 1922)

⁹ Sebastián Kneipp fue uno de los que supieron aprovechar ese poder terapéutico, creándose una leyenda a su alrededor como el “médico del agua”. Vástago de una humilde familia de tejedores, nace el 17 de mayo de 1821 en la aldea de Stephansried, cerca de Múnich. Es a sus 24 años, cuando la tuberculosis pone en peligro su vida, que cae en sus manos un libro del médico Johann Siegmund Hahn sobre los efectos benéficos del agua fresca. Tras leerlo, camina los tres cuartos de hora que lo separan del Danubio, se interna en sus aguas, se viste y regresa a casa. Realiza el mismo trecho dos o tres veces por semana recuperando su salud, sin saber bien por qué. Con el correr de los años hace votos de sacerdote y estudia teología. Es destinado como párroco a distintas aldeas y ciudades hasta llegar a Wörishofen, donde no muy lejos de su pueblo de origen, en el monasterio de los Dominicos, comienza a utilizar el agua para tratar tanto problemas respiratorios como de arritmia, de insomnio, nerviosos e incluso dolencias del alma y el espíritu.

Conclusiones

Hoy asistimos a un desplazamiento semántico desde la higiene escolar hasta la educación para la salud, y varios de los temas que abordaron los médicos escolares, han desaparecido, así como los propios médicos escolares. Actualmente existen comités paritarios que han reemplazado a las juntas de médicos escolares. Temáticas como la higiene de los edificios, mobiliario y materiales escolares, distribuciones semanales de horarios y tareas, fatiga física y mental, higiene específica de determinadas áreas de la enseñanza, cultivo sistemático de la gimnasia, accidentes más comunes, colonias escolares de las vacaciones, enfermedades de los preceptores ocupaban la agenda de preocupaciones de los higienistas y médicos escolares. Hoy los focos son otros, porque se ha transitado desde la higiene a la salud.

Por otro lado, la institucionalización del agente médico escolar implicó la sedimentación de una alianza protectora indiscutible y por tanto difícil de rechazar y, más bien al contrario, se insistió en las ventajas de ampliarla hasta formar lo que algún higienista denominó "círculo mágico", síntesis de elementos jerárquicamente interrelacionados, cooperantes todos ellos para el bienestar del niño escolar (alumno): la inspección médica y el médico de familia en colaboración, actuando éste con los padres, los cuales a su vez se relacionan con el maestro y la escuela, que conecta, mediante la auxiliar visitadora, con la Inspección Médico-Escolar, constituirían una cadena protectora sobre una infancia definitivamente colonizada.

Referencias

- De Roettingen, B. (1922).** *25 años de actividad misional de los misioneros capuchinos bávaros en la misión araucana de Chile 1896-1921.* Relación preparada por el P. Bucardo para el Archivo. Tomo III. Texto traducido por Alfonso Tolosa del texto original alemán. Obispado de Villarrica.
- De Pamplona, I. (1910).** *Historia de las misiones de los PP. Capuchinos en Chile y Argentina: 1849-1911.* Santiago:Imprenta Chile
- Díaz, E. (1901).** *Reorganización del servicio médico escolar.* En la Sección de Higiene del Congreso Latinoamericano. Santiago.
- Ferrer, I. y Guardia, E. (1978).** *La escuela moderna.*(Ed. original de 1912).Barcelona, Tusquet.
- Foucault, M. (1991).** *Tecnologías del yo y otros textos afines.* Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Fonssagrives, J.B. (1885).** *Tratado de higiene de la infancia.* Madrid: Akal.
- García, A., Saez, J. y Escarbajal, A. (2000).** *Educación para la salud.* Madrid: Arán.
- Leyton, C., Palacios, C. y Sánchez, M. (2015).** *Bulevar de los pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica, siglos XIX y XX.* Santiago: Ocho libros.
- Memoria del Ministerio de Instrucción Pública (MMIP) (1909).** Archivo Regional de la Araucanía.
- Memoria del Ministerio de Instrucción Pública (MMIP) (1913).** Decreto nº 9.421.
- Ministerio de Instrucción Pública (1902).** *Congreso Jeneral de Enseñanza Pública de 1902. Actas i trabajos. Tomo II. Secciones de enseñanza secundaria, superior, especial, práctica de higiene, mobiliario i edificación escolar.* Santiago de Chile: Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona. Moneda entre Estado i San Antonio.
- Navarro, P. (1985).** *Pedro Alcántara García y la higiene pedagógica en la sociedad española de 1868-1906.* Tesis doctoral inédita, dirigida por José L. Pesset y presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
- Ruíz, C. y Palacio, I. (1999).** *Higienismo, educación ambiental y previsión escolar. Antecedentes y prácticas de la educación social en España 1900-1936.* Valencia: Universitat de Valencia. Departamento de Educación Comparada e Historia de la educación.
- Saz, P. (2004).** Principios y actualidad de la cura Kneipp. *Revista de medicina naturista.* (7), 327-337. Recuperado de file:///C:/Users/Juan/Downloads/Dialnet-PrincipiosYActualidadDeLaCuraKneipp-2049846%20(2).pdf

- Seco, M., Andrés, O. y Ramos, G. (1999).** Diccionario del español actual. Madrid: Santillana.
- Serrano, S., Ponce de León y Rengifo, F. (2012).** Historia de la educación en Chile (1810-2010). Tomo II. La educación nacional (1880-1930). Santiago: Taurus.
- Sepúlveda, C. (2010).** Por primera vez en Chile una estudiante del sexo femenino. *Revista Anales de la Universidad de Chile*, 401-415. doi:10.5354/0717-8883.2010.3079
- Solana, F., Cardiel, R. y Bolaños, R. (2014).** Historia de la educación pública en México (1876-1976). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Viñao, A. (2010).** Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica. *Revista Educar* (36), 181-213. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/er/n36/a13n36.pdf>

Capítulo

2

DESAFÍOS DE LA PSICOLOGÍA EN EL SUR DE CHILE

Alexis Soto Salcedo

Psicólogo Magister en Educación
Académico Facultad de Ciencias
Escuela de Psicología, Universidad Mayor (Chile)
alexis.soto@umayor.cl

Introducción

Este capítulo pretende hacer presente lo reciente de la psicología como ciencia y profesión a diferencia de otras áreas que poseen tradiciones milenarias. Esta juventud permite arriesgarse a presentar la Psicología como una ciencia en pleno desarrollo y crecimiento toda vez que su objeto de estudio se establece en la conducta del ser humano, a quien escasamente comprendemos pues se encuentra en constante cambio y transformación. Se mencionan investigadores chilenos que luego de un arduo estudio han podido vincular a personas que siendo parte del selecto grupo de Wundt reprodujeron su laboratorio en Chile y de otros que ligados a la educación dieron los primeros pasos de la psicología al sur del mundo.

En un segundo momento se intenta visibilizar algunos temas actuales y emergentes de la Psicología, se inicia con una reflexión respecto del rol de la educación y de cómo la influencia de clásicos psicólogos cognitivos ha sido importante para el diseño de políticas que hasta hoy delimitan los ámbitos educativos y de cómo se producen ciertas incongruencias respecto de las declaraciones realizadas y las acciones concretas que se

desarrollan al interior del sistema escolar, se aborda la interacción educativa como tema relevante del quehacer de la psicología toda vez que la promoción de buen trato y sana convivencia facilitan el aprendizaje.

Además se abordan otros temas vinculados con la psicología de la salud como bienestar psicológico, salud colectiva como estados deseables de la sociedad, además de alertar de los riesgos de un excesivo proceso de diagnóstico que se da al pretender evaluar, como primera acción de contacto con las personas.

Finalmente se abordan desafíos de la psicología social como la nueva sociedad chilena post procesos migratorios, y los desafíos para avanzar hacia una sociedad más inclusiva sin prejuicios y resistencias, para finalizar con aspectos éticos relevantes de tener en cuenta en este proceso de crecimiento de la psicología en Chile.

La psicología como nueva ciencia

1. *LOS PRIMEROS PASOS DE LA PSICOLOGÍA EN CHILE*

La Psicología es una ciencia joven que formalmente llega a Chile como innovación en los procesos de enseñanza, con paradigmas muy ligados a los experimentos de condicionamiento clásico y operante desarrollados desde la lógica conductista. Cosa contraria es lo expuesto por el psicólogo social Julio Villegas quién plantea que la psicología ha existido siempre, de hecho, señala con propósitos didácticos que un joven mapuche llamado “Lautaro” habría sido el primer psicólogo “naive” chileno, en la medida que observó, registró y aprovechó sus reflexiones sobre el comportamiento de los españoles logrando identificar sus debilidades para combatir con ellos (Salas, 2014).

Aun así el trabajo de los primeros psicólogos estuvo vinculado al ámbito educativo y laboral toda vez que se les requería para la aplicación de instrumentos que daban cuenta de ciertas características que podrían presentar niños y adultos. Respecto de esta situación, Bravo (2013) señala que para la mayoría de nosotros, los psicólogos, lo fundamental era aprender el adecuado manejo de los test y de algunos instrumentos laborales. Esta situación era consecuencia de que en los primeros años la formación de psicólogos estuvo ligada a la escuela de pedagogía hasta que logró independizarse y definir sus propios programas y perfiles formativos. Respecto de lo mismo Bravo (2013) realiza una reseña que

da cuenta de cómo Chile fue parte de la naciente ciencia psicológica con la creación de un laboratorio de psicología experimental en la Escuela Normal de Copiapó, entre 1905 y 1907. Señala además que el profesor Rómulo Peña Maturana, viajó a Alemania a estudiar con Wundt a fines del siglo pasado, según lo expresa Poblete (1980, citado en Bravo 2013). Además, ya con anterioridad, el gobierno chileno había contratado de Alemania a los profesores Jorge Schneider y Guillermo Mann -este último discípulo de Wundt- para que enseñaran psicología en el Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile. En 1908, el profesor Mann fue -a su vez- comisionado para adquirir en Alemania el material necesario para la creación de un Laboratorio de Psicología, semejante al de Wundt. Parte del material que trajo a Chile habría sido seleccionado por el mismo W. Wundt, quién orientó en esta labor a G. Mann. Es probable que Mann fuera uno de los primeros profesores en Chile capacitado para asimilar y transmitir la obra de Wundt en nuestro medio universitario. Mann hizo diversas publicaciones sobre psicología aplicada a problemas de la realidad nacional, siendo su principal preocupación la psicología pedagógica. En uno de ellos efectuó un estudio diferencial sobre los procesos cognitivos de la memoria, atención y concentración entre niños chilenos y niños de origen alemán, de la cual se hicieron luego inferencias para la pedagogía y los planes de estudio de los liceos.

Respecto de la formación, inicialmente se concentró en dos Universidades tradicionales, la Universidad Católica y la Universidad de Chile, situación que se expandió a otras universidades estatales y finalmente posteriores a 1981 se amplió a las nacientes universidades privadas. El perfil de egreso de los psicólogos fue variando a través de los años, y produjo una suerte de especialización en la medida que los profesionales de la nueva disciplina comenzaron a ganar experiencia.

Tal vez uno de los temas que permiten explicar el desarrollo de la Psicología en Chile es la caracterización de esta disciplina como ciencia y profesión. En este sentido la caracterización científica de la psicología facilitó que a través del método científico comenzará a producir conocimiento que engrosó su *corpus* teórico y facilitó la construcción de paradigmas y modelos teóricos que sedujeron a los nuevos profesionales de esta área.

Ahora bien, la investigación psicológica propiamente tal, tiene su principal fuente de financiamiento por medio del Gobierno de Chile que desde 1981 a través de los proyectos del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), busca estimular y promover el desarrollo de la investigación científica en el país (Salas, 2014). Además de estos fondos, muchos psicólogos dentro del mundo académico y ligado a las

Universidades tradicionales y privadas comenzaron a compartir escritos formales y no formales que han servido como incentivo para la iniciación, desarrollo y consolidación de algunas líneas de investigación.

A nivel profesional la Psicología si bien llegó a Chile asociada a la Psicología instruccional y laboral, sus principales desarrollos se fueron dando en psicología clínica en donde ligados a la salud mental fueron contribuyendo de manera significativa a mejorar el bienestar de las personas ganándose un espacio dentro de la salud humana. A nivel instruccional se produjeron varios avances puesto que, si bien mantuvo su influencia en el diseño de programas, fue integrada al trabajo con el sistema educativo, lo que permitió que la psicología pudiera no sólo aportar desde la estructura sino en el trabajo cotidiano que se producía en estos sistemas. Lo mismo ocurrió en el ambiente laboral donde además de preocuparse por la eficiencia y productividad de los trabajadores comenzó a incorporar temas de análisis respecto del bienestar del recurso humano y las personas que componían la organización. La psicología comenzaba a presentarse como una disciplina que no sólo estudiaba el comportamiento humano sino que profesionalmente aportaba al bienestar personal.

A estos nichos tradicionales se sumó el trabajo socio comunitario, que se hizo cargo del abordaje con población vulnerable desde un paradigma crítico reflexivo que intentaba abordar este tema trabajando desde y con las personas sindicadas como vulnerables, estableciendo como principio fundamental la dignidad del ser humano relevando conceptos como resiliencia y empoderamiento que quebraban el tradicional asistencialismo que había imperado por años y que más que resolver problemas de fondo perpetuaba un estilo garantista en donde no se lograba trabajar con los recursos de las personas.

La vulneración de derechos comenzó a ser tema relevante de la Psicología y sumando los esfuerzos desarrollados con población cautiva de sistemas de privación de libertad y otros programas que trabajan con régimen de internación, en donde estaba involucrado el sistema judicial, lograron dar forma a una naciente psicología jurídica que logró dar sustento teórico y técnico al trabajo con víctimas e infractores. Desde este punto se produjo un crecimiento exponencial puesto que muchos temas cotidianos comenzaron a ser objeto de estudio de la Psicología y prontamente se dio forma a programas de especialización en ámbitos que antiguamente sólo se contenían bajo el alero de la formación generalista del psicólogo y que por su propio peso se desplazaron hacia

formaciones de postgrado que permitían abordar las situaciones de manera más directa e integradora.

Actualmente percibo la psicología chilena como un árbol de crecimiento muy rápido, con innumerables ramas, lo cual hace difícil delimitar sus principales líneas de desarrollo y la direccionalidad de sus avances. La revisión de las distintas revistas chilenas de psicología muestra una gran variedad de temas e intereses que reflejan las inquietudes científicas y profesionales de los psicólogos (Bravo, 2013). Es así como existen nichos emergentes de la Psicología, en el trabajo con adulto mayor (*psicogerontología*), en el trabajo con pacientes enfermos de cáncer (*psicooncología*), en el abordaje de intervenciones con personas que padecen adicciones (*psicología de las adicciones*), en los efectos socioemocionales producto del uso de fármacos (*psicofarmacología*), en el trabajo con organizaciones deportivas (*psicología del deporte*), en el trabajo en organizaciones (gestión de personas, *psicología positiva*), en neuropsicología, psicomarketing, entre otras.

Actualmente la Psicología en su rol de observador del ser humano ha podido generar investigación científica en diversos ámbitos del comportamiento humano, lo que ha permitido construir un cuerpo de conocimiento que ha facilitado el desarrollo de procesos que permiten intervenir desde un campo más especializado y más efectivo. A su vez la sociedad actual se ha vuelto cada vez más específica en sus demandas y requerimientos, construyendo una serie de expectativas que la Psicología sigue intentado responder.

2. LOS DESAFÍOS EMERGENTES DE LA PSICOLOGÍA

La Alianza de la Psicología con el mundo educativo

Si bien desde los primeros tiempos de la psicología en Chile, existió un vínculo importante con la Educación, durante los años se ha ido complejizando toda vez que muchas de las reformas en educación han usado como pilares propuestas realizadas por psicólogos que han expuesto teorías relacionadas con el aprendizaje y el desarrollo humano. De esta forma principios desarrollados por la psicología cognitiva de Piaget, la teoría sociocultural de Vigotsky, y otros autores como Ausubel, Gardner, Goleman entre otros, son posibles de encontrar en muchos documentos oficiales del ministerio de educación. Actualmente estos principios han sido usados como base de las reformas en

educación pre escolar, escolar y superior, y se ven reflejadas en documentos que apuntan a mejorar la gestión y el liderazgo, además de contribuir en los procesos de enseñanza que se ven explicitados por ejemplo en los marcos para la buena dirección y la buena enseñanza.

La educación es percibida por una gran parte de la población como vehículo de desarrollo, de transformación personal y de movilidad social, pues entrega elementos que de una u otra forma facilitan el proceso de interacción y adaptación en el medio. En este contexto pareciera incuestionable el siquiera pensar en no estar de acuerdo con los procesos de formación educacional, puesto que en muchos casos se transforman en el único elemento estable de la vida de las personas. Una familia tal vez no tenga claro donde vivirá o en qué lugares podrá encontrar trabajo, lo que sí está claro es que independientemente del lugar o condición en que estén, sus hijos hoy en día, tienen el derecho a estudiar.

Lo complejo es cómo se da el proceso de formación en los colegios, y las implicancias que la cultura educacional tiene en los niños. Efectivamente hemos tenido cambios significativos de los sistemas imperantes, en los años setenta y ochenta, la globalización y la instalación de la sociedad del conocimiento, más el avance en el nivel educacional de los padres lleva a un escenario en donde el colegio ya no es el centro del conocimiento ni la única fuente de instrucción, los niños aprenden desde diversas fuentes y el colegio tiene la gran posibilidad de dar significado a los aprendizajes que los niños tienen ya su vez facilitar la transferencia a otros escenarios posibles de vivir.

Lamentablemente esto se ve obstruido cuando al realizar un zoom en el cómo se realiza este proceso, nos encontramos re enseñando lo mismo en tres niveles distintos de la educación formal, intentando que por repetición se adquiera información sin que tenga significado ni sentido, por lo que en muchas ocasiones lo memorizado es inaplicable para los niños y por ende tiende a desaparecer rápidamente. Comprendemos que existen políticas educacionales que regulan contenidos y estrategias, pero también asumimos que las verdades absolutas no existen y que cada grupo de niños presenta necesidades de aprendizaje diferentes que tienen que ver con su propio desarrollo y entorno, por lo que la contextualización del aprendizaje sigue siendo un tema relevante de visibilizar.

Surge entonces la reflexión respecto de la conveniencia de homogenizar los sistemas educativos amparados en una comprensión parcial del principio de la equidad en donde todo está programado y definido, y el poco espacio existente en el aula para abordar

las necesidades propias que surgen de los niños producto de un descubrimiento individual y subjetivo.

Hoy se ha avanzado hacia una educación contextualizada y significativa en donde se relevan cada vez más las diferencias a objeto de diseñar planificaciones universales que puedan abordar las distinciones no para uniformarlas sino para contenerlas en procesos de enseñanza multivariados considerando metodologías atractivas e innovadoras. Este esfuerzo facilita la posibilidad de articular redes de apoyo con la comunidad educativa y con otras comunidades que han planificado objetivos comunes a fin de generar una suerte de sinergia que potencia el crecimiento e interés del niño por estar en la escuela.

En definitiva, es necesario complementar el esfuerzo que se realiza dentro de una escuela para transformarse y ofrecer una educación de calidad para todos los estudiantes, con otros que deben ir dirigidos a establecer redes de apoyo entre escuelas, así como a establecer lazos con las comunidades locales en la que se encuentra cada centro (Rueda, 2016)

Es en las aulas de clase en donde se forman estudiantes capaces de pensar, razonar, criticar, memorizar y crear, aportan conocimientos cognitivos, reflexivos, y participativos en nuevos saberes, situación que contribuirá a

mejorar la matriz cognitiva y por ende la educación se insertará a la política pública en función de la igualdad de oportunidades, la interculturalidad y la innovación pedagógica cognitiva y social (Naranjo y Peña, 2016). Los nuevos desafíos formativos apuntan a educar a personas que sean capaces de usar los recursos que poseen para no sólo adaptarse al contexto en el que viven, sino poder actuar sobre él para modificarlo con acciones creativas e innovadoras que permitan obtener beneficio personal y colectivo, en este contexto el sistema educativo intenta definir resultados de aprendizaje para cada nivel que tienden a ser más amplios y obedecen a la lógica de adquisición de competencias.



Existe un amplio consenso en que los resultados de aprendizaje dependen de la calidad de la interacción y del proceso pedagógico que ocurre en la sala de clases. Los alumnos tienen un rol pasivo y sus intervenciones ocupan muy poco tiempo en el conjunto de la clase. Ello da cuenta que predomina la idea de que, en una buena clase, el profesor no pierde el control del grupo ni del habla. Pese a ello, es interesante apreciar cómo los alumnos demuestran una mayor intervención a medida que avanza la clase en el tiempo. Si se comparan las pautas de interacción de los profesores se constata que predomina un estilo similar. Este es altamente estructurado, donde los profesores exponen, los estudiantes aplican y los profesores controlan dicha aplicación en el transcurso de la clase (Martinić y Vergara, 2016).

La idea de la psicología en este ámbito es contribuir en la reconstrucción de espacios educativos en donde nuevamente se puedan dar situaciones de aprendizaje en un marco de interacción de saberes que permita desafiar a los niños a descubrir, y buscar información relevante que permita adquirir nuevos saberes bajo la atenta mirada mediacional de un profesor que actúe como perturbador, estimulando diferenciadamente los procesos cognitivos de cada uno de los miembros del grupo de acuerdo a sus características particulares.

Convivencia y fenómenos de violencia

Otro tema relevante que se ha dado en el espectro educativo dice relación con la interacción educativa, los procesos interaccionales son complejos toda vez que tal como plantea la psicología social se visibilizan situaciones de poder, que llevan a que los estudiantes intenten obtener lugares de privilegio en relación a otros compañeros que se ubican en el mismo estrato educativo, para lograr esta diferenciación se producen procesos de identificación y conformación de grupos usando como variable de estratificación, el género, la posición social, los niveles de rendimiento, el atractivo físico, el desempeño deportivo u otra que aparezca como foco en este aspecto, lamentablemente el integrar un grupo, resulta relevante, toda vez que el grupo da identidad; niños o adolescentes que no logran agruparse quedan marginados del proceso y tienden a sufrir situaciones de discriminación y violencia configurando lo que entendemos por *bullying*, esta situación ha sido abordada desde la psicología positiva construyendo grupos de convivencia escolar o brigadas de buen trato que con un adecuado marco normativo se constituyen en un pilar importante de la interacción en el sistema escolar.

Ahora bien dada su relevancia educativa, numerosas investigaciones han centrado su interés en conocer los factores que favorecen la puesta en práctica de estrategias sociales, valores, actitudes y sentimientos que garantizan una coexistencia democrática, pacífica y armónica en el ámbito educativo. Estos factores pueden diferenciarse según su naturaleza grupal o individual. Los primeros se encuentran vinculados eminentemente a los contextos de desarrollo y aprendizaje (Gómez-Ortiz y otros, 2017)

De Mesa-Melo y otros,. (2013) señalan que el lugar donde más se presentan la mayoría de comportamientos violentos dentro de la institución es el aula de clases (31%), seguido por las zonas de recreación, como el patio (16,5 %).Es de anotar que en este espacio (aula de clases) se pueden presentar diferentes situaciones que si no se identifican e intervienen a tiempo, agravan la convivencia y, por tanto, las personas que interactúan allí pueden ser rechazadas por el sinnúmero de hechos negativos. La sala de clases es en sí misma un espacio de interacción en donde coexisten tantos mundos representacionales como niños, lo que genera un flujo permanente de pensamientos, afectos, motivaciones y conductas que articulan una red de significados en donde el agente educativo debe reconocerse como parte importante sobre todo en los niveles en que ejerce un rol importante de modelo o maestro. De allí que el estilo metodológico que use para relacionarse con los estudiantes y el abordaje que realice de las situaciones cotidianas sentará las bases de futuras relaciones que puedan darse en el grupo.

Ascorra y otros (2016) advierten que existiría una diferencia en los niveles de violencia que se dan atendiendo a la dependencia de los establecimientos educacionales.

Estos temas han sido abordados de manera frecuente en las discusiones de los profesionales de la educación, atendiendo a los recursos diferenciados que existen en la administración pública versus lo que existen en la administración privada, toda vez que estos últimos han incorporado hace bastante más tiempo equipos de orientación personal y pedagógica que sin duda han contribuido al clima escolar que se da en los establecimientos educacionales.

Los datos anteriores ponen de manifiesto que estamos no solo ante una segregación por calidad de la educación (rendimiento), por Nivel Socio económico y por habilidades cognitivas (selectividad) sino también por calidad de la convivencia escolar. Así los índices de Clima Escolar más bajos se encuentran en las escuelas públicas, lo que da

cuenta de que la segregación tiene un efecto sobre la calidad de la convivencia escolar, en perjuicio de los sectores más vulnerables de la población (Ascorra y otros, 2016).

Es aquí en donde el trabajo interdisciplinario realiza aportes significativos en el abordaje de esta problemática puesto que en la medida que el profesor logre articularse con los equipos de asistencia que operan en su colegio ya sea los asociados a proyectos de integración o convivencia escolar logrará transformarse en un actor protagonista para el incentivo de un clima positivo y libre de violencia al interior del aula, independiente de la sobrecarga curricular que posea.

El profesor entonces, debe asumir una actitud reflexiva respecto a su práctica docente para detectar las conductas agresivas visibles y, más aún, aquellas que no son fáciles de percibir por su gravedad. Con frecuencia las problemáticas tanto para el profesor como para el estudiante en este espacio pasan desapercibidas por los constantes compromisos del currículo y del quehacer propio de la escuela, pero no por ello se deben olvidar las situaciones de convivencia sino que se deben asumir con un espíritu de responsabilidad que dé respuesta a la realidad y, sobre todo, que vaya en favor del aprendizaje (de Mesa-Melo y otros, 2013).

Esta nueva intencionalidad sin dudas apuntará a promover nuevos espacios de diálogo en donde la inclusión a lo diverso y el respeto a la diferencia sean pilares de la cotidianidad escolar garantizando un nuevo trato no sólo en los estudiantes, sino en todas las interacciones posibles de evidenciar en una comunidad educativa.

Reflexiones en Psicología y Salud

El bienestar Psicológico y la Salud colectiva

Si bien la Psicología en sus jóvenes años ha tendido a desarrollar muchas acciones orientadas a comprender la conducta humana, declarada como su objeto de estudio ha desarrollado otras acciones como profesión, orientada a contribuir a la salud mental y el bienestar de las personas. En este contexto existen experiencias relevantes en donde los psicólogos son parte importante de los equipos de salud que explicitan fines de educación preventiva en salud pública. Estos oficios han permitido visibilizar interesantes campañas orientadas a mejorar la comunicación familiar, a desarrollar pausas saludables, y a

garantizar bienestar en entornos laborales entre otros. Es común hoy en día ver psicólogos en las unidades de gestión de personas, en los comités paritarios de higiene y seguridad laboral, en sindicatos entre otros espacios que buscan aportar en el bienestar de las personas. Este bienestar tiende a poner énfasis en los aspectos positivos o agradables que busca el ser humano que pueden aportar a su crecimiento y desarrollo como persona.

En este contexto surge la Psicología Positiva, con el objetivo de investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven. En el nivel individual, indaga en rasgos tales como la capacidad para el amor y la vocación, el valor, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la espiritualidad, el talento y la sabiduría. En el nivel social explora las virtudes ciudadanas y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos: la responsabilidad, el altruismo, la civilidad, la tolerancia y el trabajo ético, todos vinculados con el bienestar subjetivo (Cuadra y Florenzano, 2003)

Ahora bien mientras la tradición del bienestar subjetivo ha mostrado especial interés en el estudio de los afectos y la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz y otros, 2006).

Diversos estudios han intentado medir el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico intentando establecer vínculos con la autopercepción de salud mental y salud colectiva.

En este contexto es posible señalar que la salud colectiva y el bienestar humano son en principio bienes deseables por la comunidad quienes esperan desarrollar una vida armoniosa que contemple la satisfacción de las necesidades básicas y permita establecer ciertos patrones de desarrollo que garanticen la vida, el bienestar y el mejoramiento de condiciones que sean percibidas como relevantes y que impacten en su salud física y mental. El bienestar psicológico es un indicador relevante en la salud mental. La evaluación del bienestar tiene un importante uso práctico para diagnosticar y prevenir problemas de salud mental (Grant y otros, 2013).

El desarrollo de propuestas de trabajo que promuevan estos dos principios

requieren un enfoque multisectorial por la comprensión ecosistémica que se tiene de la misma, es así como una vez levantadas las necesidades emergentes será menester desde las diversas disciplinas organizar actividades tendientes a abordar temáticas de organización cívica, emprendimiento, participación ciudadana, acceso a bienes y servicios, medio ambiente, sustentabilidad, turismo, autocuidado y otras que se desprendan del trabajo de co-construcción de necesidades siempre desde la mirada de instalación de capacidades y lejos del antiguo modelo asistencialista.

Es tal vez en este punto que resulta relevante reflexionar respecto de aciertos y desaciertos de este tipo de intervención territorial, y del porque es tan importante la co responsabilidad del equipo que participa puesto que la acción de bienestar no se produce de manera automática sino que se aprecia en la medida que las acciones de empoderamiento permiten visibilizar avances a lo largo del tiempo.

Esta forma que trasciende la dualidad teórico-práctica apunta a avanzar hacia una nueva forma de concebir la salud que trasciende lo individual y se sustenta en lo comunitario o colectivo dando paso a un nuevo enfoque o paradigma.

Para Paim y Almeida en 1998, (citado en Nunes, 2014) la salud colectiva, en cuanto movimiento ideológico comprometido con la transformación social, presenta posibilidades de articulación con nuevos paradigmas científicos capaces de abordar el objeto “salud-enfermedad- cuidado”, respetando su historicidad e integridad. Lo anterior da cuenta sin duda de un reconocimiento implícito de las acciones de prevención y promoción de un estado de bienestar que desde hace algún tiempo recogen programas preventivos vinculados principalmente a centros de salud familiar. Por lo mismo para Nunes (2014), la salud colectiva, puede ser entendida como un campo de salud que comprende los conceptos de colectivo, social, público e institucional, permite distinguir en su constitución teórico-metodológica-técnica los paradigmas: epidemiológico, sociológico, antropológico, político, técnico, cada uno con sus especificidades, que pueden ser aprehendidos por separado o interrelacionados en los estudios de temáticas diversificadas y además posibilita situar las investigaciones “paradigmática” y metodológicamente en la salud colectiva.

Según Castro (2016), la salud colectiva está en buena posición para intentar la objetivación de sí misma, sabe del potencial crítico de las ciencias sociales, y sabe de las consecuencias que resultan si se las aplica sin un horizonte emancipador, por lo que el trabajo desde la salud colectiva debe permitir la conjunción de múltiples sectores y

disciplinas que superen el enfoque sectorizado, la planeación por problemas permitirá el abordaje interdisciplinario que propenda a la solución de los mismos. A su vez, este nuevo tipo de prácticas requerirá de profesionales con otra formación y disposición pensada de acuerdo a los cánones de esta sociedad y que se enfrenten al reto de un nuevo significado de la salud, con un nuevo sentido y con un nuevo destinatario (Uribe y Arbelaez, 2016).

El bienestar y la salud colectiva son actualmente estados deseables de nuestra sociedad por lo que se pueden evidenciar en políticas y programas estatales, el tema es como deben ser implementados para que logren el objetivo por el que han sido pensados y no se transformen en actividades que responden a una lógica de control administrativo rígido, estático y reactivo.

El diagnóstico obligado y la intervención reiterada

Pareciera que hoy en día es muy relevante contar con información preliminar antes de interactuar con alguien, algunos tienden a googlear a sus nuevos colaboradores, o a pedir información previa que permita “hacerse una idea” de con quién o con quienes compartirán un espacio. Esta necesidad de establecer una preconcepción se asocia a un modelo biomédico que requiere establecer un diagnóstico previo a la asignación de un tratamiento, para lo que es necesario realizar una serie de evaluaciones que entreguen insumos para construir un rótulo preliminar y desde allí moverse.

Es así como hoy en día, las empresas y los colegios realizan evaluación de postulantes, pruebas de diagnóstico, test de desempeño u otros instrumentos diseñados para recoger información que no siempre se traduce en un beneficio para quién es medido sino en la asignación de una etiqueta que será usada para identificarlo. Sin ir más allá todas las personas son permanentemente evaluadas y/o derivadas a profesionales de los cuáles se espera que establezcan un “diagnóstico”, generando las primeras diferencias entre los que pueden hacer unas cosas y los que pueden hacer otras cosas. Tanto es nuestra necesidad de diagnosticar que el sólo diagnóstico produce la tranquilidad de saber que ocurre o porque el desempeño de alguien es de una determinada forma.

El tema es que no siempre estas evaluaciones se enmarcan en principios de mejora continua y en ocasiones sólo cumplen funciones de etiquetamiento o se utilizan para considerar o no considerar a alguien en un determinado puesto sin que haya tenido a lo menos la posibilidad de mostrar su desempeño.

El diagnóstico puede ser de utilidad cuando se realiza con sentido de mejora, de abordaje o de intervención y no sólo por cumplir con un procedimiento estandarizado, sirve toda vez que es un instrumento de ayuda para quién es evaluado puesto que le permite trazar una trayectoria de cuidado, cambio o crecimiento y por ende contribuye con su desarrollo personal y laboral. Por esta razón, la evaluación debe realizarse con cautela y de acuerdo a las características particulares de cada contexto.

Lo mismo ocurre con la sobre intervención, puesto que luego de generar diagnósticos se planifican intervenciones con personas o grupos de personas que han sido sindicadas como vulnerables o necesitadas de intervención sin diseñar acciones multidisciplinarias que estén articuladas y eviten saturar al sujeto de la ayuda. En ocasiones en un mismo grupo coexisten acciones desarticuladas ligadas a una mirada asistencialista absolutamente incongruente con el paradigma de intervención escogido. La Psicología junto a otras disciplinas esta llamada a ser garante de aspectos éticos que rigen la profesión y que permiten que toda acción desarrollada contribuya con el bienestar de las personas en un marco de dignidad y respeto por la persona y su contexto.

Algunos desafíos en Psicología Social

Los inmigrantes y el concepto de territorio

Durante este último tiempo hemos podido observar como las diversas estructuras sociales de nuestro país han acogido a personas que provienen de otros países integrándose principalmente en espacios educativos y laborales. Este proceso nos ha dado la posibilidad de convivir con personas que presentan expresiones culturales distintas y que de una u otra forma nos ha llevado a repensar las formas cotidianas de interacción en cuanto a modismos y expresiones cotidianas, tomándonos un poco más de tiempo para comprender o escuchar algunas de sus inquietudes. Pero si bien ha sido un desafío interesante, para los inmigrantes, el proceso es mucho más complejo puesto que el llegar a un nuevo país presenta un estrés adaptativo producto de los cambios en las condiciones de habitabilidad, las rutinas y las relaciones que establecían en su lugar de origen y que deben reconstruir en otro territorio y con otra gente, además deben enfrentar prejuicios, resistencias y desconocimiento respecto de las motivaciones que han originado el desplazamiento.

Esta situación afecta en el sentido de identidad propia que posee el inmigrante, toda vez que debe poner en práctica una serie de recursos que le permitan integrarse y ser aceptado como miembro de estas nuevas redes que está construyendo y que no son nada fáciles cuando se encuentran con prejuicios o preconceptos que convertidos en resistencias dificultan cualquier proceso inclusivo. Esto se agudiza cuando son familias completas quienes se mueven de un territorio a otro, puesto que cada integrante vive sus propios procesos adaptativos y vierte a la familia las tensiones que este desafío les produce, aumentando la dificultad para alcanzar un estado de equilibrio.

El caso de Chile resulta relativamente nuevo en el mapa mundial de las migraciones, pero una rápida revisión a la producción de conocimiento que se ha generado desde este lugar demuestra la fuerte vinculación de este caso con los movimientos globales. De ahí la importancia de vincular el análisis local con las grandes transformaciones sociales a las que asistimos. Es posible y necesario situarse en el campo de las migraciones para intentar comprender hacia dónde va el mundo de hoy. Visibilizar los contextos históricos y geográficos permite aportar a la comprensión de las grandes transformaciones sociales, poniendo en juego perspectivas transnacionales y globales (Stefoni y Stang, 2017).

Avances en Psicología social y comunitaria nos llevan a repensar las lógicas tradicionales de segregación y segmentación y muy por el contrario a construir de y con la gente, nuevas propuestas de desarrollo local sin colores ni banderas sino centradas en el más puro objeto de superar la marginalidad y la pobreza cáncer social de nuestro tiempo.

Tal como plantea Rozas (2015) la perspectiva latinoamericanista, nos lleva equivocadamente a pensar que el continente es uno sólo, homogéneo donde cada cual desde su propia realidad y punto de partida debe apuntar en la misma dirección. No importan mucho las diferencias y la diversidad, y, si ellas existiesen, deben ser minimizadas y más bien la población toda debe transformarse en un sujeto moderno que se pliegue y contribuya al esfuerzo nacional.

Pero, contra argumentando, este continente es un conjunto muy diverso de pueblos y de comunidades, donde además cada uno de ellos tiene distintas formas de pensar, lo que nos lleva a observar que no hay un solo paradigma sino varios, a su vez, dicha variedad nos lleva necesariamente a distintos modelos de desarrollo, diferentes sin duda, al modelo occidental. Y allí es donde está el surgimiento de un nuevo escenario en América Latina. Trabajar con la subjetividad desde esta perspectiva, es por ejemplo, el

rescate de la memoria, la construcción de identidad, la re-significación de procesos. La subjetividad es un ámbito, es un campo rico, complejo, con muchas variables y, poner el acento aquí significa aportar al trabajo colectivo. Así mismo, fortalecer el sujeto comunitario, no solamente significa fortalecerlo desde lo cognitivo, desde lo racional, desde el pensamiento; porque hoy en día, cuando se va a la escuela o a la universidad lo que se fortalece es lo cognitivo, lo que se fortalece es la lógica, la racionalidad, pero, intencionadamente se deja al margen, o en un segundo plano la experiencia, lo participativo, lo emocional (Rozas, 2015).

Hoy en día el trabajo en flexibilidad, apertura y dialogo son fundamentales para transitar hacia sociedades en donde coexisten y coexistirán ciudadanos del mundo con formas y estilos distintos y en donde será necesario consensuar nuevas formas de interacción que apunten a garantizar la paz y la armonía entre quienes ocupemos un mismo territorio.

La igualdad de género

Chile ha mantenido fuertes diferencias en el trato a la población femenina durante largos años. Es así como la mujer se ha visto afectada por la discriminación en el plano político, económico, social y cultural. Sin embargo, desde 1990 las políticas públicas han intentado cambiar esta situación. El Servicio Nacional de la Mujer en Chile (hoy llamado servicio Nacional de la mujer y equidad de género), ha jugado un importante rol en el establecimiento de metas que permitan incorporar el tema de la equidad de género en las políticas públicas (Fuentes y otros, 2016).

Este acento ha estado puesto en diversos sectores, es así como la incorporación y los derechos laborales, los sistemas de salud, y el desarrollo de familia han sido ámbitos en donde la equidad de género se ha tomado la agenda, probablemente los cambios no se han dado con la velocidad que se esperaba puesto que existen prácticas anquilosadas en las estructuras sociales y culturales que han dificultado este proceso. Pero se ve un horizonte esperanzador con las generaciones jóvenes que se relacionan de manera distinta y con el marco de políticas públicas como garante podrán instalar nuevas relaciones más equitativas y simétricas.

Una de las experiencias interesantes, se ha dado en la incorporación del hombre en el cuidado de los hijos, ya hace varios años existe un cambio de paradigma que ha permitido

construir vínculos tempranos entre el padre y su hijo, acciones como el ingreso a pabellón en el momento del parto, y el post natal masculino entre otras han facilitado el establecimiento de un nuevo rol en la crianza y por ende en el desarrollo vital de la familia. Hoy en día lejos de la mirada patriarcal de antaño ha surgido un nuevo

padre más cercano, afectuoso y comprometido con sus hijos lo que sin duda va a generar una redefinición de las interacciones históricas que se daban al interior de la familia.



D Argemir (2016) realizó un estudio en el que intentaba revisar la participación de los hombres en el cuidado de los hijos por lo que pretendía identificar las consecuciones pero también las tensiones que experimentan los hombres implicados en el cuidado. En este sentido no sólo logró identificar modelos emergentes que van en la línea de conseguir la igualdad de género, sino avanzar hacia una propuesta académica y también política, al contribuir a desnaturalizar la atribución del cuidado a un determinado sexo y a romper los estereotipos de género. Señala (d Argemir, 2016)

Los cuidados están hoy en el centro de las problemáticas del bienestar. La crisis de los cuidados constituye un indicador de una crisis de reproducción social, que ha alcanzado dimensiones globales y ha acentuado las formas de reproducción social asentada en desigualdades de género, de clase y étnica .

En este sentido el trabajo de igualdad avanza en la lógica del acceso equitativo a roles, funciones y espacios dejando de lado protocolos diferenciales que se transforman en abiertas declaraciones de inequidad y discriminación.

Aquí la Psicología ha tomado la bandera de la dignidad humana como principio ético intransable que requiere reconstruir y resaltar recursos oscurecidos por dinámicas abusivas que han evitado que cada persona desarrolle aquello que le es posible de acuerdo a las potencialidades que tiene. Hombres y mujeres pueden desempeñar las mismas funciones y roles y en la medida que este modelo sea aprendido y modelado en familia se

irá desplazando hacia otros agentes socializadores lo que permitirá realizar las transformaciones sociales que todos estamos esperando.

Los principios éticos

Capel (2017) señala que los principios morales y éticos ayudan al individuo a discriminar entre lo que está bien y lo que no, lo que debe y no debe hacerse, los deberes respecto a si mismo y respecto a la sociedad. Puede haber un acuerdo colectivo respecto a ello, y a partir de aquí un consenso o pacto para la conveniencia; lo cual es justificable porque la ética y la moral tienen que ver con las costumbres.

Ahora bien que moral y ética tengan que ver con las costumbres significa que son preceptos elaborados socialmente para asegurar la supervivencia del grupo, la convivencia, las relaciones sociales en general (Capel, 2017).

Hoy en día se hace necesario poder operar con principios éticos que resguarden el ejercicio de la profesión y el desarrollo de la ciencia a objeto de garantizar el bienestar de las personas, La existencias de comités ético científico y la operación de los colegios profesionales no hacen sino resguardar ciertos códigos que se han consensuado y que permiten establecer patrones de operación que no sólo respetan la legalidad vigente sino salvaguardan a las personas de sujetos inescrupulosos que olvidan el sentido de la Psicología como ciencia que comprende el comportamiento humano para ayudar al bienestar personal y colectivo.

Reflexiones Finales

La Psicología se ha ido desarrollando en diversas áreas y contextos, incorporando experiencias del trabajo con personas que sin duda han nutrido de sustento la columna vertebral de esta joven ciencia, aportando en cada una de sus líneas de desarrollo, elementos reflexivos que le permiten integrarse en la discusión cotidiana de temas que emergen en el desarrollo individual, familiar, educacional y social de la persona y los contextos en donde opera. Lo anterior sin lugar a dudas apuntan a asegurar no solo la sobrevivencia y la adaptación, sino a ser consciente de su influencia contextual siendo responsable a la hora de reconocer y activar los recursos personales que posee a objeto de aspirar a estados de bienestar psicológico y subjetivo que permitan, preservando los

aspectos éticos necesarios, construir sociedades más equitativas en donde cada persona pueda desarrollarse y crecer. Pero aunconsiderando este aporte, existen ámbitos en los que el esfuerzo no ha sido suficiente, puesto que en el sur del mundo donde coexistimos, todavía existenbarreras territoriales, económicas e ideológicas que impiden el establecimiento de sociedades con equidad en donde se garanticen ciertos principios fundamentales.

La Psicología al Sur de Chile todavía tiene temas pendientes en el acceso a atención clínica de todo aquel que demande atención, y que la salud mental no sea un bien para quienes tienen recursos sino un derecho de todos, las listas de espera y el acento en la cantidad de pacientes atendidos más que en la profundidad de la psicoterapia sigue siendo una gran debilidad de nuestro sistema público. En el ámbito de la educación el desafío es que la psicología logre esfuerzos interdisciplinarios para comprender al niño que estudia, al que está motivado por aprender y aquel que estudia pero su principal motivación es cubrir su necesidad alimenticia, con pobreza y necesidad siempre será más difícil aprender. La Psicología tiene temas pendientes con la integración de lo diverso y lo diferente y su desafío en esta línea apunta a la necesaria creación de centros de estudios que permitan comprender lo complejo que ha sido para una sociedad conservadora avanzar hacia la aceptación con igualdad de sus propios pueblos originarios, de reconciliarse con su historia y de avanzar hacia un encuentro político más allá de una definición polarizada sustentada en la figura de un personaje determinado.

La Psicología al sur del mundo tiene el gran desafío de avanzar hacia a la adultez abordando con seriedad temas emergentes de igualdad, crecimiento y desarrollo fuera de las lógicas populistas y usando como centro el bienestar de las personas. Tiene como gran desafío ser cada vez más protagonista en las políticas públicas relevando al ser humano como destinatario principal de cualquier acción que se piensa y se desarrolla, pero también manteniendo la dignidad del trabajo profesional y ético en las acciones concretas y particulares. Tiene el desafío de estar en el sitio que se ha ganado en los años de ciencia y profesión, para desde de allí aportar al bienestar de quienes se ubican en esta larga faja de tierra.

Referencias

- Ascorra, P., Bilbao, M. Á., Gómez, G. y Morales, M. (2016).** Relación entre segregación y convivencia escolar en escuelas chilenas con altos puntajes PISA. *UniversitasPsychologica*, 15(1).
- Bravo, L. (2013).** Cincuenta años de la psicología en Chile: Una perspectiva personal. *Psykhé (Santiago)*, 22(1): 125-137.
- Capel, H. (2017).** Ciencia ciudadana, ética y política para viejos y nuevos problemas. *Locale*, 1(1): 29-69.
- Castro, R. (2016).** De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 12(1): 71-83.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003).** El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1): 83.
- d Argemir Cendra, D. C. (2016).** Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas*, 15(3): 10-22.
- de Mesa-Melo, C. L., Carvajal-Castillo, C. A., Soto-Godoy, M. F y Urrea-Roa, P. N. (2013).** Factores asociados a la convivencia escolar en adolescentes. *Educación y Educadores*, 16(3): 383-410.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006).** Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3): 572-577.
- Fuentes, J., Montero, R. y Palma, A. (2016).** Discriminación salarial por género en Chile: una mirada global. *Estudios de Economía*, 32(2): 133.
- Gómez-Ortiz, O., Romera, E. M. y Ortega-Ruiz, R. (2017).** La competencia para gestionar las emociones y la vida social y su relación con el fenómeno del acoso y la convivencia escolar. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 88(31.1): 27-38.
- Grant, F, Guille C. y Sen, S. (2013).** Well being and the risk of depression under stress. *Plos One*; 8(7):e67395. doi: 10.1371/journal.pone.0067395 PMID: 23840872
- Martinic, S. y Vergara, C. (2016).** Gestión del tiempo e interacción del profesor-alumno en la sala de clases de establecimientos de Jornada Escolar Completa en Chile. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 5(5).
- Naranjo, L. M. J y Peña, L. A. P. (2016).** El pensamiento lógico-abstracto como sustento para potenciar los procesos cognitivos en la educación. *Sophia: Colección de Filosofía de la Educación*, 2(21): 31-55.

- Nunes, E. D. (2014).** Collective health paradigms: a brief reflection. *Salud colectiva*, 10(1): 57-65.
- Rozas, G. (2015).** Hacia una Psicología Social Comunitaria del Sur. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2): 12-12.
- Rueda, C. S. (2016).** Presentación Escuela, Familia y Comunidad: una Alianza Necesaria para una Educación Inclusiva. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1): 17-22.
- Salas, G. (2014).** Pasado y presente de la psicología en Chile: Profesionalización, instituciones y divulgación científica. *Gonzalo Salas*, 100.
- Stefoni, C. y Stang, F. (2017).** La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico. *Íconos-Revista de Ciencias Sociales*, 58: 109-129.
- Uribe, C. M. y Arbelaez, M. C. (2016).** El mito de la salud colectiva. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 9(1).

Capítulo 3

EL CUIDADO HUMANIZADO, UN DESAFIO PENDIENTE EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL PREGRADO EN EL SUR DE CHILE

Anita Dörner Paris

Enfermera, Magister en Educación Universitaria
Académico Departamento de Salud
Carrera de Enfermería, Universidad de los Lagos
anitapatricia.dorner@ulagos.cl

Introducción

La salud se ha convertido en tema de discusión en amplios niveles, expresando las diferentes opiniones de diversos actores de la sociedad, personas que reclaman por una mejor atención, profesionales de la salud que piden condiciones más dignas de trabajo y en muchos casos, los que deberían cuidar están dando claras señales de que necesitan recibir cuidados. En el fondo, el reclamo es por un sistema de salud más humano y menos determinado por intereses políticos, económicos y en donde la tecnología que debiera estar al servicio de los profesionales, hoy pareciera que esta última consume y desorienta su quehacer (Agostini, 2015).

Una línea relevante a comentar en este capítulo surge de la reflexión de cómo estamos formando a los futuros profesionales de enfermería en los diferentes ámbitos del desarrollo profesional, sin duda la trayectoria formativa se complejiza por diferentes

variables que van desde la génesis del perfil de egreso del estudiante, la articulación de las asignaturas y metodologías de enseñanza aprendizaje, el perfil de ingreso del estudiante del sur de Chile, planes de estudio con escaso énfasis en disciplinas de las ciencias sociales y de la conducta, complejidades para el acceso y permanencia en el campo clínico, ley de derechos y deberes del paciente entre otras.

En la misma línea se discute también la formación pedagógica del docente de enfermería para atender las nuevas demandas educacionales del estudiantado actual, constatándose que no es posible formar enfermeros generalistas, críticos, reflexivos y humanizados sin que los académicos de enfermería tengan la suficiente calidad humana, la moral, la empatía, el amor por su carrera y el deseo de realizar una buena, criteriosa y coherente labor en la academia.

En la parte final de este capítulo se comentarán algunos desafíos que se deben enfrentar de manera sistemática en nuestros claustros académicos a fin de instalar fuertemente en los profesionales de Enfermería el sello del cuidado Humanizado, valor que a través de los años ha quedado relegado por diferentes factores y que son necesarios vincular con fuerza.

En este sentido cabe preguntarse respecto de la Humanización del Cuidado: ¿Qué y cuánto se incorpora en los planes de estudios de Enfermería?; ¿Qué factores fundamentan el escaso desarrollo de la investigación en el tema de la Humanización del cuidado? ¿Cuál es el vínculo entre la Humanización y la calidad de las relaciones Profesionales y de formación en el ámbito de la salud?

Aspectos Formativos de la Enfermería en el Sur de Chile

La expansión de la matrícula en Chile ha modificado el mapa de las instituciones de educación superior, pasando de 172,996 estudiantes matriculados en 1983 a 1.114.640 en el año 2013. Un porcentaje importante de estos estudiantes provienen de sectores vulnerables. Esto implica que las instituciones formadoras, especialmente aquellas de carácter estatal, deben desarrollar y garantizar un acceso con equidad, generar estrategias de nivelación y establecer un perfil docente idóneo. Entre los desafíos está la generación de perfiles específicos de los estudiantes que se incorporan a las aulas con el fin de establecer las adecuaciones necesarias en este escenario masificado y en donde no

existe una clara vocación por la carrera elegida. En este sentido, la universidad debe asumir el valor social y público que tiene desde la formación integral de la persona, la complejidad del conocimiento y la construcción de los procesos de elevación moral y cultural de la humanidad (Sandoval y otros, 2017, p. 2).

La deshumanización ha afectado a las profesiones de la salud, la disciplina profesional de enfermería no escapa a esta realidad; como lo afirma Romero (2005), la relación enfermera-sujeto de cuidado se ha viciado, se ha "invisibilizado". El ejercicio de enfermería hoy está centrado principalmente en funciones administrativas que obedecen a exigencias del mercado del sistema de la salud, pasando a un segundo e incluso tercer plano la relación interpersonal sujeto de cuidado-enfermera.

La deshumanización en la profesión de enfermería adquiere diferentes facetas, las cuales en el campo del área asistencial se pueden manifestar en diferentes: El primero tiene que ver con el actual modelo de prestación de servicios, determinado por el gran sistema de relaciones económicas, que al priorizar la relación costo-beneficio hace del ejercicio profesional una carga desgastante, limita la actividad creativa (Malvarez y Castrillón, 2005; Castrillón y otros, 1999) y favorece la deshumanización de las relaciones laborales.

Si consideramos el ingreso a primer año de educación superior, sólo para la carrera de enfermería la matrícula de primer año 2016 ascendió a 7358 estudiantes los cuales accedieron a las Universidades públicas y privadas del país (SIES, 2016). Este grupo de estudiantes que asume comenzar su pregrado no necesariamente al elegir la carrera de enfermería tiene claro el rol que estos profesionales desempeñan en los ámbitos de desarrollo de la Enfermería.

El perfil de egreso descrito en la mayoría de estos programas determina un profesional preparado para gestionar y otorgar cuidado humanizado, holístico, centrado en el paciente, su familia y en su entorno social y cultural. En Chile las instituciones formadoras explicitan perfiles de egreso orientados a la consecución de un profesional generalista, crítico, reflexivo y humanista; diseñan planes de estudios y evaluaciones en distintas actividades curriculares (Casate y Corrêa, 2012).

Sin embargo, se desconoce la perspectiva de los estudiantes de enfermería en cuanto al desarrollo de habilidades psicosociales, actitudinales y relacionales, necesarias para brindar un cuidado humanizado (Garavito, 2013). Uno de los aspectos relevantes de la

formación es que todo estudiante de enfermería no sólo debiera demostrar conocimientos teóricos, habilidades y destrezas en el desarrollo de las actividades prácticas, sino que también debería brindar un cuidado integral, establecer relaciones de ayuda mutua, ser tolerante, tener sensibilidad, demostrar respeto y compasión, tratar con dignidad, generar confianza y demostrar amor a las personas (Rivas y otros, 2011; De Souza y otros, 2008). Por ello, se hace imperativo impregnar a los estudiantes de Enfermería, durante el proceso académico, de cuidar con empatía, con respeto, independiente del diagnóstico y de los modelos de atención que tenga para ello. El realizar un procedimiento con altos estándares de calidad, es otra manera de cuidar con respeto, pero según los mismos usuarios el hacerlo bien no es tan importante para ellos como hacerlo con entrega y empatía (Ceballos, 2010).

Esta percepción de comportamientos del cuidado influye sobre el desarrollo del acto mismo de cuidado, en el sentido que repercute en la forma como las/os enfermera/os, y a futuro los estudiantes de enfermería, actúan y actuarán dentro del acto de cuidado de enfermería y en la forma como el paciente responde o responderá al mismo (Pinto, 2000).

Por lo mismo, el espacio en que aprenden los futuros profesionales de salud coloca poco valor sobre el contenido relacionado con la humanización del cuidado, mientras el contenido técnico, relacionado exclusivamente con los aspectos biológicos del ser humano, es sobreevaluado, lo que influye durante la formación profesional, repercutiendo en las actitudes profesionales (Vieira, y Corrêa, 2013; Medina, 1999).

Frente a esto, surge además el hecho que los comportamientos del cuidado difieren según los modelos que guíen la formación práctica y las oportunidades de ejercicio de conocimientos y destreza profesional (Salgado y otros, 2015).

Desde esta misma mirada también cobra importancia la vocación, concepto que comúnmente se asocia a la posibilidad de proyectar un quehacer mucho más exitoso y en donde la satisfacción personal debiera fomentar en los estudiantes un buen trato a las personas que les corresponderá atender.

Al momento de pensar en qué o quienes tendrán algún grado de intervención en la elección de lo que deparará el futuro de un estudiante que recién egresa de sus estudios secundarios existen diversas hipótesis sobre cuáles son los factores que tienen más o menos incidencia sobre las decisiones. Sobre la elección de universidad existen tres

dimensiones sobre las que se puede analizar la decisión de postular o no a una institución de educación superior (Whitehead, 2006), estas son: la naturaleza de los cursos, el prestigio de la universidad y la ansiedad del proceso de postulación y junto con esto, el temor a fallar. Cuando una persona piensa en entrar a la universidad no sólo lo hace pensando en las ventajas económicas que podría obtener al tener un grado académico, sino que también existen otras razones que motivan el ingreso a una institución de educación superior, algunas como: la necesidad de obtener un grado mayor de cualificación, poder optar a mejores trabajos, perfeccionarse en nuevas áreas y disfrutar de la vida universitaria (NFER, 1998).

De la literatura revisada se pueden ver patrones comunes acerca de las variables que inciden en el momento de elegir una carrera y universidad. Es importante considerar la influencia que pueden llegar a ejercer las redes sociales, tanto la familia, los amigos y también los profesores del colegio (Brooks, 2002) ya que, en la mayoría de los casos, son éstos los que estarán a lo largo de toda la vida formativa de los estudiantes.

La humanización del cuidado en zonas extremas

La humanización de los cuidados hace referencia a personas en interacción, que saben clarificar sus necesidades, reconocen sus sentimientos y se enfocan positivamente. Para ello, se requiere formar una enfermera/o con empatía, capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante. Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo (Grupo de cuidado, 2000).

En este sentido, el cómo cuidar la salud de las personas en las zonas más extremas del país significa también un desafío constante para la mayoría de los profesionales que se dedican a un tema tan sensible como lo es la salud humana. Este cuidado se complejiza debido a las diferentes variables que emergen de la convivencia en un área heterogénea en cuanto a paisajes, actividades económicas, gastronomía, sus propias costumbres, la forma de ver y enfrentar la salud de las personas, las familias y las comunidades y sobretodo el cómo conectarse con las emociones de ellas mismas.

Es importante destacar que la Profesión de Enfermería, se basa en el cuidado, bajo teorías, prácticas y ética, pero lo más importante es la calidad humana de cada profesional, la moral, el amor por su carrera y el deseo de impactar con la acciones de cuidado.



Como lo ha escrito Goleman (1998), para que las acciones de salud lleguen a ampliar su desarrollo, esta debe lograr reconocer el verdadero impacto de las emociones en la Salud. En la actualidad resulta difícil involucrarse con la realidad emocional de la persona, si bien las intervenciones de Enfermería constituyen un aspecto clave y central de la calidad de la atención de los Usuarios, toda vez que según la OMS (2015). Esta asistencia que conforma más del 80% de la actividad sanitaria en la sociedad, aún no ha sido valorada de forma óptima por la comunidad y por lo mismo, es necesario que se reconozca la contribución que este profesional desarrolla en esta línea del cuidado y del acompañamiento emocional.

Complejo se torna aún cuando el gran desafío de las carreras de enfermería está en la generación de perfiles específicos de los estudiantes que se incorporan a las aulas con el fin de establecer las adecuaciones necesarias en este escenario masificado, lo cual no resulta fácil debido a las diferentes variables biosicosociales que afectan el desempeño y éxito académico de manera permanente en este grupo etario.

Difícil resulta saber con certeza si los estudiantes que entran a la carrera poseen la vocación y además los valores humanos de base para desarrollar las habilidades sociales que requiere un estudiante de enfermería para asegurar un trato más cercano y empático con las personas. Se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (Ceballos, 2010).

Frente a este planteamiento, se afirma que en la práctica de enfermería profesional se cumplen estándares, procedimientos, pero aún no se cuenta con una norma o protocolos de enfermería que indiquen cómo se debe actuar en la dimensión del cuidado sensible; en la atención de las demandas de cuidados de aquellos que enfrentan los sufrimientos provenientes de la enfermedad. Ni siquiera conseguimos cualificar algunos comportamientos esperados en el proceso del cuidado de aquellos usuarios de los servicios de salud, que buscan resolver los desequilibrios en sus procesos vitales, estando en condiciones reales o de riesgo en relación con los problemas de salud (Pereira y otros, 2012).

Una limitación para futuros estudios consiste en ser específicamente diseñado para evaluar comportamientos humanizados por enfermeras. Continuar investigaciones en enfermería, orientadas a la constitución y el fortalecimiento de la humanización en los profesionales de la salud (Romero y otros, 2016).

Bienestar psicológico y comportamiento ético

Por otro lado, teóricos e investigadores del comportamiento ético han ampliado las consecuencias del comportamiento poco ético para incluir no sólo el bienestar de las personas victimizadas por este aspecto, sino también a los individuos involucrados en el comportamiento ético (los autores) y los observadores del comportamiento ético (Giacalone y Promislo, 2010). Estos autores proponen que diferentes formas de comportamiento poco ético en el trabajo pueden resultar en problemas físicos y afectar el bienestar psicológico. En otros casos comportamientos poco éticos pueden afectar el bienestar en el trabajo a través de acciones discriminatorias (Landrine y otros, 2006), supervisiones con intimidación y maltrato (Lyons y otros, 1995), e injusticia organizacional (Geronimus, 1992).

Si consideramos las reflexiones anteriores y las vinculamos a grupos más delimitados, como profesionales de la salud, los resultados pueden resultar preocupantes. En estudios con estudiantes del área de salud chilenos, cerca del 26% declara tener un bajo nivel de crecimiento personal (Sandoval y otros, 2017). A nivel internacional diversos estudios han estimado que la prevalencia de *burnout* en la población general en países occidentales, oscila entre 13% y 27% (Norlund y otros, 2010; Lindblom y otros, 2004; Kant y

otros, 2004). Cuando se consideran poblaciones específicas, como personal de enfermería diversos estudios han mostrado que este grupo profesional desarrollan altos niveles de trabajo relacionadas con el estrés (Smith y otros, 2000; Clegg, 2001; McVicar, 2003) y que el 30% a 50% alcanzan niveles clínicos de *burnout* (Aiken y otros, 2002; Poncet y otros, 2007; Gelsema y otros, 2006). Estas cifras deberían hacernos reflexionar si estos resultados indicarían que los estudiantes o profesionales que presentan estos bajos niveles de bienestar y alto de *burnout* tenderían a presentar conductas o comportamientos menos éticos.

Si la salud incluye el bienestar psicológico, podría ser el caso que nuestras disposiciones virtuosas o viciosas son equivalentes al bienestar (Messer, 2013). Sin embargo, la salud es muy difícil de definir. En la práctica médica, a menudo es considerada en términos fisiológicos y relacionada con signos vitales, estados de electroneurológicos, productos químicos en la sangre, la histología, integridad anatómica, homeostasis y las funciones corporales (McDowell y Newell, 1996). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, utiliza la definición de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones. Esta definición ampliamente utilizada, sin embargo requiere que estén presentes el bienestar físico, mental y social, hace que este concepto de salud sea casi inalcanzable (Gill, 2015). Ashley (1997) considera la salud como la necesidad óptima de funcionamiento del organismo humano para encontrar nuestro nexo biológico y ambiental. Salud se refiere por lo tanto al funcionamiento de todo el organismo humano, compuesto por diversas partes, en las que todas las funciones necesarias están presentes y actúan cooperativa y armoniosamente, esto incluye ambientes sociales, habilidades cognitivas y comunicativas importantes para nuestra salud. Por lo tanto el concepto de salud incluye: salud física, salud mental y social (Ashley y otros, 1997; Kahneman y otros, 2003; Messer, 2013).

Investigación sobre diferencias individuales en la creencia en un solo mundo ha demostrado una conexión similar al bienestar. Otto, Glaser y Dalbert (2009) encontraron que los individuos más creían en un mundo justo, tenían una mayor autoestima y satisfacción con la vida. Lipkus y otros (1996) encontraron que la creencia en un mundo justo para sí mismo se asociaba con disminución de depresión y estrés, así como un aumento en la satisfacción con la vida. Lucas y col, (2008) encontraron una relación entre la creencia en un mundo justo y menor estrés percibido, así como comportamientos adaptativos de salud y menos quejas respecto a la salud física.

Consideraciones finales

En la formación de estudiantes y posteriormente en los profesionales de salud esta es una reflexión que cada vez cobra mayor importancia, no sólo por el comportamiento ético exigible en el sistema actual, sino por la relación que pudiese existir entre el bienestar psicológico de las personas y sus comportamientos éticos. Se debería entonces trabajar para fomentar el mayor desarrollo y crecimiento personal y en definitiva el autocuidado para que los estudiantes y profesionales incorporen herramientas para mejorar su bienestar psicológico. Otro factor a considerar y como lo señala Agostini (2015) es la espiritualidad, la cual puede traer beneficios no sólo a los enfermos, sino también a los agentes que trabajan en la salud.

La espiritualidad puede contribuir grandemente a la humanización de los centros que promueven la salud y el bienestar de las personas, en Chile existen varias iniciativas de profesionales de enfermería que han instalado en sus unidades clínicas acciones de este tipo y que son dignas de replicar.

Vale la pena que las Facultades de Ciencias de la Salud y Escuelas de Enfermería puedan cuestionar de manera constante la trayectoria formativa de sus planes de estudios en virtud de asumir la responsabilidad de formar a sus futuros profesionales en la línea del cuidado humanizado, teniendo en cuenta que gran parte del estudiantado que ingresa a estas carreras actualmente no tienen una clara vocación profesional, como señalamos anteriormente en la decisión priman fuertemente elementos de mercado, como la remuneración que se espera percibir y los altos niveles de empleabilidad actual, por lo que resulta necesario el análisis permanente del impacto de la globalización, la evolución política, social y cultural de las generaciones. En esta línea las Instituciones de Educación Superior debieran reorientar los mecanismos de promoción, difusión y procesos de admisión a las carreras que implican dar mayor énfasis a los temas vocacionales.

Relevante sin duda sería considerar la visión holística y humanista del cuidado en nuestra disciplina como eje central en la formación de las/los estudiantes de enfermería, incorporando teorías de la comunicación transpersonal, teorías psicológicas, filosóficas y antropológicas, talleres de autocuidado, desarrollo personal y comunicación efectiva, consideradas claves para impactar en el cuidado humanizado.

Otro elemento importante es la planificación de capacitación de los académicos que realizan docencia en Enfermería en competencias pedagógicas basadas en modelos humanizados y modelos sociales complejos, esto sin duda permitiría conformar una línea formativa coherente y con un sello humano significativo.

Finalmente los/las Enfermeros/as en formación deben tener claro que la única forma de conocer el impacto que producen los cuidados de enfermería humanizados, es a través de la investigación, por ello es importante desarrollar las competencias en el pregrado que permitan entregar las herramientas metodológicas básicas que motiven e impulsen un mayor desarrollo de la línea investigativa.

Referencias

- Agostini, L. (2015).** Dificultades y proyecciones en la relación entre salud y espiritualidad. *Veritas*, 33, 143-158. doi.org/10.4067/S0718-92732015000200008
- Ashley, B.M., Ashley, O.P. y O'Rourke, K.D. (Eds) (1997).** *Health care ethics: A theological analysis*. 4th Revised ed. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. y Silber, J. (2002).** Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *JAMA* 288, 1987-1993.
- Brooks, R. (2002).** Edinburgh, Exeter, East London- Or Employment? A review of Research on Young People's Higher Education Choices. *Educational Research*, 44(2), 217-227
- Casate, J. y Corrêa, K.A. (2012).** Humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 46(1), 219-226. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100029&lng
- Castrillón, M., Orrego, S., Pérez, L., Ceballos, M. y Arenas, G. (1999).** La enfermería en Colombia y la reforma en el sector salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(1), 13-33.
- Ceballos, P. (2010).** Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería* ; XVI (1), 31-35.
- Clegg, A. (2001).** Occupational stress in nursing: a review of the literature. *J. Nursing. Management*, 9, 101-106.
- De Souza, J. Lima, R., Munari, D. y Esperidião, E.(2008).** Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 878-882. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600014&lng.
- Dörner, A (2017).** Aspectos formativos de la Enfermería en el sur de Chile. *Inclusiones*, 4(3), 157-162.
- Garavito, A. (2013).** La formación integral de estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 15(2), 153- 172
- Gelsema, T., Van der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S y Verhoeven, C. (2006).** A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14, 289-299.
- Geronimus, A.T. (1992).** The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: Evidence and speculations. *Ethnicity and Disease*, 2, 207-221.

- Giacalone, R.A. y Promislo, M.D. (2010).** Unethical and unwell: Decrements in well-being and unethical activity at work. *Journal of Business Ethics*, 91, 275–297.
- Gill, R. (2015).** Neil Messer, flourishing: Health, disease, and bioethics in theological perspective (book review). *Studies in Christian Ethics*, 28 (3).
- Goleman, D. (1998).** *Working with Emotional Intelligence*. Bantam Books, New York.
- Grupo de cuidado (2000).** *Avances conceptuales del Grupo de Cuidado*. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos.
- Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N. (2003).** *Well-being: Foundations of hedonic psychology*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Kant, I., Jansen, N., Van Amelsfoort, L., Mohren, D. y Swaen, G. (2004).** Burnout in de werkende bevolking? resultaten van de Maastrichtse Cohort Studie. (Burnout Among the Working Population. Results of the Maastricht Cohort Study). *Gedrag en Organisatie*, 17, 5–17.
- Landrine, H., Klonoff, E. A., Corral, I., Fernandez, S. y Roesch, S. (2006).** Conceptualizing and measuring ethnic discrimination in health research. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 79–94.
- Lindblom, K., Linton, S., Fedeli, C. y Bryngelsson, I. (2006).** Burnout in the working population: relations to psychological work factors. *Inertational Journal of Behavioral Medicine*, 13, 51–59.
- Lipkus, I. M., Dalbert, C. y Siegler, I.C. (1996).** The importance of distinguishing the belief in a just world for self versus for others: Implications for psychological well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 666–677.
- Lucas, T., Alexander, S., Firestone, I. y Lebreton, J.M. (2008).** Just world beliefs, perceived stress, and health behavior: The impact of a procedurally just world. *Psychology and Health*, 23, 849–865.
- Lyons, R., Tivey, H. y Ball, C. (1995).** *Bullying at work: How to tackle it. A guide for MSF representatives and members*. London: Manufacturing Science Finance.
- Malvárez, S. y Castrillón, M. (2005).** *Panorama de la fuerza de trabajo en América Latina*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°39 (pp. 69). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- McDowell, I. y Newell, C. (1996).** *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. 2nd Reviseded. New York: Oxford University Press Inc.

- McVicar, A. (2003).** Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633–642.
- Medina, J. (1999).** *La Pedagogía del Cuidado. Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería* (pp. 307). Barcelona: Editorial Laertes.
- Messer, N. (2013).** *Flourishing: Health, disease, and bioethics in theological perspective*. Grand Rapids, MI: Wm. B. Eerdmans Publishing.
- Ministerio de Salud, Chile (2014).** Código Sanitario, modificación 14 febrero 2014. Disponible en: <http://www.leychile.cl>.
- NFER (1998).** *An investigation of the Factors Affecting a Decision Whether or Not to Apply to Oxford and Cambridge*, Slogh: National Foundation for Educational Research
- Norlund, S., Reuterwall, C., Hoog, J., Lindahl, B., Janlert, U. y Slunga Brigander, L. (2010).** Burnout, working conditions and gender-results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10, 326-331.
- OMS (2015).** http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947%3A2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es
- Otto, K., Glaser, D. y Dalbert, C. (2009).** Mental health, occupational trust, and quality of working life: Does belief in a justworld matter? *Journal of Applied Social Psychology*, 39, 1288-1315.
- Pereira, A., Souza, R., De Camargo, C.L. y Ribeiro, R.C. (2012).** Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. *Enfermería Global*, 11 (25), 343-355
- Pinto, N. (2000).** *Nuevos avances conceptuales del Grupo de Cuidado*. En: Grupo de Cuidado. *Cuidado y Práctica de Enfermería* (pp. 4-13). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia..
- Poncet, M., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J., Pochard, F., y otros. (2007).** Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 698–704.
- Rivas, E., Rivas, A. y Bustos, L.(2011).** Valores expresados en estudiantes de enfermería. *Ciencia y Enfermería*; XVII (2): 65-75.
- Romero, M. (2005).** Los cuidados de enfermería en la adversidad. *Presencia*, ene-jun 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/r11articulo.php>
- Romero Massa E, Contreras Méndez IM y Moncada Serrano A. (2016).** Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia la Promoción de la Salud*, 1, 26-36. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.3

- Salgado, J., Valenzuela, S. y Saez, K. (2015).** Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Ciencia y Enfermería*, 21(1), 69-79. doi.org/10.4067/S0717-95532015000100007
- Sandoval, S., Dörner, A. y Véliz, A. (2017).** Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica*. doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004
- Servicio de información de Educación Superior, SIES (2016).** Informe matrícula 2016 Educación Superior en Chile. Ministerio de Educación de Chile.
- Smith, A., Brice, C., Collings, A., McNamara, R. y Matthews, V. (2000).** *Scale of Occupational Stress: A Further Analysis of the Impact of Demographic Factors and Type of Job*. HSE, London.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales de Chile (2007).** Norma General Administrativa N° 19 Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada. *Exenta*, 1127.
- Vieira de Almeida, D. y Corrêa, E. (2013).** Teaching humanization in undergraduate nursing course subjects. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 44-53.
- Whitehead, J. M., Raffan, J. y Deane, R. (2006).** University Choice: What Influences the Decisions of Academically Successful Post-16 Students?. University of Cambridge

Capítulo 4

LOS APORTES DE LA PSICOLOGÍA AL DESARROLLO DE LA SALUD COLECTIVA EN CHILE

Álex Véliz Burgos

Psicólogo, Doctor en Psicología

Académico Departamento de Ciencias Sociales

Director del Núcleo Ecología, Salud y Bienestar Colectivo

Universidad de los Lagos

alex.veliz@ulagos.cl

Introducción

Este capítulo surge debido a una serie de reflexiones realizadas en diferentes contextos académicos y de revisión de artículos científicos que orientan la posibilidad de incorporar la mirada de la salud colectiva en Chile y el rol de la psicología en este proceso.

En este contexto, es posible señalar que la actual salud pública chilena es una política implementada y administrada fundamentalmente por el Estado chileno y entidades colaboradoras. Su centro está en los procesos de prevención, promoción, curación y rehabilitación desde la mirada de los participantes de estas organizaciones, con una consideración tangencial de la comunidad y de sus aportes potenciales.

Al respecto es interesante observar en el contexto latinoamericano y en experiencias acotadas a nivel nacional, especialmente en el sur de Chile, como se ha

abordado la incorporación de los saberes y prácticas comunitarias en el proceso de cuidar a la persona y la concepción de salud-enfermedad y como desde las ciencias sociales y en específico desde la psicología podría contribuirse a la implementación de la salud colectiva en nuestro país.

Lo que se abordará en este capítulo como lo dice su título es una reflexión respecto a las posibilidades de trabajo en salud desde el modelo propuesto por la salud colectiva con especial énfasis en los aportes potenciales de la psicología.

Una salud colectiva que surge como tal en Brasil y que progresivamente se ha ido expandiendo en diferentes países latinoamericanos, identificando en este proceso la incorporación de la comunidad y de las ciencias sociales como partes importantes e indisolubles del quehacer de la salud.

Se pretende por lo tanto en este capítulo verificar los conceptos principales, los potenciales aportes de las ciencias sociales en general y la psicología en particular a la salud colectiva. Se abordarán los orígenes de la salud colectiva, algunos conceptos relevantes, experiencias desarrolladas en el contexto local, finalizando con una propuesta incipiente de la aplicación del modelo en la macrozona sur austral de Chile.

Salud Colectiva: campo en construcción y en transformación

El pensamiento, el saber y el hacer de los profesionales de la salud son, en general, una tarea compleja que implica la participación de diversas disciplinas del conocimiento humano, la acción articulada de las diversas profesiones de la salud y, especialmente, entre los distintos sectores, es una condición mínima necesaria para el desarrollo de un proceso de salud efectivo (Luz, 2011). El modelo científico actual que se basa en la multidisciplinariedad, proporciona la sistematización y la definición del objeto de estudio en salud, provocando al mismo tiempo una tendencia a la rigidez en los límites entre las diferentes disciplinas y con él, la ilusión del conocimiento completo, pero desde una visión fragmentada e incompleta de realidad (Luz, 2009, 2011). Este modelo promueve la especialización, una creciente tendencia de fragmentación del conocimiento sobre el objeto de estudio y una progresiva subdivisión de las tareas de trabajo en busca de una

mejor comprensión de los fenómenos y de su tratamiento. Sin embargo, esta fragmentación genera a su vez limitaciones, pues el proceso salud-enfermedad-recuperación vista de forma holística involucra muchos factores diferentes y múltiples dimensiones de la persona en cuestión y no puede ser estudiado de forma tan reduccionista o parcelada (Velloso y otros, 2016).

En este contexto, surge la noción de lo colectivo, este concepto ha sido frecuentemente utilizado para designar un campo supuestamente uniforme de ocurrencias o para indicar efectos sociales generados por la presencia de determinados fenómenos (Liborio, 2013).

Por otra parte, aparece el concepto de representación social. Las representaciones sociales entendidas como procesos que contribuyen a la construcción de la realidad común (Moscovici, 1998). De este modo, las representaciones son fenómenos sociales, constituidos por el encuentro de una experiencia individual y de los modelos sociales a partir de su contexto de producción, o dicho de otra forma, a partir de las funciones simbólicas e ideológicas a las que sirven y de las formas de comunicación en que circulan (Liborio, 2013). En estos primeros constructos, ya observamos el aporte de las ciencias sociales con los conceptos de representación social, juicios de valor, construcción de valores, subjetividad, entre otros.

Liborio (2013) señala que las estructuras sociales pueden observarse como sistemas de restricciones que señalan la acción individual, indicando lo que socialmente es aceptable y permitido, no dejando margen y si lo hay existe un escaso nivel de autonomía de los individuos. De esta forma, la noción de estructura puede aparecer en correlación con la de sistema si la entendemos como un conjunto de elementos interdependientes.

Paim (2006) manifiesta que la salud colectiva puede considerarse como un movimiento ideológico que generó un campo científico y un campo de acción contra prácticas hegemónicas derivadas de un modelo de salud biomédico en Brasil.

Para Camargo Junior (2003), una de las características más significativas de la salud colectiva, estaría dada por el campo disciplinar en el que se desarrolla. En ella es posible distinguir la interacción entre participación y reflexión en diferentes dimensiones, en un campo donde interviene teoría y praxis.

Si observamos lo que ocurrió con el origen de la salud colectiva, se reconoce que se conformó como campo científico en un momento histórico específico, considerando además que la definición del campo científico a veces es insuficiente para caracterizar el movimiento político ideológico e intelectual de los actores del contexto brasileño (Paim, 2006).

Sin embargo, cualquier posibilidad de definición de salud colectiva además estaría mediada por la participación de los diversos actores involucrados, la historia personal social y local de cada participante, en un determinado espacio/territorio de acción y producción.

Si consideramos relevante identificar el conjunto de agentes que producen efectos en el campo de la salud, tendríamos que considerar entre otros a las instituciones productoras de conocimiento (por nombrar algunos; colegios, centros de formación técnica, institutos, universidades, organismos capacitadores y centros de investigación), los profesionales de la salud de diferentes disciplinas (médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, entre otros), gobernantes, administradores y tecnoburócratas, productores de insumos y tecnologías, los usuarios, sus familias, la comunidad que los cobija y las organizaciones oficiales prestadoras de servicios de salud como hospitales, centros de salud o unidades básicas, municipios, las asociaciones gremiales y profesionales, empresas proveedoras de servicios, todos en general tienen algo que aportar en el proceso de definición y trabajo en salud colectiva (Liborio, 2013).

El campo de conocimiento de la Salud colectiva

La salud colectiva contribuye al estudio del fenómeno salud/enfermedad al considerarlos como procesos de producción y reproducción social; analiza las prácticas de la salud en su articulación con las otras prácticas sociales en las que están insertas las comunidades. Busca entender, las formas con las cuales la comunidad y las organizaciones de salud identifican sus necesidades y problemas de salud, buscan mejoras y como se organizan para hacerles frente (Paim y Almeida, 1998). Esto es relevante si se considera que podemos producir modelos de salud que no la favorezcan basados en creencias erróneas de la realidad, en intuiciones y desde una mirada que no favorezca la participación social por ejemplo desde el mundo científico exclusivamente o desde una mirada política o modelo económico determinado. Por otra parte, se puede generar o construir un modelo

que considere a la comunidad, sus expectativas, sus formas de cuidar a los que pertenecen a ella, su entorno, su historia. En ambos contextos hay producción social y se generan réplicas del modelo creado con variaciones, lo que contribuye a la reproducción social del modelo creado.

Si tomamos en consideración el párrafo anterior, se puede considerar entonces a la salud pública como un campo de transformación con múltiples características, que se basa en la relación entre los diversos actores. Está diseñado para superar los límites de otros campos disciplinares para producir, en interacción, nuevas prácticas, reflexiones, explicaciones y acciones. La perspectiva de la salud colectiva, se relaciona entonces con el hecho de que la producción de conocimiento de campo va más allá de los límites de la disciplina. Bajo esta premisa hablamos de una perspectiva transdisciplinar, favoreciendo que los actores observen el fenómeno desde diferentes ángulos, con las virtudes y limitaciones que tiene cada disciplina (Pasos y Barros, 2000; Nunes, 2010).

Sin embargo, la característica innovadora de este campo no se trata solamente de la creación de nuevas perspectivas disciplinarias, sino que permite las intersecciones entre diferentes campos y áreas; para agregar, como objeto de estudio la vida humana en sus diferentes dimensiones; actuando en todos los ámbitos entre áreas. Buscando producción de conocimientos y prácticas comprometidas y forjadas por el deseo de una producción social de la salud en sintonía con la idea de un desarrollo humano integral.

En definitiva, desde la salud colectiva se considera que los conocimientos y prácticas que se producen desde la comunidad son tan relevantes como las propuestas realizadas desde los agentes de salud estatales y desde la academia. Sin embargo, en Chile esta mirada transdisciplinaria no ha logrado afianzarse, a pesar que existen acciones y propuestas en diferentes contextos del país.

Disciplinas que participan en la salud colectiva

La salud colectiva, bajo su designación curricular tiene relación con epidemiólogos, planificadores, administradores, profesionales de diversas áreas de la salud y de las ciencias sociales (antropólogos, sociólogos, psicólogos, geógrafos historiadores, entre otros). Esto permite mostrar cómo la multiplicidad del campo es una fortaleza y se constituye en un indicador de la innovación, generando una responsabilidad mayor en su ,quehacer (Spinelli, 2016).

La Constitución de este campo de producción de conocimiento, acciones y prácticas ha estado marcada por un reconocimiento de la importancia de la diversidad y de los aportes que todos los actores pueden realizar para el bienestar humano. Se propone por lo tanto, un modo de pensar, generar teoría y praxis en salud, que permita la innovación, identificando las divisiones, fragmentaciones y especialidades, pero priorizando la interlocución y relación entre los diferentes actores.

Algunos criterios de implementación de la salud colectiva

En primera instancia, se reconoce que para construir el pensamiento y la práctica en salud se requiere que se definan o se reconozcan las "necesidades" de salud de la población. Comprender las necesidades implica poner en juego una perspectiva contextualizada e histórica que demanda pensar en conceptos y categorías de análisis. Bajo esta concepción la salud colectiva requeriría mirar cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir, y al mismo tiempo cómo construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos (Granda, 2004; Liborio, 2013).

La salud colectiva entonces produce una desbiologización del campo conceptual general de la salud, instaurando un proceso en el cual se redistribuye y se redefinen los poderes en diferentes profesiones al interior del área salud, potenciando una práctica multifacética. Se integran áreas clásicamente denominadas como las ciencias sociales, la biopolítica y la planificación estratégica. Está compuesta por una polisemia de visiones, como por ejemplo, acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los sub campos que la constituyen, e incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras, como una necesidad para comprender el proceso de salud enfermedad, cuidado-atención en su complejidad (Liborio, 2013).

La Salud Colectiva abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan "asistencia" a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil (Granda, 2004; Spinelli, 2004; Liborio, 2013).

En este contexto, se reconoce la necesidad de integrar otras disciplinas o áreas, entre ellas la psicología (psicología social, comunitaria, política, organizacional, de la salud, educacional, entre otras áreas), trabajo social, educación, derecho entre otras, sin dejar de pensar que las ciencias principales y fundamentales son la epidemiología, el planeamiento, la gestión y la política (Liborio, 2013; Silva, 2011).

Otro aspecto a integrar en el campo de la Salud Colectiva es su posibilidad de ser enseñada, pues constituye un mecanismo dinamizador que promueve los cambios y las transformaciones sociales necesarias. Ya no sólo se debe conocer las “necesidades” en salud sino reconocer cuáles son los “derechos en salud” o trabajar sobre los “derechos vulnerados” (Liborio, 2013).

La salud colectiva en Latinoamérica

En Latinoamérica se propone un modelo de salud colectiva que se inicia en Brasil. Este concepto aglutina un movimiento sanitarista con fuerte componente reflexivo, tanto en lo histórico como en lo epistemológico. La expresión busca no solo considerar la epidemiología y la salud de las poblaciones, sino también la organización de los servicios y finalmente legitimar la presencia de las ciencias sociales (Spinnelli, 2004). Esta mirada disciplinar se encuentra además de Brasil en México, Argentina, Ecuador y Colombia. En la línea de producción científica existen publicaciones en Brasil que reflejan el desarrollo y la productividad intelectual del campo (Lim y otros, 2015), por nombrar algunas revistas científicas *Ciencia & Saúde coletiva* de ABRASCO, - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, *Cadernos Saúde Coletiva* del Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidad Federal do Rio de Janeiro y *Physis Revista de salud Colectiva* de IMS-UERJ. En Argentina desde el 2005 se publica *Salud Colectiva* en la Universidad de Lanús.

A nivel de formación de postgrado destacan los doctorados en Salud Colectiva de la Universidad Estadual de Campinas (Brasil) y el de la Universidad de Lanús (Argentina). Existen también diversas maestrías en salud colectiva en diferentes universidades latinoamericanas, a modo de ejemplo se menciona el trabajo de Arzuaga, Correa y Florez-Torres (2015), quienes hacen un recuento de la producción científica del Programa de Maestría de Salud Colectiva, de la Universidad de Antioquía, Colombia del período 1996-2013. A nivel de pregrado se ha ido incorporando también la formación en salud colectiva,

como en la Universidad Nacional de Rosario en la Facultad de Ciencias Médicas donde desde 2004 se imparte la Carrera de Especialización en Salud Colectiva con orientación en:

- a) Administración y gestión de servicios de salud
- b) Auditoría Médica
- c) Salud social y comunitaria

En Chile, también existe tradición en salud colectiva, aunque no declarada a nivel de formación de pre y postgrado. En el 2005, Jaime Ibacache y Alejandra Leighton, (ambos del antiguo Servicio de Salud Llanquihue, Región de Los Lagos, hoy Servicio de Salud Chiloé) ya mencionaban el concepto de salud colectiva en su escrito "salud colectiva: un modelo de atención de salud contextualizado". Denominando a la salud colectiva como *un conjunto de Sistemas Médicos o de actores, conocimientos, prácticas, técnicas e ideologías que se articulan para resolver en conjunto el desequilibrio de personas, familias y comunidades en un territorio; para con esta mirada fortalecer la participación y la autonomía en la recuperación de la salud* (Leighton, 2008, p. 2). Estos profesionales han continuado un trabajo intenso en salud colectiva en el archipiélago de Chiloé con diversas publicaciones e intervenciones además de la mencionada, entre ellas se pueden destacar: "Estrategias comunitarias y autonomía multicultural: un aporte de la salud colectiva" (2005); "Navegando el sentido común: salud colectiva en la comuna de Chinchao" (2007), "Cuadernos médico sociales" (2008).

En sus postulados han agregado además que con la salud colectiva, todos somos responsables de la salud de las personas, familias y comunidades y que cada sistema aporta desde sus conocimientos, experiencias y enfoques. Por lo mismo, es necesario conocer y respetar la forma en que cada sistema médico resuelve o aborda los problemas de salud y saber valorar cuando uno es más eficiente que otro y también cuando dos o más sistemas se pueden complementar para tener mayor éxito (Leighton, 2008).

Las posibilidades de desarrollo de postgrado en salud colectiva en Chile.

A pesar de esta historia y de las acciones desarrolladas, no se ha logrado amplificar este trabajo y que las universidades chilenas lo materialicen en un proceso de formación sistemático en el área de pregrado que permita el desarrollo de profesionales con esa

mirada tan necesaria ni en el postgrado para desarrollar procesos de investigación continuos en la salud colectiva.

En este sentido, implementar programas de Salud Colectiva en universidades del Estado, significa alejarse de los modelos tradicionales de formación ligados a la salud pública y posibilita una nueva perspectiva acerca del rol de las universidades en la sociedad como promotoras de un desarrollo regional y contextualizado, que contribuya al bienestar humano de forma integral, dando espacio a las ciencias sociales, ciencias marinas, ecológicas, políticas, como un conjunto de disciplinas que aportan estratégicamente al proceso de bienestar humano.

El compromiso de las Universidades del Estado, se refuerza en la formación de “nuevas” personas/profesionales denominados recursos humanos/equipos de salud, en la formación de “capital social”, para la producción de conocimientos, y la transformación de las prácticas que contribuyan a comprender e interpretar las determinaciones sociales de la salud, con el objetivo de superar las desigualdades económicas, sociales y sanitarias presentes en la sociedad donde subyacen las inequidades.

Desde esta perspectiva crítica, el papel de la universidad pública exige un rol activo, que entre otros elementos debe permitirle ser productora de conocimiento científico crítico ligado a los procesos claves de la sociedad; producción de modelos innovación y desarrollo; consolidar mecanismos de construcción intercultural e interdisciplinaria de investigación, promoviendo la participación de los colectivos sociales y contribuir al empoderamiento democrático de las comunidades, que en definitiva permitan una mejora en la gestión pública.

Sumado a lo anterior, en el sur de Chile, resulta importante promover propuestas de formación en pre y postgrado que permitan el desarrollo de capital humano con una mirada distinta de la tradicional, la cual debe contemplar dentro de sus ejes prioritarios el fomento y desarrollo de políticas públicas capaces de hacer frente a las desventajas sociales y de garantizar oportunidades de integración, que posibiliten que los ciudadanos de la macro región sur austral contribuyan y se beneficien del desarrollo. Los pilares donde se basa este eje son: el capital humano, cuyo eje es la persona y se ancla en la reserva de saberes, destrezas y competencias para la generación de conocimientos que puedan sustentarse en el tiempo y que permitan potenciar todos los aspectos del desarrollo. Por otra parte, la calidad de vida, a través del concepto global de bienestar que supone el goce

efectivo de la ciudadanía sobre la base de mecanismos instituidos de pertenencia e inclusión, participación y deliberación en proyectos.

Se deben desarrollar por lo tanto, propuestas de investigación y formación de postgrado que fomenten el desarrollo de la salud colectiva en Chile. Esto implica mayor diálogo transdisciplinar enfatizando los vínculos entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales en al menos cuatro áreas (Liborio, 2013; Spinelli, 2004):

1. Una comprensión de la vida colectiva no como una mera suma de individuos (poblaciones) sino como articulaciones entre diferentes formas de asociatividad, incluyendo además la mirada y respeto por los otros seres vivos y la naturaleza.
2. Valoración del carácter situado del conocimiento, destacando la pertinencia local del saber, potenciando los desarrollos comunitarios, locales y la mirada regional no centralista de enfrentar las diversas problemáticas de salud. En concreto esto implica que no se deben dejar de lado los conocimientos y acciones desarrolladas por diferentes agentes de salud que desde conocimientos traspasados a través de generaciones han promovido el bienestar de la comunidad y por otra parte, no dejar de observar el territorio donde se está actuando, para no perder estos vínculos, que son valiosos y que permiten comprender y actuar de mejor manera en el ciclo salud-enfermedad.
3. Énfasis en el creciente carácter técnico y multidisciplinar de la salud actual.
4. Consideración ecológica del territorio y los impactos que genera la acción de los seres humanos y los efectos en los seres vivos.

En este escenario, se observa que a nivel país y a nivel de la macrozona sur chilena, no se cuenta con una oferta de postgrado específica para ésta área. Teniendo entonces las Universidades del Estado el deber de ser pioneras en generar propuestas para promover el desarrollo de programas de salud territoriales.

Una propuesta de trabajo: Núcleo de investigación en ecología, salud y bienestar humano

Este apartado recoge parte de la propuesta de colegas de áreas de ecología, salud y psicología, denominada Núcleo ecosistema, salud y bienestar humano de comunidades

costeras de la Provincia de Llanquihue, Región de Los Lagos, Chile. Fue adjudicada en el concurso de formación de Núcleos de investigación científica de la Universidad de Los Lagos, año 2016 (Véliz y otros, 2016).

ANTECEDENTES

La Región de los Lagos en Chile es eminentemente un distrito costero, con comunidades dependientes de pesquerías tradicionales que han sido y están siendo presionadas fuertemente por la modernidad. La modernización de la tecnología de captura, el turismo y contra urbanización, la acuicultura a gran escala, y la industrialización han generado situaciones ambientales complejas que finalmente afectan a estas comunidades. Hoy día existe evidencia que las comunidades costeras están sujetas a cambios ambientales diversos por las actividades productivas que se llevan a cabo en ellas (Buschmann y col, 2009), o como los cambios productivos por la incorporación de actividades comunitarias a modificado las características socio-económicas de estas comunidades (Barrett y col, 2002). Sin embargo, no tenemos una documentación sistemática sobre como estas variables modifican y alteran la calidad de vida, salud, y el bienestar psicosocial de sus habitantes. A modo de ejemplo, se puede señalar que estas interacciones tienen gran relevancia, tal como ha sido demostrado en un estudio de como el uso de antibióticos aplicados en salmones puede aumentar la resistencia al uso de antibióticos en pacientes provenientes de comunidades costeras (Tomova y col, 2015).

En este sentido, se observa que desde mediados de los 80, académicos y profesionales involucrados en el desarrollo de comunidades humanas y la administración de la conservación de recursos naturales, han reconocido cada vez más el significado de “la comunidad” en el proceso de intervención social. El tema central primero es, ¿cómo conectar la explotación y conservación de los recursos naturales con el bienestar de las comunidades humanas?, y segundo, ¿cómo identificar puntos de entrada apropiados para desarrollar estrategias de intervención?

Un de las estrategias propuestas, han sido los procesos de descentralización en la toma de decisiones involucrando a las comunidades locales y regionales. Este proceso de ‘descentralización’ forma parte importante de las estrategias de desarrollo en países latinos y del Caribe, aunque el legado de estructuras de Estados totalmente centralizadas hace que cualquier tipo de estrategia sea difícil de aplicar en la práctica. Por lo mismo, existe la necesidad para desarrollar un enfoque integrado de las comunidades humanas que habitan

el borde costero, considerando a la propia comunidad, su historia, contexto, recursos naturales, entre otros elementos

PROPUESTA DE NÚCLEO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR

En esta propuesta se quiere promover un modelo de trabajo transdisciplinario para desarrollar propuestas integrales de acción en salud.

De esta forma, se debe proponer un nuevo camino, que permita combatir la pobreza y mejorar la calidad de vida de los seres humanos a través de un acceso y uso más equitativo de los recursos y de ambientes más saludables.

El uso de las potencialidades endógenas y recursos del territorio es un punto clave en la estrategia de desarrollo para las regiones, especialmente para la macro zona sur austral chilena. Lo anterior, implica el desafío de avanzar en procesos de integración y cohesión institucional, organizacional y comunitaria, para así propiciar la delimitación de una red que atenta a los cambios del entorno, pueda colaborar en el cumplimiento de los objetivos estratégicos proyectados para el crecimiento de la región; considerando un enfoque multidimensional que implique los ámbitos económico, social, cultural, ambiental y físico-territorial, político- institucional, académico y científico-tecnológico.

Se requiere por lo tanto, el fortalecimiento de los actores sociales pertenecientes al territorio y una sociedad civil que ejerza ciudadanía para promover las potencialidades locales, apostando a una mejora integral de la calidad de vida de la población. Se debe apostar por una mayor articulación institucional público-privada que asegure un desarrollo equitativo desde cuatro ejes principales:

- Capital humano
- Construcción social del territorio
- Integración regional
- Competitividad sostenible

Sin embargo y en concordancia con lo expuesto, se evidencian problemáticas específicas a zonas costeras, donde se desarrollan actividades productivas relevantes para el desarrollo regional y que transitan entre la tradición y el desarrollo tecnológico, tales como la pesca, la extracción de recursos marinos (principalmente algas) y la acuicultura; estas problemáticas giran fundamentalmente en torno a la sobreexplotación de los

recursos, introducción de especies exógenas que alteran el ecosistema marino y contaminación de las zonas costeras; adicionalmente problemas derivados de una sensación de aislamiento, falta de apoyo en el inicio de emprendimientos o escasos mecanismos de financiamiento, así como otros derivados de la cobertura educacional y el acceso a la salud; lo que se traduce en una tensión entre las comunidades y los nodos que delimitan las redes de apoyo y que impactan en la salud y el bienestar psicosocial, así como en el ámbito socioeconómico.

Por lo tanto, el desarrollo de nodos o núcleos de Investigación con una mira transdisciplinaria, permitirá identificar temáticas relevantes para las comunidades costeras, en las áreas de salud, bienestar psicosocial, los recursos naturales y ecosistema, con la finalidad de generar conocimiento científico situado con una mirada holística. En este aspecto la mirada de la salud colectiva puede ser un aporte a la producción de conocimiento y búsqueda de propuestas que favorezcan el bienestar y el desarrollo comunitario a través de una mirada ecobiopsicosocial.

Para ello, se deben conformar equipos transdisciplinarios constituidos por académicos e investigadores que poseen desde sus áreas de especialización conocimiento del contexto regional, experiencia en procesos de trabajo sociosanitarios y participación activa en procesos de publicación científica y adjudicación de fondos de investigación, agentes comunitarios, organizaciones del estado, y personas que contribuyan a esta mirada del desarrollo holístico del territorio.

Este equipo debe buscar además que la formación del pregrado en las diferentes áreas tenga esta mirada, con estudiantes y profesores involucrados en el desarrollo de la macro-región, con trabajo comunitario y esta visión de integración disciplinaria. No se debe dejar fuera de esta acción a los diferentes componentes de la sociedad, incluyendo a los líderes comunitarios, empresarios, y a la propia comunidad.

En este contexto debe ser de la mayor importancia unir capacidades de investigadores de diversas áreas de la salud, considerando además a las ciencias sociales y al mundo de la ecología y los recursos naturales. De esta forma proponer un futuro más sustentable que integra la investigación y la práctica en campos tales como la gestión ambiental, la salud colectiva, la biodiversidad y el desarrollo económico, se basa en el entendido de que las personas son parte de sistemas biosocioecológicos complejos.

En definitiva, se debe promover la creación de un centro regional o zonal de investigación, desarrollo e innovación tecnológica, que integre las diferentes capacidades de las instituciones de educación superior, de los gobiernos regionales, y de los diferentes actores involucrados en el desarrollo de nuevos conocimientos, su aplicación o el rescate de las acciones comunitarias que han sido efectivas a través del tiempo para un desarrollo integral de la macro región sur austral de Chile.

Salud Colectiva y Bienestar Psicológico

La salud colectiva y el bienestar humano son en principio, bienes deseables por la comunidad quienes esperan desarrollar una vida armoniosa que contemple la satisfacción de las necesidades básicas y permita establecer ciertos patrones de desarrollo que garanticen la vida, el bienestar y el mejoramiento de condiciones que sean percibidas como relevantes y que impacten en su salud física y mental. (Veliz y otros, 2017a)

Complementando lo anterior, resulta relevante mencionar, que durante muchos años hablar de expresión de emociones, reconocimiento o contacto con las mismas, era considerado un tema secundario en salud, primando la técnica y el conocimiento específico por sobre la vivencia experimentada por el otro (el enfermo, la familia, los compañeros de trabajo). Esto en salud es especialmente importante, pues se apreciaba de una manera más evidente que cada observación o comentario está regido por el implacable método científico que requiere una hipótesis y confirmación/rechazo como evidencia para el desarrollo de una teoría explicativa de la realidad, y en dónde el marco interpretativo, perceptivo o sensitivo tenía poco espacio pues carecía de esta supuesta “objetividad”. Sin embargo, la influencia de las emociones se observa en varios procesos incluso en la recuperación física, por lo que lentamente surge como una variable más para estudiar. Surge así la necesidad de evaluar métodos que favorezcan la expresión emocional de las personas como insumo para garantizar bienestar, una adecuada salud mental, y una relación fluida con las personas con las que coexistimos (Véliz y otros, 2017b).

Las emociones son un elemento primordial en el trabajo de los agentes de salud, toda vez que la interacción que se construye con un usuario afecta en la adhesión que presenta frente a un tratamiento, por lo que el profesional de la salud debe formarse directa o indirectamente en todo aquello que implica un reconocimiento de sus propias

emociones a objeto de avanzar en la autorregulación emocional, y por ende, comprender lo que ocurre con su usuario (Brennan, 2017).

En esta nueva interacción, más transparente y honesta, será mucho más sencillo conectarnos con nuestras creencias, experiencias e historia, lo que facilitará sobre todo el trabajo con las personas y la comunidad en donde se desafía al agente de salud a comprender que la consideración por el otro, la aceptación incondicional y el trato humanizado son significativos a la hora de garantizar confianza y seguridad en el trabajo terapéutico (Véliz y otros, 2017b).

Boud (2010), tiene que haber puntos en común con las expectativas convenidas sobre el objeto de reflexión y un resultado apropiado para la empresa colaborativa. *Coproducción de relaciones comúnmente a partir de situaciones en que hay diferencias en conocimiento entre las partes, las diferencias en habilidad y un desequilibrio de poder, por lo general un lado de una relación de coproducción ha influido en el otro* (Boud 2010, p.35). Si consideramos que los trabajadores de la salud de diferentes disciplinas tienen una base común, un propósito de reflexión conjunta y un resultado objetivo apropiado (el mejor resultado clínico para los pacientes), esto no es una tarea fácil. Alternativamente, podríamos considerar aprendizaje sobre "reflexión para el aprendizaje" de otras disciplinas diferentes a las nuestras. De esta forma, se debe considerar el uso de las humanidades en las ciencias de la salud para desarrollar ideas que facilitan juicios humanos alineados con juicios técnicos. Un problema con el enfoque biomédico es la enfermedad o la enfermedad es el objeto de la investigación y el cuerpo de un sitio para protocolos específicos. A través de una batería de pruebas especializadas, el cuerpo es "leído" por los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud; estos procesos se pueden suponer en el futuro en parte por la robótica. De esta manera, la experiencia del individuo de ser enfermo y de su identidad en relación con la enfermedad no es a menudo parte del tratamiento, constituyéndose en un elemento esencial para el proceso salud-enfermedad-recuperación.

Psicología y salud colectiva

Si consideramos a la salud colectiva como un campo transdisciplinar, la psicología en una disciplina que tiene mucho que aportar desde sus diferentes áreas: psicología clínica, psicología de la salud, psicología social, psicología comunitaria, psicología

organizacional, por mencionar las múltiples aristas que aporta la psicología al desarrollo del bienestar humano y por lo tanto del trabajo en salud colectiva.

Para la psicología resulta relevante contribuir a que las personas logren pasar de una falta de significado vital, a crear conciencia sobre el hecho de que la vida tiene un significado, por ejemplo, ayudar a los jóvenes a identificar en su vida un proyecto vital que les dé un sentido individual, colectivo y de trascendencia (Rodrigues, 1996; Xausa, 1998), a las personas mayores a visualizar los factores que mejoran su calidad de vida. Sería interesante considerar entre otros los postulados de Victor Frankl en el sentido de colaborar con la persona para que pueda encontrar su horizonte de sentido para su futuro, un futuro digno, en la creencia de un sentido incondicional de la vida, el poder de elegir decir sí a la vida a pesar de todo (Rocha y Jadue, 2015; Rodríguez, 1996; Xausa, 1998). En los procesos comunitarios también existen largas tradiciones de trabajo, donde la psicología social y la psicología comunitaria han aportado para favorecer el bienestar social. En las últimas décadas se ha sumado la psicología de la salud, psicogeriatría, psico oncología, entre otras subáreas.

En Chile, se están desarrollando diversos estudios en el área de bienestar. Por mencionar algunos proyectos del Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile, FONDECYT, se pueden visualizar propuestas ligadas a estudios del bienestar humano, que involucran directa e indirectamente a la psicología, entre ellos los números 1140211 "Factores Contextuales e individuales del Bienestar", 1151148 "Bienestar y desgaste laboral..." y 1140843 "Salud y Bienestar en Migrantes.."

Bajo esta mirada, Campos (2000a, p. 228) sugiere que "los profesionales de la salud" asumen explícitamente una visión del mundo fundada en la defensa radical de la vida de las personas con las que deben trabajar. La salud colectiva por su parte aporta en el proceso de promoción de la dialéctica de estar saludable. En este mismo sentido se espera que los profesionales de psicología se adscriban a esta promoción del bienestar humano (Minayo, 2008), dejando de lado sólo la opción de una única mirada respecto a cómo se deben enfrentar los procesos de salud enfermedad, para incorporar la voz de los trabajadores de la salud, los académicos, los usuarios, los gestores de salud, partiendo de la premisa que en la producción de la salud se deben generar proyectos de construcción teórica que lleguen a la práctica situada en un territorio específico y que no existe una receta única para este trabajo sino que será dependiente de una serie de factores: las

personas, sus organizaciones, los agentes de salud, las políticas públicas, la historia local, el contexto (Campos, 2000b).

Esto permite pensar que mientras en la tradición democrática del movimiento de salud colectiva (Luz, 2011), en el que las prácticas de cuidado son responsabilidad de toda la comunidad. El sentido de uno mismo como ser trascendente, el desarrollo de los valores y actitudes supra sentido, ante el vacío existencial y por lo tanto, debe ser incorporado como un elemento de trabajo en salud, son elementos compartidos por las diferentes tradiciones psicológicas y deben ser considerados como componentes esenciales de la salud colectiva.

Consideraciones finales

La salud colectiva fomenta la promoción de la salud, pero por sobre todo la mejor calidad de vida, a través de un proceso de empoderamiento del sujeto y de su comunidad como constructores de proyectos de vida confortable y saludable, que incluyen temas como la empleabilidad, acceso a la educación, acceso a ocio, mejorar la movilidad urbana y rural, reducir el estrés, el aislamiento mejorar fuentes de convivencia, la participación política, cuidado del ambiente. Se promueve un concepto de Salud que trasciende la visión de ausencia de enfermedad y que pasa a la esfera de la elaboración de proyectos vitales, autonomía y el bienestar humano integral, similares a las propuestas de autores tradicionales para la psicología como Frankl, Maslow, Perls, Young, Moscovici, Montero, Freire considerados relevantes en las áreas de la psicología clínica, laboral, social, comunitaria, educacional y de la salud, por mencionar algunas. En este sentido, la psicología desde sus diferentes áreas fomenta el desarrollo del proyecto de vida personal y el autodescubrimiento, el cómo ser uno mismo. La misión fundamental de la disciplina psicológica debe ser la de contribuir a la calidad de la vida humana y por lo tanto influir en la mirada que se tiene de la salud colectiva y la salud pública. Debe permitir que también que se considere entre otros elementos la actitud de la persona ante los síntomas, sus creencias, temores, vivencias comprende la importancia de la vida en comunidad. Cuando la persona encuentra el significado de la vida, le da sentido, ha logrado un desarrollo muy valioso que le permitirá entre otras cosas enfrentar los diferentes desafíos de su vida y su relación con la comunidad y la cultura en la que está inserto. La salud colectiva busca contribuir a la promoción y construcción de sujetos sanos, y en proyectos democracia (Nunes, 2014).

En definitiva, podríamos señalar que la vida le invita al ser humano a continuar el trabajo para la construcción de resiliencia, búsqueda de la felicidad posible: promover el proceso de creación de salud. Es la invitación de la psicología y su aporte a la salud colectiva al profundizar en esta convivencia, pero por sobre todo que las diferentes disciplinas involucradas y las personas comiencen a considerar al ser humano desde un contexto ecobiopsicosocial.

Referencias

- Arzuaga, M. A., Correa, A .H. y Florez-Torres, I. E. (2015).** Production of knowledge in the Master Program in Collective Health of the Faculty of Nursing at Universidad de Antioquía, 1996-2013. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(2), 206-216.
- Barrett, G., Caniggia, M. I. y Read, L. (2002).** There are more vets than doctors in Chile: social community impact of globalization of aquaculture in Chile. *Wold Dev.* 30(11), 1951-65.
- Boud, D. (2010).** *Relocating reflection in the context of practice.* In Bradbury, H, Frost, N, Kilminster, S & Zukas, M (eds.), *Beyond reflective practice: New approaches to professional lifelong learning*, Routledge, Oxford.
- Brennan, E. (2017).** Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of Nursing*, 26(1), 43-47.
- Buschmann A. H., Cabello, F., Young, K., Carvajal, J., Varela, D. A. y Henríquez, L. (2009).** Salmon aquaculture and coastal ecosystem health in Chile: Analysis of regulations, environmental impacts and bioremediation systems. *Ocean & Coastal Management*, 52, 243-249
- Camargo Junior, K. (2003).** *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica.* São Paulo: Hucitec.
- Granda, E. (2004)** ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(2).
- Campos, G. (2000a).** Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e saúde coletiva*, 5 (2), 219-230.
- Campos, G. (2000b).** *Un método para análise e co-gestão de coletivos.* São Paulo: Hucitec.
- Leal, M. B.; Camargo y Junior, K.R. (2012).** Collective Health in discussion: reflections on a field under construction. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 16(40), 53-65.
- Leighton, A. (2008).** Salud colectiva y pertinencia cultural. Ponencia presentada en las II Jornadas de Etnosalud y III Jornadas Internacionales de PSI Transcultural, organizadas por el Centro de Etnosalud. Universidad FASTA y University of Manitoba, Bariloche, Argentina.
- Liborio, M. (2013).** ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Revista Médica de Rosario*, 79, 136-41.
- Lima, N. T., Santana, J. P. y Paiva, CHA. (2015).** *Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Luz, M. (2009).** Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 18 (2), 304-311.

- Luz, M. (2011).** Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(1): 22-31.
- Minayo, M. (2008).** Interdisciplinarietà y pensamiento complejo en el área de la salud. *Salud Colectiva*, 4 (1), 5-8.
- Moscovici, S. (1988).** *Psicología Social I*. Barcelona: Paidós.
- Nunes, E. D. (2010).** Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. *Salud Colectiva*, 6, 11-9.
- Nunes, E. D. (2014).** Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colectiva*, 10(1):57-65.
- Paim, J. S. y Almeida Filho, N. (1998).** Saude Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4), 299-316.
- Paim, J. S. (2006).** *Desafios para a saúde coletiva no Século XXI*. Salvador: Ed.UFBA.
- Passos, E. y Barros, R.A. (2000).** Construção do plano da clinica e a transdisciplinadade. *Rev. Psicol. Teor. Pesqui.*, 16 (1), 71-9.
- Rocha, D. y Jaude, F. (2015).** Contribuciones de Viktor Frankl al Movimiento de la Salud Colectiva. *Revista da Abordagem Gestáltica - PhenomenologicalStudies - XXI(2)*, 153-161.
- Rodrigues, L. A. (1996).** Sobre o fundador da Logoterapia: Viktor Emil Frankl e sua contribuição para a Psicologia. Monografia Não Publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Silva Paim, J. (2011).** ¿Nueva Salud Pública o Salud Colectiva? In: Silva Paim J. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar
- Spinelli, H. (compilador) (2004).** *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Spinelli, H. (2016).** Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12(2), 149-171. doi: 10.18294/sc.2016.976
- Liborio, M. (2013).** ¿Por qué hablar de salud colectiva?. *Revista Médica de Rosario*, 79, 136-141.
- Tomova, A., Ivanova, L., Buschmann, A.H., Rioseco, M.L., Kalsi, R.J, Godfrey, H.P. y Cabello, .F.C. (2015).** Antimicrobial resistance genes in marine bacteria and human uropathogenic *Escherichia coli* from a region of intensive aquaculture. *Environmental Microbiology Reports*, 7, 803-809
- Véliz, A., Dörner, A., Buschmann, A., Sandoval, S., González, E., Fuentes, C., Aburto, E., Becerra y C., Villarroel, S. (2016).** Ecosistema, Salud y Bienestar humano de comunidades costeras de la Provincia de Llanquihue, X Región de Los Lagos, Chile. Presentado en el Concurso Interno Programa Núcleos de Investigación científica y tecnológica de la Universidad de Los Lagos, 2016. Documento de trabajo interno.

- Véliz, A., Soto, A. y Dörner, A. (2017a).** Una propuesta multidisciplinaria para abordar salud colectiva y bienestar humano en comunidades vulnerables del sur de Chile. *Revista Inclusiones*, 4(2), 179-187.
- Véliz, A., Soto, A. y Dörner, A. (2017b).** Reflexión respecto a las emociones en el trabajo del profesional de la salud especialmente en población infantil. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 4(3), 1-12.
- Velloso, M. P., Guimarães, M. B., Lisbôa, C., Rodrigues, C. R. y Neves, T.C. (2016).** Interdisciplinariedade e Formação na área de Saúde Coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 257-271. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00097>.
- Xausa, I. A. M. (1988).** *A psicologia do sentido da vida*. Petrópolis: Vozes.

Capítulo 5

FUNDAMENTOS PARA PENSAR LAS CONDICIONES BIO-POLÍTICAS DEL BIENESTAR MODERNO

Jorge Ferrada Sullivan

Doctor en Filosofía y Magister en Artes

Académico Pedagogía en Artes

Universidad de Chile

jorge.ferrada@ulagos.cl

En una economía de bienestar ¿cuál debe ser el principal instrumento de la política social? Pues bien, una socialización de ciertos elementos de consumo; aparición de una forma de lo que se denomina consumo socializado o consumo colectivo: consumo médico, consumo cultural, etc. O sea, segundo instrumento, una transferencia de elementos de ingresos del tipo de las asignaciones familiares (...). En una economía de bienestar una política social es una política que admite que, cuanto más fuerte es el crecimiento, mayores son, en cierto modo, sus recompensas y en compensación, ella debe ser activa, intensa y generosa.

Foucault, Michel,
Nacimiento de la Biopolítica

Introducción

El gran salto epistemológico de las tesis de Foucault -relativa al origen del poder- radica en que aquel no posee dominio, identificación personificada, ni precisas constataciones de posesión. La metódica genealogía que realiza el filósofo, sugiere más bien pensar el poder como un flujo de intensidades que afectan a los cuerpos de los sujetos en sus relaciones de producción al interior de campos de fuerzas de validación y legitimación. Sostiene el filósofo:

La gran incógnita actualmente es: ¿quién ejerce el poder? y ¿dónde lo ejerce? (...) Se sabe bien que no son los gobernantes los que detentan el poder. Pero la noción de «clase dirigente» no es ni muy clara ni está muy elaborada. Del mismo modo, sería necesario saber bien hasta dónde se ejerce el poder, por qué conexiones y hasta qué instancias, ínfimas con frecuencia, de jerarquía, de control, de vigilancia, de prohibiciones, de sujeciones. Por todas partes en donde existe poder, el poder se ejerce (Foucault, 1991, p.90) .

Los tradicionales argumentos en torno al poder se sostenían en principios jurídicos relativos al ordenamiento socio-político de las naciones (s. XVIII). Por tanto, se podía identificar claramente la ubicación del poder, la manera en que intervenía su influencia en la sociedad, dónde está y quién lo ejerce y por sobre todo, qué tipo de leyes establece sobre el corpus social en torno al cuerpo individual. Por esto mismo la noción de bio-política se sustenta en el retorno a mirar los soportes fundamentales de la filosofía política clásica: El Gobierno, La Nación, El Estado y su razón de ser, la institucionalidad y la soberanía, la participación en sociedad bajo el capitalismo, entre otros. Para Foucault, la noción de bio – política estaría directamente relacionada con el concepto de biopoder en la medida que se considera como una serie de fenómenos articulados en un conjunto de mecanismos por medio de los cuales los rasgos biológicos fundamentales del sujeto podrán ser incorporados como una política, una estrategia política, una estrategia general de poder, etc.

El problema del cuerpo, su despliegue productivo y sus tensiones tardo capitalistas, de alguna manera, se originaron desde las nuevas formas que definieron el cuerpo en los tiempos de Descartes (XVII) -experimentación, documentación científica, relaciones de poder y administración económica-. El pensamiento mecanicista comprendió el universo y sus elementos integrantes bajo el modelo de la máquina. Por eso las pretensiones de llegar a un sistema de pensamiento basado en ideas claras y distintas se establecieron como una forma de distanciarse de la imaginación, de los sentimientos y de las percepciones.

Con el pensamiento filosófico de René Descartes (s.XVII), se establecía la subjetividad moderna y se lograba romper con la visión de mundo religioso-medieval. De alguna manera, se perdía el vínculo entre el microcosmos y el macrocosmos y en definitiva, el mundo dejaba de ser un libro abierto por conocer o para ser leído por analogía y semejanza a la divinidad. El hombre aparecía como subjetividad dominante del mundo natural y el orden de las cosas se encontraba ahí, en el sujeto mismo, en su razón representante y en su capacidad pensante.

En el dualismo de Descartes, la reflexividad, el pensamiento y la conciencia (*res cogitans*), aparecen como instancias desligadas de lo corporal y sin necesidad de vínculo ontológico, ya que toda relación y punto de con-tacto entre cuerpo y alma obedecen, más bien, a una armonía preestablecida de la que sólo Dios posibilita y resguarda. En este contexto, y según el filósofo, uno no es cuerpo, sino que uno tiene un cuerpo. No es de extrañar entonces, que todo lo que tiene que ver con la corporalidad del hombre aparece como parte de la naturaleza física externa y, por tanto, como un objeto o cosa sometido a las leyes de la causalidad y subordinado a la razón.

Para el pensamiento occidental, el cuerpo como una sumatoria de partes objetivas y como una verdadera máquina corporal –reductible a su extensión–, nace de la doctrina cartesiana ya que parte de la existencia de dos sustancias fundamentalmente distintas: una *res cogitans* que comprende el ámbito del pensamiento y una *res extensa* que comprende el ámbito de las cosas. Este dualismo entre mundo material y pensante queda de manifiesto en la siguiente cita:

Consideraba, primero, que tenía una cara, manos, brazos y toda esta máquina compuesta de huesos y carne, como se ven en un cadáver, la cual designaba con el nombre de cuerpo. Consideraba, además, que me alimentaba, y andaba, y sentía, y pensaba, y todas estas acciones las refería al alma; o bien, si me detenía en este punto, imaginaba el alma como algo en extremo raro y sutil, un viento, una llama o un soplo delicadísimo, insinuado y esparcido en mis más groseras partes. En cuanto al cuerpo, no dudaba en modo alguno de su naturaleza, y pensaba que la conocía muy distintamente; y si hubiera querido explicarla, según las nociones que entonces tenía, hubiérala descrito de esta manera: entiendo por cuerpo todo aquello que puede terminar por alguna figura, estar colocado en cierto lugar y llenar un espacio de modo que excluya a cualquier otro cuerpo; todo aquello que pueda ser sentido por el tacto o por la vista, o por el oído, o por el gusto, o por el olfato; que pueda moverse en varias maneras, no ciertamente por sí mismo, pero sí por alguna cosa extraña que lo toque y le comunique la impresión; pues no creía yo que a la naturaleza del cuerpo perteneciese la potencia de moverse por sí mismo, de sentir y pensar; por el contrario, hubiérame extrañado ver que estas facultades se encontrasen en algunos (Descartes, 1996, p. 129).

Descartes es hijo de la razón de su tiempo y de la supremacía del pensamiento. Lo pensante no era una categoría del cuerpo y en tal situación éste quedaba confinado a un

resto o a una materia orgánica mecánica o práctica. El pensamiento es absolutamente independiente del cuerpo y para Descartes su garante es Dios. Si el cuerpo no fue concebido como una herramienta de la razón y distanciado de la presencia humana, quedaba reducido a un accesorio que incluso podía incomodar al hombre. La extrañeza que relata el filósofo en la cita anterior, deja de manifiesto que la disyunción o separación ontológica del cuerpo tendieron a sortear un problema objetivo para la época: el distanciarse de las ideas puras de la conciencia. Sin embargo, como se señaló anteriormente, la separación que establece Descartes entre lo pensante y lo extenso originó un quiebre entre el mundo y la conciencia, así como dio lugar a una fractura al interior del propio sujeto convertido en pensamiento y en distancia al cuerpo. Estas dimensiones ontológicas, extrañadas y separadas en sus formas, establecieron finalmente que la cosa extensa estuviera siempre sujeta a la duda, mientras que lo racional tuvo lugar en la certeza y la evidencia, lo que en otros términos significó que el mundo y el cuerpo pudieran ser imágenes equívocas y los pensamientos las verdaderas representaciones.

El cuerpo en este sentido, no cuenta como pre-condición para llegar a la certeza del sí mismo, ya que la certeza de sí -el juicio y la vivencia- sólo serían el resultado de una actividad del pensamiento. En ese sentido, de acuerdo a la postura de Descartes, el sujeto nunca podría abrirse o darse al mundo por la corporalidad. Para Descartes no puede haber un saber corporal previo y pragmático. No es posible, ni vivir en un mundo de datos puramente objetivos, ni asumir una perspectiva totalmente descorporalizada. En otras palabras, la problematicidad de lo expuesto radica en que el yo y la individualidad no pueden evidenciarse mutuamente en su existencia si no es pensando. Desde esta perspectiva, para la filosofía cartesiana y sus proyecciones actuales, radica en que la realidad del saber y del mundo se sostienen en el saber mismo; el pensar por tanto, se vuelve necesariamente autorreferencial. (...) *se perfila una técnica muy distinta: no obtener la obediencia de los súbditos a la voluntad de la autoridad, sino influir sobre cosas aparentemente alejadas de la población, pero que, según hacen saber el cálculo, el análisis y la reflexión, pueden actuar en concreto sobre ella* (Foucault, 2014, p. 95). Se podría suponer entonces que al interior de los campos de producción –con sus determinantes fuerzas y pulsiones de acción, el cuerpo como capital específico se ve sometido a un conjunto de potencias que van trazando una manera de conformar una particular estructura psíquica-emocional productiva para ciertos intereses ocultos del poder. Quizás una forma de pensar sobre la noción bio-política foucaultiana del cuerpo moderno. Para el filósofo:

Como siempre en las relaciones de poder, se encuentra uno ante fenómenos complejos que no obedecen a la forma hegeliana de! dialéctica. El dominio, la conciencia de su cuerpo no

han podido ser adquiridos más que por el efecto de la ocupación del cuerpo por el poder: la gimnasia, los ejercicios, el desarrollo muscular, la desnudez, la exaltación del cuerpo bello..., todo está en la línea que conduce al deseo del propio cuerpo mediante un trabajo insistente, obstinado, meticuloso que el poder ha ejercido sobre el cuerpo de los niños, de los soldados, sobre el cuerpo sano. Pero desde el momento en que el poder ha producido este efecto, en la línea misma de sus conquistas, emerge inevitablemente la reivindicación del cuerpo contra el poder, la salud contra la economía, el placer contra las normas morales de la sexualidad, del matrimonio, del pudor. Y de golpe, aquello que hacía al poder fuerte se convierte en aquello por lo que es atacado (Foucault, 1992, p. 112).

Es en este sentido que los tipos de capital se encuentran interrelacionados y complementados en su estructura y valoración. El capital simbólico es, al parecer, el de más difícil adquisición, pues es imposible heredarlo - como el económico- se aprehende luego de un proceso de formación. Siempre se funda en actos de conocimiento y reconocimiento por parte de quienes lo poseen y lo aspiran. Consiste este reconocimiento en la autoridad ejercida y otorgada por el conjunto de pares, que a su vez se comportan como competidores en la adquisición de este capital. El capital cultural y científico se adquiere también durante la formación, inicial o académica, pues se trata de los conocimientos que posee un individuo, ya sea sobre un arte, una ciencia o un oficio. Desde esta perspectiva,

La estructura del campo es un estado de la relación de fuerzas entre los individuos o las instituciones implicados en la lucha o, si se prefiere así, de la distribución del capital específico que, acumulado en el curso de las luchas anteriores, orientan las estrategias ulteriores. Esta estructura, que constituye el principio de las estrategias destinadas a transformarla, está ella misma siempre en juego: las luchas por el poder que tienen lugar en el campo tienen por objetivo el monopolio de la violencia legítima (autoridad específica) que es característica del campo considerado, es decir, en definitiva, la conservación o la subversión de la estructura de la distribución del capital específico (Bourdieu, 2000a, p. 113).

Las experiencias que del cuerpo nacen, se encuentran unidas esencialmente a una primera persona y a su corporalidad en sí mismo. Es esto precisamente lo que evidencia nuestra participación en el mundo en tanto ser-cuerpo-en-el-mundo y lo que permite transitar desde la subjetivación de las vivencias a la objetividad de las ideas y del discurso. Sin embargo, la historia fue otra, el pensamiento quedaba inscrito como una categoría posible del alma al ser ésta la negación de una extensión y la condición de ser lo que se es –soy lo que soy- en palabras de Descartes, distinto del cuerpo y pudiendo ser y existir sin el

cuerpo ¹. En concordancia con esta idea, Descartes entendió el cuerpo como “soporte”, como estructura orgánica del hombre, límite en su relación con el mundo y con las otras cosas extensas.

Con la separación cartesiana del sujeto -separación intrínsecamente ontológica-, esta ruptura desencadena una tensión que recorre el pensamiento filosófico de la edad moderna y las formas productivas de la economía actual. De una parte, reduce al hombre a cosa pensante y por otra, no sólo reduce al cuerpo a una cosa, como una cosa entre las diversas cosas de la naturaleza.

La “ausencia” posterior (XIX y XX) que la razón precipitó en el cuerpo, sugirió inconscientemente al hombre, nuevas formas de definir la individualidad como individualismo y como práctica de un cierto tipo de autonomía de los sujetos sociales con relación a principios valóricos tradicionales que lo vinculaba con el resto de los hombres y con el Universo. Por tanto, la separación entre el individuo y su cuerpo establece también un régimen socio – económico que se puede llamar “moderno” para la época –matriz capitalista en desarrollo con la estructura de financistas y banqueros instaurada desde el siglo XVI- , en que el sujeto prima por sobre el colectivo y en donde la ausencia del cuerpo como un valorpreciado, se convierte en el infranqueable muro objetual entre individuos unos y otros. Una especie de límite fronterizo del hombre en la modernidad. Con Foucault, (...)

Se trata simplemente de saber por dónde pasa la cosa, cómo pasa, entre quiénes, entre qué puntos, de acuerdo con qué procedimientos y con qué efectos para asegurar el poder. Se trata del surgimiento de tecnologías de seguridad ya sea dentro de mecanismos que son efectivamente de control social, como en el caso de la penalidad, ya sea de mecanismos cuya función es provocar alguna modificación en el destino biológico de la especie (Foucault, 2014, p. 26).

Esta cláusula se entiende desde el sentido en que el cuerpo inaugura el ya expuesto límite de la individualidad cartesiana, a saber, el repliegue del hombre sobre sí mismo y su

¹ Me parece pertinente sugerir la lectura de la referencia completa: “Tengo yo un cuerpo al que estoy estrechamente unido, sin embargo, puesto que por una parte tengo una idea clara y distinta de mí mismo, según la cual soy algo que piensa y no extenso y, por otra parte, tengo una idea distinta del cuerpo, según la cual éste es una cosa extensa, que no piensa, resulta cierto que yo, es decir, mi alma, por la cual soy lo que soy, es entera y verdaderamente distinta de mi cuerpo, pudiendo ser y existir sin el cuerpo”. Descartes, Rene. *Meditaciones Metafísicas*. Op. Cit. p. 179

consecuente distanciamiento de la corporalidad que lo acompaña, ya no como identidad originaria, sino como una ambigüedad confusa y narcisista, que marca e identifica el individualismo propio de la época mercantil y capitalista.

Con el propósito de indagar sobre esta puesta en crisis, debiéramos detenernos y señalar dos cuestiones fundamentales para comprender el desarrollo del modelo capitalista desde el s. XVIII: Una primera cuestión tiene que ver con una creencia colectiva que el desarrollo económico, gestado siglos anteriores con la expansión europea colonialista, estaría vinculado estrechamente con el desarrollo del progreso y los avances tecnológicos y científicos, para cada nación europea. Una promesa que puede sintetizarse en la idea de que el progreso trae consigo la felicidad de los pueblos y del sujeto. Tesis propia de la modernidad (siglos XVIII y XIX) que dejaba entre líneas una dicotomía dialéctica y social, a saber, el hombre arrojado a su propio destino para la conquista de la libertad y de su independencia, sin más que el apego a dispositivos utilitaristas y racionales. El caso de la expansión progresiva de la Revolución Industrial y sus lamentables consecuencias sociales sería un claro ejemplo. Sin embargo, la contraparte a la sensación del liberalismo en el *laisse faire*, sería precisamente una especie de salto al vacío, un cara a cara con el vértigo interior que provocaba el estado libertario del sujeto pero sin los referentes normativos y morales de antaño que no lograron evitar el choque frontal entre la felicidad personal y el racionalismo colectivo por la disputa de la apropiación de los medios de producción.

Por otra parte, la cuestión social a partir del desarrollo industrial y postindustrial (siglo XIX y XX), traería consigo nuevas formas de dominación y explotación de un contingente no menor de mano de obra utilitaria, el hombre convertido en una especie de animal de trabajo, en tanto útil del progreso técnico y determinado por ellos en las relaciones de producción. No es extraño entonces interpretar que el hombre moderno, puesto en relación con el trabajo, no posee unidad con sí mismo, ni con su producción. Si los miembros de la clase media baja y de la clase trabajadora perciben la realidad como si fuera equivalente a sus deseos es porque, en esta área como en otras, las aspiraciones y exigencias son definidas tanto en la forma como en el contenido por condiciones objetivas que excluyen la posibilidad de aspirar a lo inalcanzable. Siguiendo a Bourdieu en *De Leonardo (1986)* por ejemplo, cuando dicen que los estudios clásicos de un liceo no son para ellos, no sólo se refieren a no poder pagarlo. La fórmula, que es una expresión de la necesidad interiorizada, está, podemos decir, en el indicativo imperativo, ya que expresa al mismo tiempo una imposibilidad y un tabú (p. 5).

Presumo entonces, que en los tiempos que nos toca vivir el cuerpo es una especie de depósito o más bien, depositario de múltiples intereses: transacciones económicas, espectacularidades publicitarias, porno-fetichizaciones, ideologismos religiosos, políticos, sociales, etc. Todos estos factores circulan por los distintos campos de producción, como formas invisibles de fuerzas en disputa para una productividad aparente en la subasta de las mercancías capitalistas. Para Bourdieu (1999) el poder que circula en dichas tensiones

Sólo se realiza y se manifiesta a través de un conjunto de campos unidos por una verdadera solidaridad orgánica y, por lo tanto, diferentes e interdependientes a la vez. Más precisamente, se ejerce, de forma invisible y anónima, mediante acciones y reacciones, anárquicas en apariencia, pero, de hecho, impuestas estructuralmente, de agentes e instituciones incluidos en campos a la vez competidores y complementarios, como, por ejemplo, el económico y el escolar, e implicados en el circuito de intercambios legitimadores cada vez más dilatados y complejos y, por lo tanto, cada vez más eficaces simbólicamente, pero que asimismo dejan, en medida creciente, cada vez más espacio, al menos en potencia, a los conflictos de poder y autoridad (p. 137).

Por esto mismo, el cuerpo delata una fractura, una señal inestable, una permanente sensación de opacidad que no es ni poder, ni conquista, sino un reflejo, una imagen especular de la tecno-civilización contemporánea. El cuerpo en nuestro tiempo, se nos aparece o se nos transparenta en la conciencia de cada cual, en “estados de crisis”, en momentos de explotación, en heridas, en excesos, en placer. En este contexto, como señala Michel Bernard (1985), *el cuerpo se ha convertido en un valor fetiche que penetra todas las esferas de la cultura: el cuerpo ha llegado a ser el gran mediador de la cultura contemporánea en un régimen capitalista en alto grado de desarrollo (p. 21)* –una especie de diseño, bosquejo o borrador- cuya productividad excede cualquier posible. Mirada cuasi corporal del mundo que no supone ninguna representación del cuerpo ni del mundo, y menos aún de su relación, inmanencia en el mundo por la cual el mundo impone su inminencia, cosas por hacer o por decir, que comandan directamente el gesto o la palabra, el sentido práctico orienta "opciones" que no por no ser deliberadas son menos sistemáticas, y que, sin estar ordenadas y organizadas con respecto a un fin, no son menos portadoras de una suerte de finalidad retrospectiva (Bourdieu, 2004).

Con todo, ¿es posible realizar una escritura crítica sobre el cuerpo -en los tiempos que nos toca vivir-, bajo una mirada que logre distanciarse de la variedad de significantes

disciplinares?. Mantengamos por un momento en suspenso esta pregunta ya que dicha distancia oscila entre lo que Gérard Imbert ha llamado un “cuerpo por poderes”, es decir el tránsito permanente entre un cuerpo reprimido y negado en su propia existencialidad y un cuerpo simulacro, escénico y desvirtuado (Imbert, 2001)

Desde el cuerpo-poder: el campo de las dislocaciones contemporáneas

La relación cuerpo/poder interroga otra cuestión interesante de contextualizar en el sentido de la intervención que el sistema tardo capitalista realiza sobre los cuerpos. La imagen del cuerpo ya no se logra reflejar ni sorprender frente al espejo ya que su nueva representación resulta más cercana a una producción determinada por una serie de pautas de consumo que manifiestan la forma de presentación de un cuerpo-sujeto bajo fuerzas económicas que lo han convertido en una preciada mercancía de consumo social. Por esta razón, hoy en día, el cuerpo fluye desde el exterior como apariencia, por abismos de oscuridad más allá del cuerpo viviente y de la humana experiencia de existir. Una suerte de cuerpo renovado en su naturaleza mutable e intercambiable para el sistema económico y político. Cabe preguntar entonces: ¿Toda economía política será ante todo una economía política del cuerpo?. Por el momento se podría sostener que los esquemas clasificatorios a través de los cuales se aprehende y aprecia el cuerpo *están siempre doblemente fundados, en la división social y en la división sexual del trabajo: la relación con el cuerpo se especifica según los sexos en función de la posición ocupada en la división sexual del trabajo* (Bourdieu, 2004, p. 116).

Parece ser que nuestro cuerpo no es un simple engranaje inamovible del corpus político, sino que es un conjunto de intensidades articuladas siempre y susceptible de desarticularse por medio del poder y que quizás Guy Debord apuntó con el nombre de espectáculo. Señala como “espectáculo”, una suerte de alienación o enajenación social resultante del fetichismo de la mercancía, que en un estado industrialmente avanzado, alcanza una importancia fundamental en la vida de los sujetos como una suerte de dispositivo de una posesión económica de riqueza ilusoria. La verdad de lo humano, se ha sustituido por el artificio y la falsedad como nuevos poderes inconscientes y enajenantes de la colectividad social y bajo una especie de cuerpo por poderes de la invisibilidad mercantil. No es tan sólo un poder sistémico que se manifiesta como “represión” explícita, sino como una producción de efectos y plusvalías debido a la implementación de sutiles técnicas de

borraduras inmanentes, anónimas, complejas y continuas sobre el cuerpo que representan verdaderos micropoderes transparentes que multiplican su eficacia y su intervención sobre el hombre. En otras palabras, una objetividad fantasmal como vector de encubrimiento de realidades de opresión y de explotación que lograron cosificar al sujeto consumidor, mimetizado con su propio cuerpo mercancía en la artimaña de una eficaz persuasión y empatía con la identificación de la soledad como vivencia. Determinante es Foucault al señalar que

La disciplina es el mecanismo del poder por el cual alcanzamos a controlar en el cuerpo social hasta los elementos más tenues por los cuales llegamos a tocar los propios átomos sociales; esto es, los individuos. Técnicas de individualización del poder. Cómo vigilar a alguien, cómo controlar su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo colocarlo en el lugar donde será más útil; esto es lo que es, a mi modo de ver, la disciplina (Primavera, 2012).

En otras palabras, el dominio de la disciplina, materializada en las tecnologías de individualización se transformarían en un capital de alta disputa entre los sujetos. Sin duda muy preciado, escaso y determinante para nuevos ordenamientos político-social. Si consideramos dichas tecnologías –tecno-bio-poderes- tendríamos que considerar que su masificación y socialización entre los sujetos, no escaparía a su eficacia individualizada, sino más bien pensar que además la acción que provoca una política de poder se ha propagado por la comunidad y en una población determinada para cuerpos determinantes.

La población es un elemento fundamental: un elemento que condiciona todos los otros. ¿Por qué condiciona? Porque la población suministra brazos para el trabajo, vale decir que garantiza la estabilidad (...) También suministra brazos para las manufacturas, y permite con ello prescindir en la medida de lo posible de las importaciones y de todo lo que debería pagarse en buena moneda, oro o plata, a los países extranjeros. Por último, la población es un elemento fundamental en la dinámica del poderío de los estados porque asegura, en el seno mismo de éstos, toda una competencia en la mano de obra disponible, lo cual garantiza claro está, la existencia de bajos salarios (Foucault, 2014, p. 91)

Así entonces se logra desprender la noción de capital simbólico que vendría a significar cualquier especie de capital, físico, económico, cultural o social, que es percibido por los productores integrantes de los campos productivos, como una forma de reconocimiento (percepción) en tanto condición de valor. Precisamente, este valor

construido socialmente, es percibido a través de las categorías o matrices epistémicas de percepción –reproducidas en las instituciones educativas- que son el producto de la incorporación de visiones y/o divisiones, necesariamente constituidas como disposiciones y posiciones que permiten construir y concentrar simbólicamente el capital –cultural, científico, educacional, etc- como forma de dominación social y política. Al respecto, Pierre Bourdieu (2000b) sostiene que

En cuanto instrumentos estructurados y estructurantes de comunicación y de conocimiento, los sistemas simbólicos, cumplen su función política de instrumentos de imposición o de legitimación de la dominación, que contribuyen a asegurar la dominación de una clase sobre otra (violencia simbólica) aportando el refuerzo de su propia fuerza a las relaciones de fuerza que las fundan, y, contribuyendo así, según la expresión de Weber, a la domesticación de los dominados (p. 69)

Por otra parte, estas condiciones estructurantes provocan la apertura de nuevos componentes tecno-mercantiles en los cuerpos y en la comunidad social: “población técnicas, aprendizaje y educación, régimen jurídico, disponibilidad de tierras, clima: todos ellos elementos que no son directamente económicos mismos del mercado, son las condiciones en las cuales será posible hacer funcionar los bienes capitales como un mercado” (Foucault, 2012, p. 152).

Sigo con Foucault (2012),

Digamos que en una economía de bienestar (...) ¿qué es una política social? Una política social, es, en líneas generales, una política que se fija como objetivo una distribución relativamente equitativa en el acceso de cada uno a los bienes consumibles. ¿Cómo se concibe una política social en una economía de bienestar? Ante todo, como un contrapeso a procesos económicos salvajes a cuyo respecto se admite en sí mismos van a inducir efectos de desigualdad y, de manera general, efectos destructivos sobre la sociedad (p. 152)

El campo de producción simbólica –tan recurrente en políticas de bienestar- es un microcosmos donde se instaura el conflicto “simbólico” entre los distintos grupos sociales, es decir, y sirviendo a sus propios intereses -en el interior del campo de producción-, el poder sirve a su vez, a los intereses de los grupos exteriores al campo de producción. Por esta razón, la clase dominante es el lugar de una lucha por la jerarquía de los principios de jerarquización: las fracciones dominantes -cuyo poder descansa sobre el capital económico-

, apuntan a imponer la legitimidad de su dominación, ya sea por su propia producción simbólica, ya sea por la intermediación de las ideologías más tradicionales que no sirven verdaderamente jamás a los intereses de los dominantes sino por añadidura (Foucault, 2012). Por este hecho, para el sistema neoliberal ².

(...) el instrumento de esa política social, si es posible llamarla política social, no será la socialización del consumo y los ingresos. Por el contrario, sólo puede ser una privatización, es decir, que no se va a pedir a la sociedad entera que garantice a las personas contra los riesgos, trátase de los riesgos individuales como la enfermedad o el accidente o de los riesgos colectivos como los daños, por ejemplo. Simplemente se pedirá a la sociedad o, mejor, a la economía, procurar que cada individuo tenga ingresos lo bastante altos para poder, sea directamente y a título individual, sea por el medio colectivo de las mutuales, autoasegurarse, sobre la base de su propia reserva privada, contra los riesgos existentes e incluso contra los riesgos de la existencia, así como esas fatalidades de ésta que son la vejez y la muerte. p. 154. No se trata, en suma, de asegurar a los individuos una cobertura social de los riesgos, sino de otorgar a cada quien una suerte de espacio económico dentro del cual pueda asumir y afrontar dichos riesgos (Foucault, 2012, p. 154)

El cuerpo es ese espacio de huellas e inscripciones de la vida y de los hechos, del poder como “*lugar de disociación del Yo*” en permanente intervención. Por esto, el cuerpo de la modernidad se transforma en un vestigio, en una reducción o en una puntualidad disociada del hombre y compartida como modelo de máquina y alienación productiva. Así quedan establecidas las bases para la invención del cuerpo occidental como límite del individuo, del pensamiento, y por cierto, del cuerpo. Esto se explica en la medida que experimentamos día a día, una sociedad en que el individualismo ejerce una presión oculta sobre el cuerpo del sujeto, convirtiéndolo en una realidad difusa, anónima y susceptible para cosificarse en el espectáculo de su propia personificación capitalista. Adquiere presencia el cuerpo en la medida que es capaz de capitalizarse en la transacción del

² ¿Pero qué implica el sistema neoliberal en nuestro cuerpo social? Foucault señala con esta interrogante una sugerente respuesta contemporánea: ¿Qué es por tanto el neoliberalismo? (...) para el neoliberalismo, el problema no era para nada saber, como en el liberalismo del tipo de Adam Smith, el liberalismo del siglo XVIII, cómo podía recortarse disponerse dentro de una sociedad política dada, un espacio libre que sería el del mercado. El problema del neoliberalismo, al contrario, pasa por saber cómo se puede ajustar el ejercicio global del poder político a los principios de una economía de mercado. En consecuencia, no se trata de liberar un lugar vacío sino de remitir, referir, proyectar en un arte general de gobernar los principios formales de una economía de mercado. Foucault, Michel (2012). *Nacimiento de la Biopolítica*. (p.137) Madrid, España: Akal.

mercado, como signo identitario de un tipo de relación que se sustenta en la ilusión de poseer, como en la propia desposesión. Palabras como acumulación, desposesión, subsistencia, carencia, reflejan el funcionamiento del sistema capitalista desde fines del siglo XIX. Dichas palabras en asociación, derivan finalmente en todo lo programático y eficacia del sistema económico, sustentado en la abundancia y acumulación de las mercancías bajo la administración y organización de disputas permanentes para su obtención y aseguramiento. Sin embargo, en la impostura de la distribución masificada del fetiche, será la distribución de la escasez y del temor a carecer lo que se instala en el sujeto y en su manifestación corpórea. Decisivo es Foucault (2012) al señalar que

Es preciso que haya gente que trabaje y otros que no trabajen, o bien que haya salarios grandes y pequeños, que los precios suban y bajen, para que las regulaciones actúen. Por consiguiente, una política social cuyo primer objeto sea la igualación, aun relativa, que se asigne como tema central la distribución equitativa, aun relativa, no puede sino ser antieconómica (...) Por lo tanto, no hay igualación y, para ser más exactos, tampoco transferencia de ingresos de unos a otros (p. 153)

Con lo anterior, es posible interpretar que el sujeto de la modernidad adquirió una nueva conciencia respecto de su propio cuerpo a propósito de la ocupación que el poder económico realizó sobre sí mismo. Por el contrario, se cuenta con la mirada que va a exigir pocos gastos. No hay necesidad de armas, de violencias físicas, de coacciones materiales. Basta una mirada. Una mirada que vigile, y que cada uno, sintiéndola pesar sobre sí, termine por interiorizarla hasta el punto de vigilarse a sí mismo; cada uno ejercerá esta vigilancia sobre y contra sí mismo. (...) De hecho, en las técnicas de poder desarrolladas en la época moderna, la mirada ha tenido una importancia enorme, pero como ya he dicho, está lejos de ser la única ni siquiera la principal instrumentación puesta en práctica (Foucault, 1980).

El cuerpo actualmente, correspondería a un producto para el funcionamiento del automatismo contemporáneo en tanto relaciones de producción y relaciones de poder que agudizan la dualidad pensante y extensa en la concepción del hombre moderno. Pensemos todas las tradiciones e ideologías del pensamiento contemporáneo que han reducido el cuerpo a fragmentos, dislocaciones y pedazos, disociados de la existencia y transformados –partes extra partes- como fantasmas y como deseos que surcan el mundo imaginario imponiendo su pesada presencia. Afecciones particulares que Deleuze sostiene como

soportes del individuo, intensidades afectivas que lo descomponen o lo modifican en una producción deseante. Siguiendo a Bourdieu (1986)

(...) la definición dominante del cuerpo y de sus usos no ejerce, pues, su específico efecto de desposesión más que cuando es desconocida, es decir reconocida, bien sea a través de la vergüenza corporal o cultural (...) La imposición de la nueva definición del cuerpo y de sus usos es, sin duda, una amenaza para los últimos resquicios de autonomía de las clases dominadas, para su capacidad de producir por sí mismas su propia representación del hombre perfecto (...) Se amenaza uno de los principios de la visión auténticamente popular del mundo social si se destruye la adhesión de los miembros de la clase obrera a los valores de virilidad que es una de las formas más autónomas de la conciencia que tienen de sí mismos en tanto que clase. Estos efectos se producirán si se consigue que, sobre este punto tan decisivo como es la imagen del cuerpo, la clase dominada no se perciba en tanto que clase más que a través de la mirada de los dominantes, es decir, en relación a la definición dominante del cuerpo y de sus usos.

El deseo para la modernidad capitalista, corresponde al fantasma con mayor productividad enajenante ya que si el deseo produce en la economía mercantil un símil al sentido, no es sino una producción de lo real, que produce lo real, en tanto que todo lo real es posible, y en este contexto, gran parte de la realidad puede convertirse en una serie de fantasmas deseantes. En este contexto, para Deleuze lo importante es consignar las fuerzas interviniendo en una vida anorgánica que provienen externamente al sujeto y que atraviesan el cuerpo sin más reparos que su propia aparición insospechada. No es extraño considerar que este modelo corporal desajustado, descompuesto y deseante de múltiples carencias, esté cada vez más vivo cuanto más olvidado de sí está. Paradoja que queda de manifiesto cuando Foucault piensa que la política neoliberal está diseñada para intervenir la trama social para que todas las relaciones de los sujetos tengan precisamente la forma de la empresa (Foucault, 2012)³. Esa multiplicación de la forma empresa dentro del cuerpo social constituye el objetivo de la política neoliberal. Se trata de hacer del mercado, de la

³ ¿Qué es la propiedad privada, si no una empresa? ¿Qué es la vivienda individual, si no una empresa? ¿Qué es la administración de esas pequeñas comunidades de vecindario, si no otras tantas formas de empresa? En otras palabras, se trata de generalizar, mediante su mayor difusión y multiplicación posibles, las formas empresa que no deben, justamente, concentrarse al modo de grandes empresas a escala nacional o internacional o grandes empresas al tipo del Estado. Foucault, Michel (2012). Nacimiento de la Biopolítica. Madrid, España: Akal. p. 161.

competencia y por consiguiente de la empresa, lo que podríamos llamar poder informante de la sociedad en sus diversas formas de vínculos productivos. El cuerpo está más vivo mientras más afectado está por fuerzas que lo desorganizan como cuerpo.

El capitalismo para Deleuze, tendería a intervenir el cuerpo a partir del reconocimiento de su propia carencia, un devenir improductivo y supresor de toda realidad consciente. Señala al respecto,

La escasez se propaga según la organización de una producción previa. Es el arte de una clase dominante, práctica del vacío como economía de mercado: organizar la escasez, la carencia, en la abundancia de producción, hacer que todo el deseo recaiga es el gran miedo a carecer, hacer que el objeto dependa de una producción real que se supone exterior al deseo (las exigencias de la racionalidad), mientras que la producción del deseo pasa al fantasma (nada más que al fantasma) (Guattari y Deleuze, 2005, p. 35)

Lo que sin embargo, transforma al trabajador en un factor económico que conlleva un capital de trabajo simbólico en disputa: una acción, una aptitud, una especialización, una máquina de productividad. Y en su contraparte, un flujo de salarios.

El cuerpo en la modernidad es una máquina deseante del sentido ausente, que unido a la “economía del deseo” produce por sí misma –sujeto y familia- una suerte de empresa (im)productiva. Para Foucault (2012), dicha economía del deseo

Masifica una especie de población flotante infra-y supraliminar, población liminar que constituirá, para una economía que ha renunciado justamente al objetivo del pleno empleo, una reserva constante de mano de obra a la que llegado el caso se podrá recurrir, pero a la que también se podrá devolver a su estatus en caso de necesidad (p. 161)

Las fuerzas externas que comportan este flujo de intensidades, penetran en el cuerpo para desorganizarlo constantemente y desestabilizarlo en su movimiento. Esta condición constitutiva de la modernidad capitalista, interviene el cuerpo como un debilitamiento productivo que engendra una diversidad de formas relacionales para múltiples estados de corporalidad enajenantes y descompuestas. El cuerpo como máquina deseante, y por ende su deseo de funcionar descompuesto, queda de manifiesto en su propia relación inmaterial de producciones necesarias para una existencia sin propiedad.

Cuerpo productor de una relación con lo real de manera fantasmal. Entre cuerpo, condiciones de trabajo y salarios, el sujeto queda invertido en sus aspiraciones de bienestar más básicas. Elocuente es Foucault (2012) al describir esta relación como:

La descomposición del trabajo en capital y renta, induce, desde luego, cierta cantidad de consecuencias bastante importantes. En primer lugar, se darán cuenta de que el capital así definido como lo que hace posible una renta futura –renta que es el salario- es un capital prácticamente indisociable de su poseedor. Y en esa medida no es un capital como los demás. La aptitud de trabajar, la idoneidad, el poder hacer algo: todo esto puede separarse de quien es idóneo y puede hacer ese algo. En otras palabras, la idoneidad del trabajador es en verdad una máquina, pero una máquina que no se puede separar del trabajador mismo, lo cual no quiere decir exactamente, como (lo) decía por tradición la crítica económica, sociológica y psicológica, que el capitalismo transforme el trabajador en máquina y, por consiguiente, lo aliene. Es menester considerar que la idoneidad que se hace carne con el trabajador, es de alguna manera, el aspecto en que éste es una máquina, pero una máquina entendida en el sentido positivo, pues va a producir flujos de ingresos. Flujos de ingresos y no ingresos, justamente porque, en cierto modo, la máquina constituida por la idoneidad del trabajador no se vende de manera puntual en el mercado de trabajo a cambio de un salario determinado. De hecho, esa máquina tiene su duración de vida, su duración de utilidad, su obsolescencia (p. 237)

Para Deleuze y Guattari (2005):

Si el deseo produce, produce lo real. Si el deseo es productor, sólo puede serlo en realidad, y de realidad. El deseo es este conjunto de síntesis pasivas que maquinan los objetos parciales, los flujos y los cuerpos, y que funcionan como unidades de producción. De ahí se desprende lo real, es el resultado de las síntesis pasivas del deseo como autoproducción del inconsciente. El deseo no carece de nada, no carece de objeto. Es más bien el sujeto quien carece de deseo, o el deseo quien carece de sujeto fijo; no hay más sujeto fijo que por la represión, El deseo y su objeto forman una unidad: la máquina, en tanto que máquina de máquina. El deseo es máquina, el objeto del deseo es todavía máquina conectada, de tal modo que el producto es tomado del producir, y que algo se desprende del producir hacia el producto, que va a dar un resto al sujeto nómada. El ser objetivo del deseo es lo Real en sí mismo (p. 33)

Cuerpo y capitalismo espectacular

Para Guy Debord (2007), “el origen del espectáculo es la pérdida de unidad del mundo, y la expansión gigantesca del espectáculo moderno expresa la totalidad de esa pérdida” (p. 33).

Para occidente capitalista, el cuerpo se mira así mismo de manera ambigua: por una parte se reconoce como signo del individuo –de su diferencia y distinción- y por otra, paradójica y contradictoria, como una disociación de sí mismo, como una pérdida de su unidad, como una des-afección, como un alter-olvido de su acción y como forma de desposeer-se para vivir en el mundo. En este contexto, creo pertinente interrogar el espectáculo debordiano desde el cuerpo: retorno a la pregunta: ¿Qué cuerpo se transforma y se interviene en aquella alteridad espectacular? y por lo tanto, bajo estas consideraciones: ¿se podría sostener en pie que el sentido del cuerpo aparece allí donde la conciencia reflexiva logra observar el límite de la espectacularidad?, ¿será este límite –atrofiado y desgastado por el capital- el lugar de con-tacto del propio cuerpo con los otros cuerpos circundantes?. Para una política social y de bienestar global, palabras como medios de producción, capital, trabajo, plusvalía, etc., tienden a configurar el sistema mercantil y a darle un corpus a una política gubernamental que invisibiliza las reales condiciones del bienestar económico. El impacto que provocan en el cuerpo del sujeto sus intensidades y trayectorias no son otra cosa que una multiplicidad de formas que asumen políticas de mercado sin considerar sus consecuencias sociales:

Cuanto más multiplicamos la empresa, más multiplicamos las empresas, más multiplicamos los centros de formación de algo semejante a una empresa, más obligamos a la acción gubernamental a dejarlas actuar, más multiplicamos, claro, las superficies de fricción entre ellas, más multiplicamos las oportunidades de cuestiones litigiosas y más multiplicamos también la necesidad de un arbitraje jurídico. Sociedad de empresa y sociedad judicial, sociedad ajustada a la empresa y sociedad enmarcada por la multiplicidad de instituciones judiciales, son las caras del mismo fenómeno (Foucault, 2012, p. 162)

Suponiéndolo así: ¿existiría una suerte de enajenación y pérdida del sentido identitario del sujeto con su cuerpo, en la medida que la producción y condiciones de trabajo capitalista provocan una separación entre la conciencia y su propia corporalidad?, ¿Cuál podría ser la plusvalía del cuerpo en los tiempos actuales?. Un alcance ante esta

última pregunta: Según el fetichismo de la mercancía, los bienes se le aparecen al productor como una cosa y por lo tanto, el valor de éstos preexiste en los objetos. El productor de consumos se convierte entonces en un atributo o añadido del objeto producido, y éste último se vuelve sujeto como su propia plusvalía. Este objeto devenido sujeto es el que construye y propicia relaciones “humanas” con otros objetos, al intercambiarse –transarse- en el mercado. Complemento con Foucault (2012) estas ideas (...)

Para introducir el trabajo en el campo del análisis económico, habrá que situarse en la perspectiva de quien trabaja; habrá que estudiar el trabajo como conducta económica, como conducta económica practicada, puesta en acción, racionalizada, calculada por la persona misma que trabaja. ¿Qué significa trabajar para el que trabaja? ¿Y a qué sistema de decisiones, a qué sistema de racionalidad obedece esa actividad laboral? (p. 162)

Esta realidad fetichizada que ha logrado el capitalismo, es en consecuencia, un mundo que transforma lo cualitativo en cuantitativo para igualar todo y comparar todo en una trayectoria de intensidades deseantes y crecientes. Por último, complemento lo dicho con algunos comentarios que realiza Rodrigo Zúñiga referidos al carácter y forma que asume el fetichismo de la mercancía en la teoría marxista, a partir de algunas observaciones de Althusser en su libro “Para Comprender el Capital” (*Lire Le Capital*):

(...) el examen del fetichismo de la mercancía implica la identificación y conceptualización del proceso que subyace al despliegue de la valorización del valor. Este proceso consiste en la reducción de los trabajos específicos –es decir la multiplicidad de formas de trabajo que coexisten en un momento histórico determinado- a un principio de equivalencia. Para comprender este principio de equivalencia, Marx dirá que éste se constituye de trabajo humano abstracto materializado en valor; y agregará que el valor de cambio es el nombre que corresponde a la objetivación cuantitativa de ese valor (Zúñiga, 2010, p. 18). Por esto mismo para Foucault, el trabajador no vende su trabajo, sino su fuerza de trabajo. Vende su fuerza de trabajo por cierto tiempo, y ello contra un salario establecido sobre la base de determinada situación de mercado que corresponde al equilibrio entre la oferta y la demanda de fuerza de trabajo. Se supondría entonces que el trabajo posee un grado de abstracción tal que los economistas reconocen bajo la forma de fuerza de trabajo, destinado en un tiempo preciso, tranzado en el mercado y retribuido como salario: ¿cuerpo-salario?. La lógica del capital, sólo retiene del trabajo la fuerza y el tiempo. Hace de él un producto de mercado y sólo rescata los efectos del valor producido para su transacción al mejor postor.

Si interrogamos la suspensión de la comunidad moderna producto de las nuevas formas de relación mercantil y de consumo, nos encontramos frente a una pérdida ontológica, una especie de distanciamiento entre los sujetos, que no tiene otra razón que la puesta en circulación de una forma de ceguera para-con la responsabilidad que significa la presencia del otro en su legitimidad humana –acciones provocadas por el sistema tardo capitalista en su productividad invisible-Insisto con algunos cuestionamientos relativos a la suspensión de la comunidad, en tanto mito que narra hoy en día la opacidad y olvido del ser comunidad: ¿se encuentra en la conciencia del sujeto espectacular, la necesidad de volver a ser uno en los otros como forma de sensibilizar lo humano?, ¿será realmente una utopía del individualismo moderno, responsabilizarse por su propia comunidad en cuanto a la implicancia que posee lo legítimo del otro?. Termino esta idea con una cita de Levinas (2005) que recordaría los fundamentos del mito de estar en comunidad para y con los otros hombres (relato necesario para volver a encontrarlo):

(...) el-uno-para-el-otro en tanto que el uno-guardián-de-su-hermano, en tanto que el-uno-responsable del-otro. Entre el uno que soy yo y el otro del cual respondo, se abre una diferencia sin fondo, que es también la no-in-diferencia de la responsabilidad, significancia de la significación, irreductible a cualquier sistema (p. 12)

Para la sociedad del espectáculo, no existiría tal suspensión sino la destrucción de la comunidad social, manifestada en la muerte del cuerpo del otro, de los otros, y en definitiva, en la muerte como la vida del sujeto que vive en un mundo sin exterioridad o como un movimiento autónomo de lo no vivo (Debord, 2007). Para este autor,

El mundo a la vez presente y ausente que el espectáculo hace visible es el mundo de la mercancía que domina toda vivencia. De este modo, el mundo de la mercancía se muestra tal y como es, pues su movimiento se identifica con el distanciamiento de los hombres entre sí y con respecto a su producción global (p. 37)

El espectáculo en la modernidad, necesita de la ausencia del otro para constituirse y para nutrirse de seres de vida sin vida –una alienación ontológica- que persiste en la medida en que la comunidad se encuentra suspendida por la ideología espectacular. Por su parte, la suspensión de la comunidad en el espectáculo, se ha transformado en un mito que muestra y revela su propia ausencia y quizás su interrupción. Sin embargo, las intensidades que logran entrar en los cuerpos de los sujetos espectaculares -por la investida del capital-

enajenan una y otra vez, cualquier posibilidad de conciencia de estar presentes y en presencia de una comunidad. Solamente pensemos en la forma en que el capitalismo tardío, ha provocado una transformación en los medios de producción, particularmente el trabajo y sus relaciones. Sigo a Herbert Marcuse parafraseándolo en base a estas ideas: La enajenación del trabajo es casi completa e inconsciente producto del espectáculo en los sistemas productivos...

La mecánica de la línea de ensamble, la rutina de la oficina, el ritual de comprar y vender, están libres de cualquier conexión con las potencialidades humanas. Las relaciones de trabajo han llegado a ser en gran parte relaciones tratadas como objetos intercambiables por directores científicos y expertos en eficiencia. Con toda seguridad, el espíritu de competencia prevaleciente requiere todavía un cierto grado de individualidad y espontaneidad; pero estas características han llegado a ser tan superficiales e ilusorias como el espíritu de competencia al que pertenecen. (...) detrás de esta superficie ilusoria, el mundo del trabajo completo y su recreación han llegado a ser un sistema de cosas animadas e inanimadas, todas igualmente sujeta a la administración (Marcuse, 1985).

Culmino con unas palabras de Michel Foucault (2012)

Los neoliberales hacen notar que, de hecho, lo que es preciso llamar inversión educativa, o en todo caso los elementos que participan en la constitución de un capital humano, son mucho más amplios, mucho más numerosos que el mero aprendizaje escolar o el mero aprendizaje profesional. ¿Cuáles serán los componentes de esa inversión, lo que va a constituir una idoneidad-máquina? Experimentalmente, por observación, se sabe que está constituida, por ejemplo, por el tiempo que los padres consagran a sus hijos al margen de las simples actividades educativas propiamente dichas. Se sabe perfectamente que la cantidad de horas pasadas por una madre de familia junto a su hijo, cuando éste aún está en la cuna, serán muy importantes para la constitución de una idoneidad-máquina o, si se quiere, de un capital humano, y que el niño tendrá mucha más capacidad de adaptación si, en efecto, sus padres o su madre le han dedicado tantas horas que si le han dedicado tantas menos. Vale decir que el mero tiempo de lactancia, el mero tiempo de afecto consagrado por los padres a sus hijos, debe poder analizarse como inversión capaz de constituir un capital humano (p. 233)

Referencias

- Bernard, M. (1985).** *El Cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Bourdieu, P. (1986).** Notas Previsionales Sobre la Percepción Social del Cuerpo. En *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid, España: La Piqueta
- Bourdieu, P. (1999).** *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu, P. (2000a).** *Algunas Propiedades de los Campos, en Cuestiones de Sociología*. Madrid, España: Istmo
- Bourdieu, P. (2000b).** *Intelectuales, Política y Poder*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba
- Bourdieu, P. (2004).** *El Sentido Práctico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI
- Debord, G. (2007).** *La sociedad del espectáculo* (2nd ed.). Rosario, Argentina: Kolectivo Editorial "Último Recurso."
- Descartes, R. (1996).** *Meditaciones Metafísicas*. Madrid, España: Austral
- Foucault, M. (1980).** *El Ojo del Poder*. Entrevista. Bentham, Jeremías. *El Panóptico*. Traducción de Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría. Barcelona: Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M. (1991).** *Microfísica del Poder*. Madrid, España: La Piqueta
- Foucault, M. (1992).** *Seguridad, territorio, población*. Ciudad de México: Fondo de Cultura económica.
- Foucault, M. (2012).** *Nacimiento de la Biopolítica*. Madrid, España: Akal
- Foucault, M. (2014).** *Seguridad, Territorio, Población*. México: Fondo de Cultura Económica
- Guattari, F. y Deleuze, G. (2005).** *El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós.
- Imbert, G. (2001).** El Cuerpo como Producción Social. In *Islas, Hilda compiladora. De la Historia al Cuerpo y del Cuerpo a la Danza*. México: CONACULTA
- Levinas, E. (2005).** *Humanismo del Otro Hombre*. México: Siglo XXI
- Marcuse, H. (1985).** *Eros y Civilización*. España: Sarpe
- Primavera, H. (2012).** *Michel Foucault - Las redes del poder* (Conferencia). Estafeta. Retrieved from <http://estafeta-gabrielpulecio.blogspot.cl/2012/01/michel-foucault-las-redes-del-poder.html>
- Zúñiga, R. (2010).** *Imágenes sin Comunidad. Lecturas de Debord*. Santiago, Chile: Facultad de Arte – Universidad de Chile

