



n° 284  
Agosto 2016

revista de la CPU  
**+ psicólogo@s**



**VI Congreso ULAPSI**  
**Buenos Aires - Argentina**  
8 al 11 de junio 2016

**VI Congreso Internacional de ULAPSI**

Celebrado del 8 al 11 de junio en Buenos Aires

Edición especial con los trabajos de colegas nacionales y extranjeros

CASA ABIERTA

CON  
JORGE BAFICO

LUNES 25/7



**Administración** [socios@psicologos.org.uy](mailto:socios@psicologos.org.uy)

**Mesa Ejecutiva**

**Secretaría General** Lic. Ps. Susana Ferrer

**Sec. Finanzas** Lic. Ps. Karina De León

**Sec. Organización** Lic. Ps. Karina Becavach

**Secretaría de Difusión** Lic. Ps. Mónica Fritz

**Sec. Asuntos Gremiales** Lic. Ps. Mónica Coore

**Sec. Convenios** Lic. Ps. Freddy Zelayeta

**Sec. Agrupaciones** Lic. Ps. Rosa Del Puerto

Email [mesaejecutiva@psicologos.org.uy](mailto:mesaejecutiva@psicologos.org.uy)

**Comisión Administradora del  
Fondo de Solidaridad Social**

Lic. Ps. Mónica Ferreira

Lic. Ps. Miriam de Moraes

Lic. Ps. David Cibulis

**Comisión Fiscal**

Lic. Ps. Javiera Andrade

Lic. Ps. Dinorah Quijano

Lic. Ps. Fabiana Pino

**Comisión de Educación**

Lic. Ps. Andrea Coppola

Lic. Ps. Noemí Goodson

Lic. Ps. Mariana Alvez

Lic. Silvia Cardoso

**Comité Editorial**

Lic. Ps. Viviana Cotelo

Lic. Ps. Mónica Fritz

Lic. Ps. Karina De León

**Edición de contenidos, diseño y diagramación**

Lic. Com. Rodrigo Ubilla

Recepción de originales para publicación de avisos:  
[comunicacion@psicologos.org.uy](mailto:comunicacion@psicologos.org.uy)

**Artículos**

Son bienvenidos artículos originales  
que sean de interés para la comunidad de  
psicólogos y/o que traten temas culturales  
desde la perspectiva profesional.

Las opiniones expresadas en los artículos firmados  
no son necesariamente compartidas  
por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

**Impresión y encuadernación**

Mastergraf S.R.L.

Gral. Pagola 1823

Tel. 2203 4760

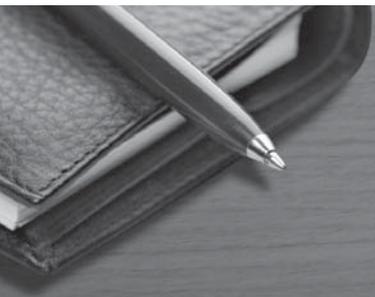
Depósito Legal 350.210

Imágenes de tapa obtenidas de la web del Congreso



# contenido

|   |    |
|---|----|
| Casa Abierta con Jorge Bafico (Fotos)   | 2  |
| Editorial   | 4  |
| Relatoría del VI Congreso de ULAPSI   | 5  |
| Trabajos  |    |
| <i>Memorando de la creación de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay</i> (Por Susana Ferrer)  | 6  |
| <i>Marchas y contramarchas en la construcción de un nuevo paradigma en Salud Mental</i> (Por Susana Ferrer)   | 9  |
| <i>Relatoría del proceso de Uruguay hacia su nueva Ley de Salud Mental</i> (Por Cristina Antúnez Maciel)  | 12 |
| <i>Reflexiones sobre la práctica clínica en niños, niñas y adolescentes institucionalizados</i> (Por Ana Charbonnier, Carlos Varela y Mariela González)                   | 14 |
| <i>El Abordaje Psicosocial desde el dispositivo de Cuidados Paliativos en un servicio de Ortopedia y Traumatología</i> (Por Rosa Del Puerto)                              | 19 |
| <i>Agresividad y psicopatía en instituciones de seguridad un enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico</i> (Por Marta Díaz Dragotta)  | 23 |
| <i>Aportes del Psicodiagnóstico ante las demandas actuales en los ámbitos clínico, laboral y forense</i> (Por Mónica Guinzbourg, Roxana Boso y Paula Sánchez)             | 28 |
| <i>Introducción al Análisis Bioenergético. Su utilización dentro del campo corporal, y como recurso terapéutico en la clínica</i> (Por Silvina Perrotta y Marina Vinocur) | 32 |
| <i>La situación política y social en Venezuela y el papel de la Psicología</i> (Por Ovilía Suárez)  | 35 |
| Vida gremial + avisos   | 39 |
| Convenios   | 41 |
| Agrupaciones  | 42 |



## CONGRESO DE ULAPSI

Este mes de junio, del 8 al 11, se realizó el VI Congreso de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (ULAPSI) en la ciudad de Buenos Aires.

Previo a la Inauguración, el 6 de Junio se realizó la Asamblea Deliberativa. Consejeros y alternos de 17 países de América Latina y el Caribe, incluidos Uruguay, trabajamos sobre un orden del día y una puesta a punto de las diferentes realidades que nuestra profesión está transitando en los diferentes países.

El día 7 de junio se llevó a cabo la Asamblea General, donde todos los representantes de las entidades miembros intercambiamos propuestas y tomamos decisiones sobre los temas expuestos en el orden del día.

Un punto prioritario votado en forma unánime en esta asamblea, fue la realización de una declaración de ULAPSI sobre los sucesos socio políticos que se están viviendo en nuestra América latina, entre otros la situación sociopolítica en Brasil, la denuncia de situaciones de extrema violencia e incluso asesinato de líderes comunitarios como el caso de Berta Cáceres en Honduras y colegas con compromiso social como lo era el fundador de ULAPSI Ps. Marcus Vinicius de Oliveira Silva.

Esta declaración fue entregada por el Secretario General de ULAPSI el Ps. Edgar Barrero Cuellar en la embajada de Brasil en Buenos Aires y se difundió a través de varios medios de comunicación.

La Coordinadora de Psicólogos formó parte de la gestación de ULAPSI desde los pri-

meros Encuentros del Mercosur; durante algunos años si bien continuó como entidad socia, no tuvo una participación activa.

En ocasión del VI Congreso realizado en Montevideo se retomaron los vínculos y comenzamos a vitalizar este espacio de intercambio latinoamericano.

Este número de +psicolog@s contiene trabajos presentados en el IV Congreso de colegas nacionales como también de psicólogas y psicólogos de otros países.

La heterogeneidad y la riqueza en sus propuestas nos permite proyectar para las próximas revistas una sección gremial donde publicar textos elaborados por colegas de todos los países miembros de ULAPSI.

Desde la ME creemos que es fundamental la interacción y comunicación entre las diferentes agrupaciones de CPU aportando así al crecimiento profesional en toda la República, consideramos también de gran trascendencia abrir fronteras y generar nuevos espacios de intercambio de saberes y experiencias compartiendo con colegas de otros países las diferentes vicisitudes que nuestra profesión nos plantea día a día.

Este número, al decir de Galeano, intenta ser un paso quizás hacia una Utopía que como colectivo nos permita caminar.

*Nota: la declaración fue difundida por CPU, y puede consultarse en la página de ULAPSI, así como el programa científico del VI Congreso.*



Lic. Ps. Susana Ferrer  
Secretaria General de CPU  
Consejera titular  
por Uruguay de ULAPSI

## Relatoría del VI Congreso Internacional de ULAPSI

Comité Ejecutivo del Congreso

El pasado 8, 9, 10 y 11 de Junio de 2016 se realizó en la ciudad de Buenos Aires el VI Congreso de la ULAPSI (Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología) que tuvo como convocatoria el título de “Diálogos e Intercambios de la Psicología en América Latina. Construcción colectiva para la promoción de derechos y el buen vivir”, y tuvo su sede en la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador.



Homenaje a la Dra. Élide Tuana. Susana Ferrer (CPU), Javiera Andrade (SPU) y Mario Molina de FEPPA (Consejero por Argentina)

Fue la sexta edición de este Congreso de la ULAPSI y la primera vez que se realiza en Argentina. Transcurrieron 4 días de intercambio académico, científico y cultural con la concurrencia de profesionales de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Perú, Puerto Rico, Paraguay, Uruguay, Venezuela.

La sesión de apertura y cierre se realizó en la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA, y fue un Congreso declarado In Memoriam de Marcus Vinicius de Oliveira Silva, psicólogo brasileño asesinado en febrero último y de fuerte participación política y social por una psicología con compromiso por los derechos humanos.

En el Panel de apertura se abordó el análisis y las perspectivas de la realidad de América Latina hoy, y contó con la palabra de Ana Bock psicóloga de Brasil, ex presidenta del Conselho Federal de Psicología de Brasil y ex Secretaria General de la ULAPSI; Atilio Borón, reconocido politólogo y sociólogo argentino, doctor en Ciencias Políticas, y Edgar Barrero Cuellar, psicólogo de Colombia, y actual Secretario General de la ULAPSI. En estas presentaciones, los panelistas dejaron claro el contexto de tensión en América Latina con el avance de las políticas neoliberales y los aportes que los psicólogos pueden hacer para

fortalecer el horizonte ético político de la psicología en América Latina.

La participación musical del Ballet Folklórico Raíces Americanas de la provincia de Santiago del Estero, puso el colorido y el deleite con la música popular argentina y latinoamericana, que dio pie al brindis de apertura.

El Programa Científico con 3 Conferencias, 42 Simposios, 94 Mesas de exposición de trabajos, 23 Talleres, 4 Conversatorios, 25 Mesas de debate internacional, 21 Presentaciones de libros, 24 posters, y los Encuentros y Reuniones de Formadores de Psicólogos, Grupos de Trabajo de ULAPSI, y de Editores de Revistas Psi de América latina, dieron el contenido principal al VI Congreso cuyo Panel de Cierre reflejó claramente las distintas realidades y complejidades del ejercicio profesional de la psicología en América Latina, dando pie a la labor gremial que aún se debe ULAPSI.

Los ejes principales sobre los que giraron las variadas presentaciones fueron: paradigmas epistemológicos y metodológicos de la psicología en América Latina, derechos humanos y el compromiso de la psicología, interdisciplina e intersectorialidad, formación profesional, migraciones

y pueblos originarios e intervención profesional en los temas de las violencias.

Se destacaron los aportes de las conferencias centrales, a cargo una de ellas del filósofo Dr. Carlos Cullen, disertando sobre la subjetividad e interpelación ética en la construcción colectiva para los derechos del buen vivir y el rol y función de la educación para lograrlo Alejandro Vainer por su parte brindó la lectura psicoanalítica de los dispositivos de salud mental en el contexto político actual de América Latina. Los Conversatorios agregaron la posibilidad del diálogo directo con los expositores en los temas que brindaron por ejemplo el de adicciones.

No menos emotivo y pertinente fueron los Homenajes a Elida Tuana, psicóloga pionera del Uruguay fallecida hace poco tiempo, el homenaje a Berta Cáceres, líder comunitaria asesinada en Honduras, y el homenaje a póstumo a Marcus Vinicius.

El cierre musical estuvo a cargo de la murga Los Poetas de Nadie, como representación de identidad cultural y musical de los barrios de Buenos Aires.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
Argentina, junio de 2016

# Memorando de la creación de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

Por  
**Susana Ferrer \***

La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay comienza sus primeros pasos en el año 1983, época de Dictadura Cívico-militar. Durante esos doce años en instituciones científicas, en el ámbito privado del consultorio y en todo intersticio posible, se generó, como decía Enrique Sobrado, una verdadera Universidad paralela y de la Resistencia

La conformación en 1983 de la Mesa Coordinadora de instituciones Psicológicas es otra respuesta más en contra de las reglas impuestas por la Dictadura en nuestro país. Confluyó la necesidad de coordinar las diferentes pertenencias y formaciones en psicología, generando una mesa donde representantes de cada institución trabajarían en conjunto para abordar las temáticas que nos involucraban a todas y todos.

Entre los puntos tratados estaban:

- La reglamentación del ejercicio profesional.
- Creación de un centro único y universitario de formación.
- Salud Mental
- DDHH
- Condiciones Laborales.

La llegada de “los niños del avión” en 1983, marca un hito muy importante. La “Coordinadora” trabajó apoyando y acompañando la iniciativa de organizaciones civiles de defensa de los DD.HH. que instrumentaron la venida de hijos de exiliados y presos políticos, cuyas edades iban de los 6 años a los 16 para reencontrarse con sus familiares. La gran carga simbólica que implicó

\* 2015 Consejera de ULAPSI por Uruguay. Secretaria General de CPU. 2014. Como representante de CPU integra el Grupo de trabajo sobre Salud Mental y DDHH, convocado por la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. 2012-2013 Participa en el proyecto de Acompañamiento a víctimas de Terrorismo de Estado en el Servicio de Paz y Justicia (SERPAJ). 2013 a la fecha es la Secretaria General de la CPU. 1987- Socia de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. 1985- Egresada del curso de Psicología Infantil de la Escuela de Tecnología Médica, título homologado por la Universidad de la República en 1999 como Licenciada en Psicología.

y la coyuntura histórica regional, no dio lugar a que la dictadura prohibiera esta venida de niños y jóvenes, quienes representaban a ese otro Uruguay que desde el exilio denunciaba las violaciones de los ddhh y cuyo objetivo era aportar para la recuperación de la democracia.

En 1987 se crea la Asociación Civil COORDINADORA DE PSICÓLOGOS DEL URUGUAY como único gremio. En sus inicios los socios eran 681, en la actualidad la masa social llega a 2700 socios en toda la República.

Según los estatutos el Órgano Rector será la Asamblea general, por elección se elegirán los miembros de la Mesa Ejecutiva y se conforman comisiones de trabajo en las temáticas más urgentes.

1998 por aprobación de la Asamblea General se crea el Fondo de Solidaridad Social, administrado por una comisión electa por los socios e independiente

de la Mesa Ejecutiva.

La creación de este Fondo ha permitido en estos años apoyar a los socios con una cobertura en casos de enfermedad, primas por nacimiento o retiro. Con el objetivo de lograr compensar las dificultades laborales que trae el ejercicio libre de la profesión.

Desde el gremio hemos acompañado y participado en las diferentes coyunturas históricas que se han dado en nuestro país, desde el apoyo al voto verde en contra de la ley de Impunidad, hasta el pronunciamiento del No a la baja de la edad de imputabilidad en las últimas elecciones del 2014.

La Coordinadora desde su creación ha llevado una política institucional de descentralización apoyando la creación de las Agrupaciones en los diferentes departamentos de la República, es así que contamos con 21 agrupaciones y socios en los 19 departamentos.

También se generan instancias de formación permanente encaradas como un aspecto más de la militancia gremial, no se entra en el circuito y la de-



Carátula del primer “Boletín” de la CPU (1984)

manda curricular de las instituciones científicas, se aplica el principio de que la formación permanente sea la base del enriquecimiento continuo de nuestro quehacer profesional.

Haremos una breve cronología de momentos que consideramos clave en nuestro proceso como gremio y que sin duda gracias al trabajo militante de muchísimos compañeros y compañeras es que esto fue y es posible.

**1983.** Se convoca a una Mesa Coordinadora de instituciones de la Psicología.

**1987.** Se crea la Asociación Civil CPU. Elección de la Mesa Ejecutiva por la Asamblea General y formación de Comisiones de trabajo.

**1986-87.** creación del Instituto de Psicología de la Universidad de la República.

**1986.** A través del trabajo en los Consejos de salarios MTSS se logra un convenio salarial donde se reconoce la actividad profesional de los psicólogos dentro de las negociaciones salariales en el campo de los trabajadores de la Salud.

**1989.** La CPU se adhiere a la campaña del VOTO VERDE contra la ley de Impunidad

**1997.** En CPU de Montevideo se realiza el IV Encuentro Integrador de Psicólogos del Mercosur, con representantes de Brasil, Paraguay, Chile, Argentina, Bolivia y Uruguay.

**1999.** creación de la Facultad de Ps, luego de un gran movimiento nacional para lograr el status de Facultad.

**1999.** Luego de un arduo trabajo en el parlamento se logra la promulgación

de la Ley N°17.154 del Ejercicio Profesional de la Psicología.

**2001.** La Comisión de Ética de la CPU elabora en conjunto con la Facultad de Psicología y la Sociedad de Psicología del Uruguay el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a y se aprueba por la Asamblea General Ordinaria de CPU.

**2001.** En Chile y en 2002 en Puebla, México se celebran Encuentros de Psicólogos del Mercosur que apuntan a lograr la integración Latinoamericana.

**2003.** Primer Asamblea General Ordinaria de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (Ulapsi).

**2004.** Se realiza el primer Censo sobre Inserción laboral a los Socios de CPU.

**2006.** Creación de la Red de Psicólogos, espacio que nuclea a socios de la CPU en torno a organizar un sistema en Red de Asistencia Psicológica.

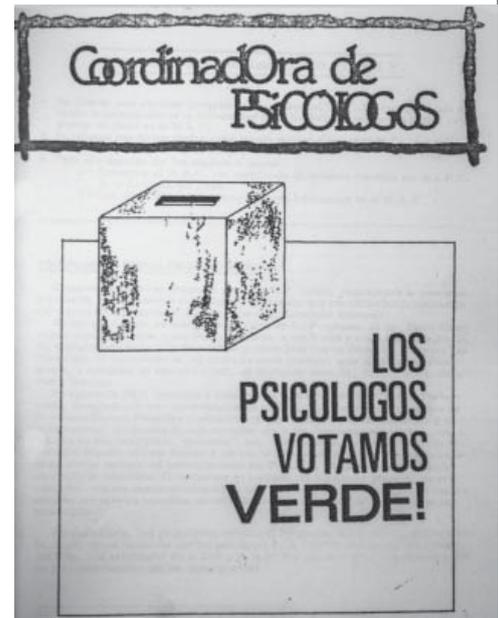
**2009.** CPU apoya la Campaña para la derogación de la Ley de Impunidad. Integración de los Comisión Asesora Técnica en el MSP para logra la modificación de la Ley de Salud Mental vigente.

**2011.** MSP implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud y donde se plantea integrar los servicios psicológicos y en especial los abordajes psicoterapéuticos en el SNIS. Discrepancias y aportes de CPU.

**2012.** III Congreso de Ulapsi en Montevideo, Uruguay.

**2014.** Convocatoria del MSP para la Elaboración del Anteproyecto de Ley de Salud Mental (MSP).

**2014-2015-2016.** Convocatoria de la



Boletín en adhesión a la campaña del Voto Verde (1989)

Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) para integrar los grupos de trabajo (GT), sobre Salud Mental y DDHH.

**2014.** Se realiza el 1° Censo Nacional de Psicología (a cargo de la Facultad de Psicología de la UdelaR). En el Censo además de investigar los diferentes ámbitos de inserción laboral, se pone en evidencia el crecimiento exponencial de egresados, de unos 600 por año aproximadamente.

En la actualidad se cuentan alrededor de 7500 psicólogos trabajando en el país, en diferentes áreas, es una profesión altamente feminizada (85%), el 50% tiene ingresos promedio entre \$10.000 a \$20.000 pesos mensuales. Aún hay mucho por hacer para mejorar las condiciones laborales.

Se han realizado XXIII Encuentros Nacionales de Psicólogos desde su creación.

Campaña contra la Baja de la edad de imputabilidad. Se realizan actividades para fundamentar el voto del NO a la BAJA.

La CPU como gremio de Egresados participa en las tomas de decisión y aportes desde su integración al Cogobierno en el Orden de Egresados en sus órganos, Consejo, Asamblea de Facultad y Asamblea del Claustro de la Universidad de la República.

Participación de iniciativas de formación de Intergremiales de profesionales Desde nuestro gremio hemos coordinado con otros gremios profesionales para lograr el reconocimiento de nuestra disciplina y la mejora de las condiciones de trabajo.

Se han establecido comunicaciones con el fin de coordinar acciones con instituciones estatales (MSP, MIDES, ASSE) ante situaciones de crisis y emergencia que han afectado a nuestra población (Cerrillos, Tornado en Dolores).

La CPU ha tenido una pertinaz participación en la elaboración de diferentes propuestas de Ley de Salud Mental 1986, 1996, 2006. 2015 ,en la actualidad ha participado activamente en la concreción de un cambio de paradigma desde una Ley de Salud Mental cuyo principal eje sea el respeto de los DD.HH. y una concepción integral de la Salud.

En este momento hay dos propuestas de Ley de Salud Mental en el Parlamento uruguayo, una presentada por el MSP y otra por La Asamblea Instituyente por una Vida Digna.

En conjunto con otras organizaciones civiles la CPU es convocada a integrar la Comisión Nacional Por una Ley de Salud Mental en Clave de Derechos Humanos que tiene entre sus objetivos Incidir en el proceso de construcción de un nuevo marco legal en Salud Mental en el Uruguay .Esta Comisión

se propone trabajar para concretar una ley Justa, Inclusiva y Humanizadora.

Para finalizar escribir el título de este trabajo y usar el término “Memoriar” no es casual, el psicólogo Enrique Sobrado, que contribuyó con incansable dedicación a la creación de una Psicología en Uruguay comprometida , antes de su fallecimiento en 1987 escribió en su último artículo:

*“La Coordinadora de Psicólogos es hoy una presencia gremial incuestionable... Pero todavía tenemos mucho por hacer. ¿No tendremos que reflexionar sobre la huella que ha dejado en nosotros doce años de dictadura e intentar corregir sus efectos? No podemos hacer de la nueva situación un valle de florecidas violetas, que nos impidan ver los ácaros que intentan roer los tallos débiles todavía. Debemos defender el futuro y para ello es necesario mirar debajo de las hojas, para garantizar la vida que late entre los pétalos”.*

Consideramos que para lograr la concreción de una Psicología para todas y todos es necesario **memoriar** el

trabajo y la contribución que se han realizado desde estos años de tantas y tantos colegas que con su dedicación y esfuerzo han logrado que hoy la CPU como gremio continúe construyendo caminos para desarrollar una Ps que aporte a nuestra sociedad.

Como integrantes de Ulapsi consideramos vital la creación de puentes con las y los colegas latinoamericanos para que nuestra profesión se desarrolle desde un compromiso científico ético y social cuyo objetivo sea la mejora de las condiciones de nuestros pueblos.

Podemos aseverar que estos puentes se han habilitado y reforzado en el transcurso de este VI Congreso de ULAPSI.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOLETÍN de CPU 1,2,3, 1984. Actas de creación 1983, 1987
- Revista 1997,1999 , +psicolog@s
- Censo Nacional de Psicología
- Código de Ética
- Ley del Psicólogo N° 17.154.
- Actas de la 1era Asamblea de Ulapsi Lima Perú y Declaración de Puebla



# Marchas y contramarchas en la construcción de un nuevo paradigma en Salud Mental

Por  
Susana Ferrer

Eduardo Galeano en uno de sus relatos describe una ciudad del interior de Uruguay y en sus tranquilas calles la presencia de Tornillo “ a quien el pueblo lo tiene por loco ”... “él lleva un espejo en la mano y se mira con el ceño fruncido. No quita los ojos del espejo.

- ¿Qué hacés, Tornillo?”

- “Aquí -dice- controlando al Enemigo”

En este trabajo intentaremos comparar con Uds. el proceso que se está realizando en Uruguay para lograr una transformación en el modelo de atención en Salud Mental.

A fines de 2014 y durante todo el 2015 el Ministerio de Salud Pública (MSP) convoca a diferentes organizaciones. Representantes de usuarios, familiares, profesionales y trabajadores, quienes desde el intercambio de diferentes saberes y desde una visión interdisciplinaria deberán plantear una nueva concepción de Salud Mental.

Esta propuesta implicó trabajar en forma plenaria y en subgrupos lo que generó un ámbito de intercambio y enriquecimiento mutuo que consideramos altamente significativo y positivo.

Como antecedente podemos citar la instrumentación del Sistema Nacional Integrado de Salud que se implementa en el año 2009 y la inclusión de los servicios psicológicos en especial psicoterapéuticos gratuitos o con bajo costo en los servicios públicos y privados desde el año 2011.

Desde la CPU se lo consideró como un cambio sustancial y planteamos una dura batalla en defensa del derecho de los usuarios al acceso universal de estas prestaciones y declaramos que si bien se nos convocó, no se consideraron nuestros aportes en especial la defensa de la habilitación para acceder a este campo laboral de todos los profesionales comprendidos por la Ley de ejercicio, reivindicando el ejercicio profesional sin exclusiones.

Hoy en perspectiva se ha podido comprobar que un cambio de las prestaciones que podía ser democratizador no sólo para los usuarios sino también para quienes realizan los abordajes psicológicos y psicoterapéuticos, abroqueló a diferentes instituciones científicas, chacras de saber-poder, logrando que algunas instituciones mutuales limitaran el acceso a muchos psicólog@s que están habilitados por la ley de ejercicio profesional.

En estos años los servicios tanto públicos como privados han mantenido intacto el modelo de atención clásica con encuadres amoldados a los requerimientos institucionales (sesiones de menor tiempo, mayor número de pacientes, plazo acotados de duración del proceso), los ciudadanos continúan recurriendo a abordajes comunitarios o a la consulta privada luego de haber consultado en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

No detallaré los artículos que se plasmaron a fines del 2015 y fueron presentados como anteproyecto del MSP al Parlamento, se puede leer la versión presentada al Parlamento nacional.

Varios puntos no llegaron a ser consensuados en los grupos de trabajo, y continúan en discusión: 1) Fecha para concretar el cierre de las instituciones monovalentes. 2) Pasos para la transición a la desmanicomialización. 3) la ubicación del Órgano de Revisión (dentro o fuera del MSP). 4) Formación en DDHH y Salud Mental. 5) Interdisciplina

En esta iniciativa del MSP se declara la intención de suplantarse la vigente Ley 9.581 del año 1936 de “Asistencia de Psicópatas” que concibe la Salud Mental desde la oposición Salud- Enfermedad y con una perspectiva sanitaria y biologicista.

Se intenta lograr un nuevo paradigma en el cual la Salud deba ser considerada integralmente y con un enfoque ineludible desde el eje de los DDHH.

En este momento en el Parlamento se encuentran dos anteproyectos de Ley uno del MSP y otro de la Asamblea Constituyente por Desmanicomialización y Vida Digna.

Debido a que no se están instrumentando cambios en la propuesta del MSP y la Ley se ve varada, se ha conformado una Comisión Pro Ley de salud mental que promueva en el Parlamento la discusión y la concreción de una Ley en clave de DDHH. la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay en conjunto con otras 19 organizaciones civiles entre ellas la Asamblea Constituyente y la Radio Vilardevoz planteando una plataforma de seguimiento a la promulgación de la Ley.

La CPU viene trabajando desde el año 1986 para lograr una Ley sustitutiva de la vigente Ley N° 9581 de "Acompañamiento a los Psicópatas" del año 1936. Hemos trabajado y realizado propuestas en los años siguientes 1996, 2006 y 2009 hasta la actualidad, proponiendo cambios que habiliten un encare de la Salud Integral.

Nuestro Código de Ética (CPU) plantea que los psicólogos veamos por: "Promover el desarrollo de una Psicología científica y universitaria destinada a mejorar la calidad de vida, entendida como una forma de armonía de la persona consigo misma, con los otros y su sociedad, sabiendo que esto sólo es posible con las necesidades básicas satisfechas".

Nuestra colega Susana Rudolf en su trabajo "A diez años del programa nacional de salud mental" (Susana Rudolf, 1996) deja expuesta discrepancias y cuestionamientos que se replican en el Uruguay del 2016 con total vigencia.

Dice Rudolf: "¿Qué supuestos filosóficos sustentan una posición que plantea la legitimidad de pensar la existencia de algo que se puede denominar salud mental? La primera evocación remite a una epistemología de corte cartesiano que consagraría un por lo menos dualismo que nos permitiría pensar en una salud mental, otra corporal, otra social y tal vez otras". (Susana Rudolf, 1996).

Es importante comentar que desde el año 1986 la CPU participó en propuestas de "cambio" que partían del gobierno pero que paradójicamente NO tomaban la postura de los psicólogos en su discusión, por esto es que Rudolf continúa diciendo: "también debemos señalar nuestras discrepancias con

la utilización de la expresión salud mental, referida a encubrir hechos, acciones, instituciones que pertenecen más al orden de la enfermedad. Aun partiendo de no considerar a la salud y enfermedad como estados absolutos, independientes, nos parece que esta utilización engañosa obedece a un procedimiento frecuente en el terreno político que se podría considerar como hacer pasar gato por liebre, del que no deseamos hacernos cómplices" (ibíd.).

Este artículo fue escrito en la segunda convocatoria del MSP de turno para modificar la atención en Salud Mental, en pleno gobierno Neoliberal. "Creo que las corrientes neo liberales que están impregnando todos los espacios de nuestra vida pública y privada no van a permitir que se implemente una política de salud mental en nuestro país. Porque más allá de las discusiones filosóficas acerca del estatuto epistemológico de lo mental, una política como esta supone brindarle a la población recursos y oportunidades para mejorar su calidad de vida".

Esta última cita continúa vigente en 2016, más allá de los profundos cambios en las políticas sociales gestadas desde que asume en el 2005 el gobierno progresista del Frente Amplio.

Desde nuestra integración como gremio de psicólogos del Uruguay al Grupo de Trabajo de la Institución Nacional De Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo hemos participado en la elaboración y producción de textos que sirvan como insumos para nuestros parlamentarios a la hora de promulgar la nueva ley de SM (INDD-HH-2015).

Al delinear una nueva Ley sobre Salud Mental, se parte de subjetividades "ya construidas", "en construcción" y que

a su vez van a producir nuevas subjetividades.

En la hora de conceptualizar y problematizar la Salud Mental, nos encontramos con una categoría que no tiene claros límites epistemológicos y no es homogénea.

Los profesionales ponemos conceptos en circulación, que generan formas de pensar y prácticas en distintos campos de problemas que atraen consecuencias. Es imprescindible tomar en cuenta cómo se construyen las categorías que van a operar luego en el cotidiano y la realidad social y que van a ser soporte de prácticas profesionales e institucionales (los dos párrafos Actas junio 2015 – Material compilado INDD-HH Librillo de apoyo para sub grupos – GT)

"Para Michel Foucault las experiencias de la enfermedad mental, la delincuencia, la sexualidad, nuestra subjetividad o nuestro saber; no constituyen universales antropológicos sino inventos recientes. Tras analizar la génesis histórica de la experiencia de la Enfermedad Mental, reflexiona siempre de la misma manera: "si esta experiencia se ha construido así a través de diversas prácticas humanas: institucionales, discursivas, sexuales, de subjetivación, histórica y socialmente condicionadas, es decir, si esta experiencia no siempre ha sido así, puede que mañana esta experiencia sea distinta". (Martín y Bernal, 2009).

El trabajo interdisciplinario que fue posible en esta última convocatoria del MSP (GT, MSP) marcó una diferencia a otras convocatorias pasadas, dio lugar al intercambio con diferentes agentes en el ámbito de la salud y no sólo dio espacio a la academia, sino especialmente a otros saberes, los



Encuentro de la Comisión Nacional Por una Ley de Salud mental en CPU (julio, 2016)

usuarios, familiares y organizaciones civiles que vienen trabajando por un proceso cierto de cambio en el concepto de Salud Mental. De todas formas y a la luz de la dificultad que se presenta para lograr la promulgación definitiva de la Ley considero que en estos momentos reflejamos más que nunca las contradicciones que se dan en nuestra sociedad y en ocasiones aún no logramos salir de la oposición Salud-Enfermedad.

La conformación de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental es una respuesta a las trabas que se han presentado para una promulgación de una ley que contemple los cambios propuestos y “tiene entre sus objetivos coordinar diversas acciones y actividades que colaboren a comprender y visibilizar la necesidad de cambios en nuestro país en lo que refiere a la Salud Mental. Incidir en el proceso de construcción de un nuevo marco legal en Salud Mental en el Uruguay que implique un cambio de paradigma y de modelo de atención que respete los derechos humanos, que actúe sobre los determinantes sociales de la salud y que cumpla con los compromisos internacionales que el país ha asumido

en la materia. Esta Comisión se propone trabajar para concretar una ley Justa, Inclusiva y Humanizadora”.

Sin duda también la posibilidad de un cambio de Paradigma aún está en construcción en el seno de nuestra sociedad y es fundamental que no quede sólo en enunciados ni en los papeles. ante las propuestas de cambio se dan RESISTENCIAS, DIFICULTADES e inevitables JUEGOS DE PODER.

No podemos dejar de lado la existencia de una ley de impunidad que atraviesa a nuestra sociedad y los efectos transgeneracionales del Terrorismo de Estado que ha desdibujado y banalizado los vínculos y las subjetividades en nuestra sociedad, por ello consideramos que se hace necesario la inclusión de la concepción integral de la Salud en un eje de DD.HH. en los planes de estudio tanto a nivel primario, secundario y terciario para lograr cambios en la Subjetividad que garanticen el respeto del derecho a la Salud de todos los habitantes del país.

Maud Mannoni nos dice: “¿por qué habla usted de curar cuando muchas veces basta acompañar a un ser en su desam-

paro?” Tanto Tornillo -el protagonista del relato de Galeano- como esta frase de Maud Mannoni nos interpelan.

¿Cuánto NOS refleja el padecimiento (locura) de otra persona? ¿Cuál es nuestro compromiso ante el sufrimiento del Otro? O quizás la pregunta sea: ¿En qué ESPEJO nos miramos a la hora de pensar para nuestra comunidad una Salud Integral para todas y todos?

#### BIBLIOGRAFÍA

A diez años del programa nacional de salud mental (Lic. Susana Rudolf, 1996).

- Anteproyecto Ley de SM -MSP 2015

- Carrazana, Valeria. EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA-EXISTENCIAL. Universidad Católica Boliviana. Rev. Salud Mental Relacional. 2002, Vol. I, No. 1.

- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657 (Argentina-2011)

- MSc. Liuba Cuba. Desarrollo y perspectivas de la salud mental en Cuba. Revista Cubana Medicina vol. 42 no.2 Ciudad de la Habana abr.abr.-jun. 2013

- Revista +psicólogos N° 273 y 274 Plataforma de la Comisión Nacional Pro Ley de Salud Mental en Clave de DDHH (Mayo 2016 , Uruguay)

# Relatoría del proceso de Uruguay hacia su nueva Ley de Salud Mental

Por  
Cristina Antúnez Maciel \*



\* Licenciada en Psic. por la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Posgrado en Psicoterapia Gestáltica. Ex-docente de la Facultad de Psicología de la UCU. Coautora del Anteproyecto de Ley SM 2009 y Coordinadora del Grupo de trabajo (GT) - MSP 2006-2009. Integrante de los GT en la INDDHH 2014-15 y el MSP 2015. Delegada permanente de CPU 2006-2016 Ley SM.



Lic. Psic. María Cristina Antúnez Maciel

Esta ponencia fue presentada en el reciente Congreso de ULAPSI que se llevó a cabo en Buenos Aires. Aquí se publica una síntesis con algunos agregados posteriores.

Uruguay atraviesa un proceso de reformulación de su legislación sobre salud mental. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) participa en él activamente hasta la fecha y distinguió a la autora de este artículo, desde mediados de 2006, en la delegatura permanente por las sucesivas Mesas Ejecutivas.

En el país aún está vigente la obsoleta "Ley de Asistencia de Psicópatas" que data de 1936, imbuida en el paradigma psiquiátrico-manicomial. La lucha de los últimos años por una nueva Ley de Salud Mental procura incorporar los estándares internacionales vigentes sobre derechos humanos a los que Uruguay se ha suscrito.

Para una mejor comprensión, se dividió el proceso en cuatro períodos: 1) Elaboración del "Anteproyecto de Ley de Salud Mental 2009" (2006-2009); 2) Impasse y continuación de la lucha por una Ley de Salud Mental cimentada en los derechos humanos (2009-2014); 3) Impulso final y redacción

colectiva en el Ministerio de Salud Pública del "Anteproyecto de Ley de Salud Mental" y su ingreso al Parlamento (2015) y 4) Situación actual: trámite parlamentario en la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores y creación de la Comisión Nacional Pro Ley de Salud Mental (2016). Los dos primeros se mencionan brevemente y se desarrollan los últimos dos.

El "Anteproyecto de Ley de Salud Mental 2009" (2006-2009) colectivamente elaborado en Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública (MSP) fue ampliamente expuesto en el artículo "Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay"<sup>1</sup>. Del mismo modo, los períodos 2 y 3 fueron detallados en el artículo "Anteproyecto de Ley de Salud Mental ingresó al Parlamento - Historia y actualidad"<sup>2</sup>.

La suspensión del proceso hacia la nueva Ley en setiembre del año 2009, a raíz de diferencias con la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, se extendió, lamentablemente, cinco años y medio. Recién en febrero de 2015 todos los actores involucrados fueron convocados por el PNSM del MSP, bajo la dirección del Dr. Ariel Montalbán.

Previamente, a fines de 2014, la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) lanzó el puntapié de una nueva convocatoria. Durante el año 2015 se trabajó intensamente en el Grupo Interdisciplinario de trabajo (GT) Salud Mental y Derechos Humanos creado en dicha Institución.

En la segunda reunión de 2015 de ese grupo se acordó promover en primer lugar, la aprobación de una nueva Ley de Salud Mental "que garantice los derechos reconocidos por la Constitución y los tratados internacionales, y brinde un marco adecuado a las políticas públicas en la materia. Teniendo por principios básicos: la dignidad de las personas, la excepcionalidad y la brevedad de la institucionalización, la no estigmatización y el derecho a vivir en comunidad".

El 15 de diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo ingresó al Parlamento el Proyecto final de Ley a la Comisión de Salud de Senadores. Después de haber concluido la ronda de entrevistas a los diversos actores, la Comisión inició el estudio del articulado en julio de 2016. Previamente, la Asamblea Institucional "Por salud mental, Desmanicomialización y Vida digna" lanzó una campaña de recolección de firmas en

la que participó CPU y otras muchas organizaciones. Adhirieron más de 30 colectivos, 60 personalidades y se recolectaron 10.000 firmas. Y en setiembre de 2015, presentó al Parlamento un Proyecto de Ley de Salud Mental de 64 Artículos, con la colaboración en el proceso de redacción de delegados de IELSUR, CAinfo, ¿Y por qué no?...Nuestro Propio Horizonte y CPU.

### Creación de la Comisión Nacional Pro Ley de Salud Mental en Clave de DDHH

En la reunión convocante inicial en el Centro Cultural y Biblioteca Popular Bibliobarrio quedó constituida la Mesa provisoria de la Comisión Nacional integrada por Radio Vilardevoz, Asamblea Instituyente, CPU y Proderechos. El 27 de mayo 2016, reunidos en CPU, se conformó definitivamente la Mesa de Coordinación con 20 organizaciones y colectivos sociales. Se recibió la adhesión posterior de otros 30, haciendo el lanzamiento público el 30 de junio 2016 en la Antesala de la Cámara de Senadores del Palacio Legislativo.

Así se expresa la nueva Comisión Nacional: *“Como es de público conocimiento en este momento hay una propuesta de Ley de Salud Mental en el Parlamento, presentada por el MSP que ha tomado aportes de diversas organizaciones sociales, pero la misma requiere ajustes necesarios para que sea coherente con el nuevo paradigma en Salud Mental que se propone. Desde el discurso y la exposición de motivos del Proyecto, se declara que se apunta a un cambio del paradigma del modelo de atención desde un nuevo paradigma en Salud Mental. Sin embargo el articulado no menciona disposiciones fundamentales para concretar el cambio de modelo, o en algunos casos las presenta de modo tal que su carácter de obligatoriedad y universalidad queda reducido a una expresión de deseo,*

*de promoción y/o de fomento”.*

Esta Comisión se propone por lo tanto *“Incidir en el proceso de construcción de un nuevo marco legal en Salud Mental en el Uruguay que implique un cambio de paradigma y de modelo de atención que respete los derechos humanos, que actúe sobre los determinantes sociales de la salud y que cumpla con los compromisos internacionales que el país ha asumido en la materia”.*

En síntesis, continuar la lucha, *“para concretar una ley Justa, Inclusiva y Humanizadora. Para esto hará énfasis en el trabajo sobre los siguientes puntos fundamentales que debe incluir la ley, así como el proceso de aplicación de la misma”.*

Los 11 puntos de su Plataforma se han divulgado por diversos medios (entrevistas en prensa y radio, boletines informativos de las organizaciones y colectivos adheridos, volantes, redes sociales). En la página de Facebook de la Comisión Nacional Pro Ley de Salud Mental se puede acceder a toda la información.

En conclusión, se destaca la participación y movilización social en este proceso de Uruguay hacia su nueva Ley de Salud Mental y el rol protagónico de diversos actores (PNSM del MSP, INDDHH, Asamblea Instituyente, colectivo Radio Vilardevoz, CPU, entre muchos otros). Ha sido fundamental el aporte de la legislación vigente de otros países, de forma especial, latinoamericanos, y la participación de usuarios y familiares.

Para terminar, dos frases célebres:

*“La única lucha que se pierde es la que se abandona”* (Ernesto Che Guevara).

*“Los derechos se toman, no se piden; se arrancan, no se mendigan”* (José Martí).

### Proyecto de Ley de Salud Mental del Poder Ejecutivo. Detalle de los VII Capítulos, 46 Artículos

CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES: Artículos 1-5 / CAPITULO II DERECHOS: Artículo 6 / CAPITULO III AUTORIDAD DE APLICACIÓN: Artículos 7-10 / CAPITULO IV INTERINSTITUCIONALIDAD: Artículos 11-14 / CAPITULO V ABORDAJE: Artículos 15-38 / CAPITULO VI ORGANO DE CONTRALOR Artículos 39-45 / CAPITULO VII DISPOSICIONES TRANSITORIAS: Artículo 46

### Proyecto de Ley de la Asamblea Instituyente. Detalle de los XII Capítulos, 64 Artículos

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES Artículos 1-2 / CAPÍTULO II DEFINICIONES Y GARANTÍAS Artículos 3-5 / CAPÍTULO III DERECHOS DE USUARIA/OS Y FAMILIARES Artículos 6-11 / CAPÍTULO IV SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y MODALIDADES DE ABORDAJE Artículos 12-21 / CAPÍTULO V INTERNACIONES Artículos 22-24 / CAPÍTULO VI AUTORIDAD DE APLICACIÓN, INTERINSTITUCIONALIDAD E INTERSECTORIALIDAD Artículos 25-30 / CAPÍTULO VII ÓRGANO DE REVISIÓN DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS Artículos 31-38 / CAPÍTULO VIII CURATELA E INCAPACIDAD Artículos 39-51 / CAPÍTULO IX RECURSOS HUMANOS Artículos 52-54 / CAPÍTULO X INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD MENTAL Artículos 55-58 / CAPÍTULO XI PRESUPUESTO Artículos 59-60 / CAPITULO XII DECLARACIÓN ORDEN PÚBLICO Artículos 61/ DISPOSICIONES TRANSITORIAS (en elaboración) Artículos 62-64

### CITAS

<sup>1</sup> Revista CPU N° 209-X-2009, Mdeo., pág. 25-29 y 16, 23 y 24.

<sup>2</sup> Revista CPU N. 274-IX-2015, Mdeo., pág. 10-17. Disponible en: [http://www.psicologos.org.uy/revistas/274\\_revista2015\\_setiembre.pdf](http://www.psicologos.org.uy/revistas/274_revista2015_setiembre.pdf)

# Reflexiones sobre la práctica clínica en niños, niñas y adolescentes institucionalizados

Por  
Ana L. Charbonnier \*  
Carlos E. Varela \*\*  
Mariela I. González \*\*\*

## Introducción

El presente trabajo propone una reflexión sobre el abordaje psicoterapéutico con niños, niñas y adolescentes que viven privados de los cuidados parentales, es decir que crecen en centros de 24 horas bajo la órbita del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU).

En nuestro caso integramos el Servicio de Atención Psicológica de la Institución (SAP), espacio al que son derivados niños, niñas y adolescentes que de una u otra manera están vinculados al INAU para la realización de abordajes psicoterapéuticos.

Algunas puntualizaciones sobre la internación como medida de protección en Uruguay

En el informe sobre Internados realizado por el Observatorio del Sistema Judicial, la Fundación Justicia y Derecho y UNICEF (2012) se plantea que Uruguay posee una de las tasas más altas en la región de niños, niñas y adolescentes internados.

Concebimos la internación como medida excepcional ante situaciones de seria vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Si bien existe consenso que es en la familia el lugar donde deberían crecer, encontramos una tensión en las prácticas

entre aquellos que priorizan el derecho a vivir en familia y la creencia sostenida por otros que en el internado se dan las mejores condiciones para su desarrollo.

Antes de llegar a la internación se deberían buscar y agotar todas las posibles estrategias de trabajo a nivel comunitario y en caso de no contar con referentes familiares o cercanos que puedan hacerse cargo de los cuidados parentales, es que se tomaría esta medida. En este sentido dicha situación debería durar el menor tiempo posible y las estrategias desplegadas en este momento tendrían que apuntar hacia un reintegro familiar del niño, niña o adolescente, su inclusión en familia extensa (otros referentes familiares o significativos) o el pasaje a adopción.

No siempre esta situación se da de esta manera y nos encontramos con niños, niñas y adolescentes institucionalizados por muchos años, algunos hasta cumplir su mayoría de edad. Este tránsito, que a veces resulta altamente complejo, indefectiblemente atraviesa el proceso psicoterapéutico.

## Cada niño, cada espacio psicoterapéutico...

El Servicio de Atención Psicológica funciona brindando espacios de psicoterapia individual, vincular (fratrías) o grupal (grupo de niños/as y de adolescentes), con una frecuencia semanal.

Previo al inicio de un proceso de psicoterapia, contamos con un dispositi-

vo de mesa de recepción, que puede implicar una o más entrevistas con los equipos derivantes. El principal objetivo de esta instancia es intercambiar sobre la situación del niño, niña o adolescente y su familia, su historia y el contexto de la internación, de manera de poder acordar estrategias de trabajo compartidas y en ocasiones acciones que se entienden necesarias de ser implementadas previas al comienzo de la psicoterapia.

Entendemos nuestro abordaje terapéutico como parte de un nodo de una red en tanto que las derivaciones para las intervenciones psicológicas se dan en el marco de una estrategia común de intervención.

Desde nuestro punto de vista no se puede trabajar aisladamente sin considerar la multiplicidad de acciones en diversas áreas que se llevan adelante para cada niño, niña o adolescente, siendo fundamental para este tipo de abordaje trabajar de forma coordinada con los diferentes referentes institucionales sobre la co-construcción del proyecto de vida del niño, niña o adolescente, así como sobre los emergentes de la vida cotidiana.

## • Particularidades de la atención psicoterapéutica en niños, niñas o adolescentes internados

Consideramos que la atención en psicoterapia en niños, niñas o adolescentes que viven en "Hogares" tiene cierto nivel de especificidad tanto en lo que concierne al marco conceptual desde

el que comprendemos la realidad intra e intersubjetiva de los pacientes así como en la técnica y los instrumentos utilizados.

Por otra parte este trabajo no pretende abarcar todas las temáticas que surgen en los encuentros con estos pacientes, será por lo tanto un recorte parcial de algunos aspectos que nos interesa poner en consideración.

El primer objetivo del proceso psicoterapéutico, como en todo proceso, es establecer la confianza necesaria para lograr una buena alianza terapéutica. En el trabajo clínico observamos que lograr un vínculo de confianza y empatía, en ocasiones implica un largo proceso, más aún en aquellos que se encuentran institucionalizados desde hace más tiempo.

En algunas situaciones los niños, niñas y adolescentes se muestran afectuosos y demandantes de un espacio de atención personalizado, entusiastas de comenzar con el mismo. Pero en general constatamos en una primera etapa dificultades a la hora de apropiarse de este espacio, en el sentido que surgen fantasías y miedos más primarios; de

daño y ataque, al otro, al espacio y a sí mismo, de intrusión al propio cuerpo y del terapeuta, con elementos más persecutorios. El hecho de “venir al psicólogo” implicaría para el niño, niña o adolescente comenzar a remover situaciones traumáticas, algunas de las cuales no pudieron ser simbolizadas y otras fueron negadas, disociadas o en el mejor de los casos reprimidas.

Observamos que en esta etapa inicial nos encontramos “a prueba”, en el sentido de cuánto como terapeutas podemos sostener al paciente, ser depositarios de sus enojos, angustias y miedos y mantener a pesar de ello el espacio terapéutico. En niños, niñas o adolescentes que han vivido innumerables pérdidas, las relaciones están marcadas por cierto nivel de desconfianza; frente al posible temor a ser nuevamente abandonados se protegen replegándose y poniendo obstáculos a la hora de vincularse afectivamente.

Otro aspecto a destacar, que se vuelve perjudicial al momento de comenzar un proceso psicoterapéutico, es que en ocasiones los pacientes llegan a la primera consulta sin haberse trabajado lo relacionado con la construcción de la

demanda. La posibilidad de sostener el espacio terapéutico es mayor cuando previamente se han problematizado sus situaciones, tomado contacto con los motivos que los llevan a buscar ayuda.

Tomamos la dimensión vincular como un aspecto privilegiado para pensar nuestras prácticas e intervenciones clínicas, ya que creemos que desde este enfoque podemos contribuir a un mejor entendimiento de las inhibiciones y alteraciones en el desarrollo intra e intersubjetivo que estos pacientes presentan, así como dar luz en la comprensión de su sintomatología y sufrimiento psíquico.

Considerando los modos de relacionamiento que nuestros pacientes vienen estableciendo, incluso con nosotros como terapeutas, es que inferimos que estos niños, niñas y adolescentes no han contado con figuras significativas con las que pudieran haber desarrollado un apego seguro.

Partimos entonces del concepto de que todo ser al momento de nacer, por su estado de indefensión, necesita de una o más figuras significativas que se

\* Lic. en Psicología -Udelar. Departamento de Psicología INAU. Psicoterapeuta de niños y adolescentes.

\*\* Lic. en Psicología -UBA. Especialista en Derechos de Infancia y Políticas Públicas- Udelar. Docente Udelar. Departamento de Psicología INAU. Psicoterapeuta de niños y adolescentes

\*\*\* Lic. en Psicología -Udelar. Departamento de Psicología INAU. Psicoterapeuta de niños y adolescentes



Ana L. Charbonnier, Carlos E. Varela y Mariela I. González

encuentren dispuestas y receptivas a atender y regular las necesidades vitales y emocionales del mismo. Una “madre suficientemente buena”, como plantea Winnicott (1957), que partiendo de los cuidados, vaya estableciendo un lazo afectivo, de sostén, protección y seguridad y donde la mirada, el contacto corporal y la palabra contribuyen en la configuración del sistema de apego.

En nuestros pacientes incluso estaríamos pensando en patrones de apego con características más bien ansiosas resistentes, elusivas e incluso en ocasiones desorganizadas (Bowlby, 1989).

En la medida que las figuras de apego puedan poner en palabras, semantizar los afectos y las necesidades corporales de un bebé y llevar adelante las acciones correspondientes, este progresivamente irá logrando una autorregulación afectiva y fisiológica (Dio Bleichmar, 2005), aspecto que en estos pacientes vemos dificultado.

Por otra parte el hecho de ingresar a un “Hogar”, con la rotación cotidiana del personal y educadores que esto implica, aumenta la dificultad a la hora de construir vínculos estables que oficien

como figuras de apego. La posibilidad de una autorregulación afectiva progresiva en nuestros pacientes es más difícil de lograr en este contexto de figuras referentes cambiantes, donde el adulto no podría garantizar y otorgar provisiones afectivas continuas y estables y estar en sintonía con los afectos del niño, niña o adolescente.

A pesar de ello observamos cómo nuestros pacientes en general necesitan de ese otro, adulto que pueda contener y ayudar a identificar, a metabolizar, procesar y comprender sus diversos estados afectivos. Muchas veces esto se intenta reparar contando cada niño, niña o adolescente con uno o dos adultos de referencia, y también a través del sostén que pueda brindarles el espacio psicoterapéutico.

Muchos de estos niños, niñas y adolescentes muestran cierto nivel de inestabilidad y labilidad emocional, con alteraciones del humor, pasando por momentos de euforia, a otros de claro enojo, con conductas heteroagresivas, a otros de mayor tristeza, vivenciando así montos de angustia y ansiedad elevados, al punto a veces de presentar ideas de muerte y en algunos casos incluso intentos de autoeliminación, o

autoagresiones. Entendemos que muchas veces es la manera que encuentran de intentar fallidamente calmar su dolor psíquico, al reemplazarlo por el dolor físico.

Otros pacientes se muestran más retraídos, con claras conductas de inhibición, a nivel emocional y a veces también cognitiva.

Visualizamos en muchos de estos niños, niñas y adolescentes sentimientos de inseguridad, que afectan de alguna manera su capacidad a la hora de explorar el mundo externo y de aprender. Sumado a esto, y considerando lo anteriormente mencionado en cuanto a las pautas de apego por ellos vividas, es que percibimos representaciones de sí mismos signadas por la carencia y la falta.

A esto podríamos agregar las situaciones de extrema precariedad socioeconómica en que muchos de estos pacientes crecieron, llegando a veces a estados de desnutrición, con consumo problemático de sustancias de sus madres en sus embarazos, además de situaciones de vida, altamente dolorosas de maltrato, negligencia y en ocasiones de abuso sexual.

Haciendo énfasis en los modos de relacionamiento que nuestros pacientes han ido estableciendo, observamos cierta tendencia a aferrarse afectivamente, de forma a veces un tanto indiscriminada, con adultos, referentes de los Hogares, o con pares, sean amigos o parejas. En general establecen vínculos exclusivos, donde les es muy difícil introducir al tercero. Frente a experiencias tempranas que estuvieron marcadas por las dificultades de contención y sostén emocional y de cuidados, en esa búsqueda de encontrar lo que no tuvieron y viven como



Murga “Poetas de Nadie” en el cierre del Congreso (Facebook/ULAPSI)

falta, es que vemos en estos pacientes la necesidad de generar este tipo de vínculo (sistema relacional, que no termina siendo del todo acorde, por otra parte, a las necesidades actuales de los pacientes). Se muestran así ansiosos en la búsqueda de acercamiento y contacto, buscando muchas veces llamar la atención de ese otro, o querer agradar y conquistar, intentando mostrar sus aspectos positivos; con el temor siempre de un posible rechazo o abandono.

Otros pacientes viven el mundo externo y al otro de manera muy persecutoria; con relaciones marcadas por la desconfianza y el temor al ataque y pérdida. Frente a los sucesivos rechazos vividos se muestran distantes, con claras dificultades de poder comprometerse emocionalmente, sintiéndose de alguna manera autosuficientes. Presentan una parálisis emocional defensiva, que necesitaron desarrollar para protegerse frente a situaciones de vida traumáticas, resultándoles sumamente difícil poder “derribar” esa barrera que ellos mismos construyeron y confiar en que no todos terminarían dañándolos.

- **Especificidades de nuestro rol de terapeutas...**

En cuanto a las implicancias de nuestro rol como terapeutas en el trabajo con estos pacientes, en ocasiones somos quienes permanecemos como testigos de su tránsito institucional, oficiando de sostén en dicha transición.

El terapeuta cumple por momentos un rol de maternaje, que trasciende el encuadre de consultorio, ya que necesitan un vínculo de contención, de cuidado, de disponibilidad física y psíquica, para escucharlos, mirarlos,

revalorizarlos, y ayudarlos a regular sus emociones, siendo por momentos quienes ponemos en palabras sus afectos y ansiedades (contribuyendo así a su identificación y entendimiento). A través del vínculo con nosotros como terapeutas, los pacientes actualizan las formas de relacionamiento que tuvieron con sus figuras parentales y desde allí podemos propiciar otras formas de vincularse.

Nos preguntamos qué sucede con la construcción de la propia historia de vida en aquellos que se encuentran institucionalizados desde pequeños y no mantienen vínculos con sus familiares adultos, situaciones en las que parecería existir una fragmentación entre un antes y un después de la internación, y todo aquello que aconteció y motivó a la misma ha quedado en general encriptado.

Otras veces cuando la internación se da en pacientes más grandes de edad, escolar o adolescentes, observamos cierto nivel de naturalización de prácticas de crianza y vínculos familiares basados en el maltrato y/o abuso.

En cualquiera de las dos situaciones es fundamental realizar un trabajo de historización, intentando esclarecer los malentendidos y las explicaciones que los pacientes han armado en relación a lo que vivieron. Explicaciones que además muchas veces involucran una visión muy parcializada, de sí mismo y de su historia, ya que al no contar con toda la información necesaria tienden a leer y entender esos recortes y fragmentos de la realidad desde una mirada autorreferencial.

En general el paciente interpreta su abandono no desde las dificultades de los adultos para ejercer la maternidad y paternidad, sino desde sus supuestas dificultades, creyendo que no ha sido “elegido” o “deseado” por algún motivo vinculado a su ser o comportamiento.

La capacidad de historización depende en buena medida de que los adultos puedan brindarles a estos niños, niñas y adolescentes relatos de experiencias y anécdotas, otorgando sentido a momentos de su historia así como un lugar de linaje y pertenencia que le den un hilo de continuidad.

Cuando nos encontramos con agujeros en la historia o confusión con respecto al linaje y filiación o a los vínculos fraternos, nos abocamos a la construcción de dicha historia. En ocasiones es necesario rastrear informes y documentos institucionales, así como convocar al espacio psicoterapéutico a familiares o a quienes puedan aportar información al respecto. Acompañamos al niño, niña o adolescente en la elaboración de su narrativa histórico-identitaria que contemple sus orígenes, sus antepasados y su propia historia personal y familiar.

El trabajo sobre la construcción de narrativa sobre los hechos vividos por niños, niñas y adolescentes institucionalizados es parte crucial del espacio psicoterapéutico. Es necesario que el mismo sea claro y cuidadoso.

Este aspecto está relacionado con lo que algunos autores denominan significación de la experiencia del niño. Jonathan Sarracino en un estudio so-

bre la infancia institucionalizada y la narrativa familiar se refiere a la capacidad del adulto de dar sentido a las diferentes situaciones que ha afrontado el niño y poder construir un relato que a su vez favorezca la verbalización de distintas experiencias atravesadas, la internación, entre ellas. El niño, niña y adolescente precisa que el adulto referente facilite y colabore a construir una narrativa que ayude a conocer y comprender su pasado y sus peripecias vitales (Sarracino, 2013).

Es doloroso para el paciente tomar contacto con experiencias de abandono y negligencia parental por lo cual es necesario otro que lo ayude a elaborar una explicación que sostenga su autoestima, tramitando las emociones ambivalentes que esto implica. En algunos casos las medidas de protección pueden considerarse por los propios padres como una delegación de los cuidados parentales en función del bienestar del niño.

### El uso de mediadores...

En general encontramos en el trabajo clínico con estos pacientes, una mayor dificultad para expresarse a través de la palabra y “la caja de juego tradicional”. A menudo les resulta difícil mostrar sus sentimientos predominando la acción y la descarga motora o la inhibición.

En algunos casos esto es debido a que han vivido distintas experiencias traumáticas, sumamente dolorosas y en otras por presentar déficit en la capacidad de simbolización.

Es por este motivo que en la búsqueda de un lenguaje alternativo hemos promovido en el espacio terapéutico la utilización de diversos mediadores que además de ayudarnos en el acercamiento al niño, niña u adolescente, ofician como *objetos intermediarios* y catalizadores terapéuticos. Cumplen un papel de ligazón intrapsíquica e intersubjetiva.

Algunos posibles mediadores, más allá del juego, que utilizamos son: búsqueda de información en internet, pintura, barro, marionetas y títeres, máscaras, lectura y producción de cuentos, escucha de canciones y construcción de álbum de fotos.

La elección de uno u otro dependerá de cada situación particular y surge de los propios intereses del niño, niña o adolescente.

Anne Brun nos dice que: *“Las modalidades de presentación del objeto mediador por parte del (o de los) terapeuta(s) se inspiran en lo que Winnicott (1960, 1962) llama la “presentación del objeto” por el entorno maternante. No se trata solamente, según Winnicott, de ofrecer algún objeto (el prototipo sería el seno) sino de ofrecerlo en el momento adecuado, es decir, aquel en el que el niño está preparado para crearlo”*. (Brun, 2009).

Estas mediaciones son necesarias para suplir la dificultad de asociaciones, proporcionar un soporte a la liberación de las fantasías y contribuir en la elaboración de situaciones traumáticas. Los mismos vienen a nuestro auxilio en el trabajo de simbolización y subjetivación.

Es un trabajo de entramado ligador, donde se han producido quiebres o fallas de la simbolización, donde los nexos están rotos, y permite al paciente a través de nuestra mediación ir construyendo una red significativa, que permita entramar vivencias deshilachadas, agujereadas, carentes de sentido y por lo tanto no posibles de ser verbalizadas, ofreciendo puentes simbólicos.

### Consideraciones finales

Escribimos este trabajo con el objetivo de compartir nuestra experiencia clínica haciendo un recorte en la población atendida e intentando sistematizar algunas generalizaciones. Sin embargo sabemos que cada situación es singular como lo es, la forma en que cada uno/a resuelve y elabora sus conflictos. También somos conscientes de que por más trabajo clínico y disposición del niño al cambio, si las condiciones externas no son adecuadas, la elaboración y el fortalecimiento psíquico no serán posibles.

Consideramos entonces que es posible y oportuno trabajar desde un espacio psicoterapéutico con niños, niñas y adolescentes internados por medidas de protección. Hemos tenido que repensar nuestras prácticas y encuadres de trabajo para poder contribuir en la comprensión del sufrimiento psíquico y en los procesos de “cura”. Entendemos el espacio terapéutico como potenciador de la construcción y apropiación de un proyecto de vida en los niños, niñas y adolescentes y de su pleno desarrollo integral, en el marco de la restitución de derechos.

## El Abordaje Psicosocial desde el dispositivo de Cuidados Paliativos en un servicio de Ortopedia y Traumatología

Por  
Rosa del Puerto V. \*

El diccionario de la Real Academia Española define el término paliar cómo: mitigar, suavizar, atenuar una pena, un disgusto. Y define paliativo referido a los remedios que se aplican a las enfermedades incurables para mitigar su violencia y refrenar su rapidez.

Es frecuente que entre los familiares y pacientes mismos, escuchemos que recurrirán a los cuidados paliativos más adelante, cuándo no haya nada más para hacer; es indudable que el concepto se usa en estos casos referido a la implicancia de enfermedad incurable únicamente, y queda excluido la noción de proceso de adaptación y aceptación de las nuevas condiciones de vida que trae aparejada la enfermedad.

La Dra. Bernada quién está al frente de la unidad de Cuidados Paliativos (CP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell mencionaba en una entrevista que los cuidados paliativos “no están pensados para que los pacientes se curen, pero tampoco para acelerar la muer-

te. Son un conjunto de tratamientos que tienen como objetivo principal proporcionar alivio al dolor y los síntomas que genera la enfermedad que padecen, para mejorar su calidad de vida. Este tipo de cuidados “afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural”. Son compatibles con otros tratamientos y ofrecen soporte a las familias para que se adapten a la enfermedad y en el proceso posterior que, en la mayoría de los casos, incluye el duelo.

A finales de 2007 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que incluiría a los cuidados paliativos. En 2008 el Ministerio de Salud Pública (MSP) creó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Sin embargo, los centros de salud que brindan este tipo de servicio todavía son escasos en pediatría y también en medicina de adultos.

La mayoría de los pacientes en Latinoamérica solo reciben asistencia sanitaria durante la hospitalización para uno de los componentes del sufrimiento: los síntomas físicos; pero muchos de estos pacientes al ser dados de alta no tienen continuidad asistencial ni acceso a los medicamentos esenciales;

especialmente los opioides. Ni a seguimiento y soporte psicospiritual.

La definición de la OMS (Ginebra 2002) sobre Cuidados Paliativos menciona que “se trata de la asistencia activa e integral que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias. A través de la prevención y alivio del sufrimiento, frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida. Mediante la identificación temprana, evaluación precisa y resolución del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Sabemos que los CP no son sólo aplicables en los estadios finales de una enfermedad terminal, son oportunos y deseables tempranamente en el curso de la enfermedad, en conjunto con otros abordajes; en éste caso, podríamos hablar de (medidas) que desde el punto de vista físico procuren confort y algo más de bienestar, y desde el punto de vista psicosocial puedan atender, sostener, acompañar a la familia y proporcionar alivio al sufrimiento que significan los micro duelos en la cotidianidad.

\* Recibida en México de la Licenciatura en Psicología. Su trabajo se ha centrado en el área de las migraciones. Realiza estudios en UdelAR sobre intervención familiar y contempla diversos enfoques psicocorporales dentro de una práctica integradora. Integra la Red de Psicólogos del Uruguay. Desde 2104 forma parte del colectivo “Uruguay por Ayotzinapa”.



Mónica Fritz, Rosa Del Puerto, Susana Ferrer, Mónica Coore y Karina de León (Mesa Ejecutiva de CPU)

Por lo que se expone, es claro que el tratamiento de cuidados implica un equipo que se dirige a la vertiente física pero que contemple el apoyo psico-emocional y sostén desde el área familiar y personal. Que permita desde la interacción de una escucha atenta, respetuosa, la formulación de un relato a partir de la experiencia vívida que se construye en el intercambio de preguntas-respuestas, verbalizaciones, silencios, gestos. Lo dicho y lo no dicho. Lo que expresamos en forma verbal o por escrito, el lenguaje digital, y el lenguaje analógico (tonalidad de voz, lenguaje corporal, vestimenta). Se pone en juego nuestra capacidad de interpretar lo que se dice con el resto del cuerpo, y con movimientos o gestos que van más allá de las palabras.

El profesional de la salud entra en la historia del paciente, de los padres, si les dedica tiempo, atención y los deja hablar. Al concentrarse en el relato, logra ser genuino en su aproximación y se acerca a un contacto intersubjetivo que favorece y enriquece la alianza terapéutica, ganando en “competencias médicas”.

Un aspecto que no podemos soslayar en cuanto a las competencias que redunden en un profesional hábil, es lo que se refiere preservar los espacios de auto cuidado, o sea el relacionamiento del profesional de la salud consigo mismo.

La asistencia a pacientes con la vida amenazada o con patologías crónicas y limitantes ECC, son desgastantes para la familia, pero también para los profesionales de la salud. Es inconveniente desestimar el impacto que el dolor y abatimiento sostenido genera en la propia persona, que se encarga de pro-

picar cuidados: escucha, capacidad de resolución, paciencia, tiempo.

Una de las maneras de minimizar este desgaste es atender el relacionamiento intra equipo asistencial. La comunicación oportuna y suficiente sobre los pacientes y sobre las vivencias personales que su atención provoca en los integrantes del equipo, fortalece el desempeño del rol profesional y a su vez tiene un efecto de resonancia en la familia que es importante tener en cuenta.

La mejor herramienta que posee el profesional de la salud,... es él mismo, por ello es esencial la reflexión,... momentos; para poder elaborar las preguntas sobre la movilización personal de contenidos afectivos, biográficos; que resuenen en el vínculo con los pacientes. Ocuparse de sí mismo, de preservar espacios de recreación y creatividad en otras áreas, posibilita que responda a las necesidades de sus pacientes de forma menos contaminada, por sus propios temas pendientes.

Los significados, la experiencia y el sentido de la enfermedad, así como los períodos apacibles y momentos de felicidad, deben ser incluidos en la red de saberes y certezas que se cruzan entre familia y el profesional. El movimiento “hospice” (de hospicios) fue el primero en reconocer el alto nivel de sufrimiento que existe al final de la vida, y en ubicar el foco del cuidado en el alivio de este sufrimiento. Inicialmente destinado a pacientes adultos con cáncer sin chances de curación, a medida que se advirtió que aliviar el sufrimiento mejoraba la vida de pacientes y familias, esta “filosofía de cuidado” se extendió a etapas tempranas del cáncer, a niños, y con ellos, a

otras enfermedades que amenazan la vida, dando lugar a lo que hoy se conoce como cuidados paliativos.

### ¿Qué se entiende por sufrimiento?

Eric Cassel lo definió como “un estado de distrés severo que ocurre cuando la integridad de la persona se ve amenazada. Se entiende por integridad (de la persona) todas las dimensiones de su vida: su cuerpo, su identidad, sus prácticas, sus cualidades y capacidades, sus ideas, su historia, sus creencias, su autonomía, las relaciones consigo mismo y con los otros, las expectativas acerca del futuro, etc. la integridad es inseparable de lo que ocurrió en el pasado, y a su vez es dinámica ya que, en tanto la persona vive nuevas experiencias, ésta puede ser dañada, enriquecida, desarmada, rearmada, redefinida, destruida”.

El sufrimiento es un fenómeno multidimensional que incluye los aspectos físicos (dolor, vómitos, disnea), psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos cognitivos), existenciales (ansiedad por la enfermedad, sentimientos de culpa, falta de esperanza), y sociales (falta de recursos económicos, burocracia del sistema sanitario) del paciente y su familia.

### Barreras a la Integración

A pesar de la mayor visibilidad y disponibilidad de la especialidad, la percepción de los CP que tiene la mayoría de los profesionales de la salud y el público en general aún está teñida por suposiciones incorrectas, ideas falsas y/o mitos.

Estos mitos impactan significativamente en la práctica clínica cotidiana, actuando como barreras a la integración de los CP. Por este motivo,

es esencial identificarlos y revisarlos, proporcionando información correcta, aclarando malentendidos y dejando en claro cuándo es necesario dar intervención al especialista y/o equipo de CP.

**MITO #1. PARA CONSULTAR AL ESPECIALISTA Y/O EQUIPO EN CP EL NIÑO DEBE TENER UNA ENFERMEDAD TERMINAL O ESTAR AL FINAL DE LA VIDA.** Ya se mencionó, los cuidados paliativos son apropiados para cualquier niño con una ECC que presente (o tenga riesgo de presentar), desde el diagnóstico en adelante, y se deben brindar independientemente del pronóstico.

**MITO #2. LOS CP SON SÓLO PARA NIÑOS CON CÁNCER.** Los niños con cáncer suelen constituir del 20-30% de las consultas, una proporción menor a la de niños con enfermedades neurológicas/ neurodegenerativas o congénitas/genéticas atendidos por estos equipos.

**MITO #3. LOS TRATAMIENTOS CURATIVOS Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS SON EXCLUYENTES.** Ya hemos mencionado que proveer CP desde etapas tempranas de las EAV y concomitantemente con los tratamientos dirigidos a la enfermedad no solamente está recomendado por la OMS sino que ofrecería beneficios adicionales para el niño y la familia.

**MITO #4. EL NIÑO QUE RECIBE CP DEBE ABANDONAR A SU EQUIPO PRIMARIO DE ATENCIÓN.** Es importante que los equipos de CP alienten y faciliten que estos equipos puedan mantener el papel principal en el cuidado de un paciente y promuevan la comunicación amplia con ese equipo. Los CP son una especialidad de interconsulta, que “va” a donde esté el paciente y pretende que el equipo primario de atención continúe ejerciendo su liderazgo en el cuidado.



**MITO #5. EL NIÑO QUE RECIBE CP DEBE SER TRASLADADO A UNA UNIDAD O UBICACIÓN DIFERENTE**

**MITO #6. SI SE INTERCONSULTA CON CP, EL NIÑO VA A PERDER LAS ESPERANZAS Y MORIR MÁS RÁPIDO.** Algunas familias creen que la derivación a cuidados paliativos hará que el niño/ adolescente pierda la esperanza (de curación) y que, como consecuencia de ello, la muerte se anticipe. El concepto de la esperanza se actualiza y lo referimos a por ej.: Lograr un buen control de síntomas, de pasar más tiempo en la casa o con la familia. Esperanza en el aquí y ahora, no está centrada en el futuro. Este mito se ve reforzado por el hecho de que es frecuente que la consulta a cuidados paliativos se haga de manera tardía, en el final de la vida.

**MITO #7. SI SE INTERCONSULTA CON CP, SE ADMINISTRAN OPIOIDES Y SE ACELERA LA MUERTE.** Un error muy habitual es la creencia de que los opioides causarán depresión respiratoria, acelerando la muerte. Estas decisiones deben ser tomadas siempre que sean la mejor estrategia terapéutica para ese paciente.

**MITO #8. ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO = ABANDONO O MALA CALIDAD DE ATENCIÓN.** Cuidar de un paciente y su familia en esta etapa es un cuidado intensivo y de alta calidad,

y requiere de un monitoreo clínico y soporte psicosocial cercanos.

**MITO #9. LOS CUIDADOS PALIATIVOS SIEMPRE INCLUYEN ÓRDENES DE NO RESUCITAR**

**MITO #10. TODAS LAS FAMILIAS QUIEREN QUE “EL FINAL DE VIDA” SEA EN CASA.** En América Latina, a excepción de Costa Rica, Chile, y la provincia de Neuquén en Argentina, no existen políticas sanitarias que contemplen la provisión de cuidados domiciliarios por lo que es difícil ofrecer buena continuidad del cuidado en el ámbito domiciliario; como resultado, en la región, la mayoría de las muertes ocurren en el hospital.

### Estrategias de Integración

1) Consensuar criterios para realizar la interconsulta a CP.

- a) criterios para consultas “automáticas (la consulta a CP es parte del “paquete” de atención que se ofrece)
- b) criterios recomendados: por ejemplo, presencia de síntomas complejos “paciente con dolor en el que los tratamientos de primera línea no han resultado exitosos”, o “vómitos intensos en primera sesión de quimioterapia”.

2) Participar en reuniones de discusión de pacientes.

Difundir los CP en el nivel básico de atención, trabajando sobre los mitos de los médicos y paramédicos y sobre los temores a perder control y poder como equipo primario. Así mismo desmantelar falsas ideas y temores de que una vez que ingresen a la escena la unidad de CP, los pacientes se deberán exclusivamente a éste equipo.

Difundir los CP en el nivel básico de atención, trabajando sobre los mitos de los médicos y paramédicos y sobre los temores a perder control y poder como equipo primario.

La morfina, se vuelve una mala palabra, que los médicos evitan considerar, pues implica capacitación para su prescripción y sobre todo mala prensa cultural., se escuchan argumentos como que los pacientes (adolescentes) van a restringir el esfuerzo por recuperarse -después de una operación de columna- porque es más cómodo seguir acostado auto administrándose disparos de morfina, consecuentemente se enlentece el proceso de recuperación (sentarse en la cama , ponerse de pie, etc.) comentan ellos.

Si bien la capacitación es imprescindible para los actores sanitarios, uno de los aprendizajes mayores lo tenemos desde la interacción con nuestros propios pacientes quienes en ocasiones muestran entereza y alegría de vivir con fuerza y decisión sorprendentes.

Un adolescente de 14 años al pedido de escribir para otros chicos sobre su experiencia cómo paciente, relata que ha pasado entre doctores que lo han operado varias veces de tendones, rodillas, cadera, por la parálisis cerebral que afectó su motricidad desde que nació. Pero aún así jamás bajo los brazos, he tenido que pasar recuperaciones muy largas y empezar de cero muchas veces. Y dice “Hay que creer en uno mismo siempre. Hago ejerci-

cios, voy a fisioterapia, psicólogo y eso me anima a seguir. Disfruto ir al taller, en el que aprendo cosas nuevas. Tengo una bicicleta de 3 ruedas en la cual salgo a dar la vuelta con mis amigos del barrio. Soy muy feliz porque tengo el amor de mi familia, de mis amigos y con ese apoyo y mi voluntad no necesito más”

Otro aprendizaje nos lo proporciona una paciente de 11 años que ante el fracaso de un segundo injerto en pierna por las secuelas de un tumor de Ewing, realiza con nosotros técnicos una inusitada intervención psicossocial, presentándonos un escudo protector efectivo. Dado el curso de un cáncer que le ha hecho pasar por sesiones de quimioterapia, hospitalizaciones varias, dos injertos y una pierna que no sirve de mucho y cada vez le estorba más-dicho en sus propias palabras.

La capacidad resiliente de la familia eclosiona cuándo con gran sentido del humor, relatan los ojos de sorpresa desorbitada de los médicos, cuándo Laura les comunica delante de ellos, que quiere que “le saquen la pierna”.

Los CP crecerán en nuestros centros de salud cuando dejemos afuera los prejuicios por compartir los espacios laborables y los pacientes. Cuando estemos dispuestos a llevar adelante una verdadera integración de equipos. Dónde apostemos a la interdisciplina y transdisciplina, confiando en que entre todos los técnicos podemos sumar, acompañar al paciente, a la familia y a nosotros mismos.

Recordemos que se puede:

CURAR ..... Algunas veces  
ALIVIAR ..... Frecuentemente  
CUIDAR y ACOMPAÑAR ..... ¡SIEMPRE!

## BIBLIOGRAFÍA

\_A Guide to the Development of Children Palliative Services. ACT Royal College of Pediatric. Septiembre de 2003. Adaptación realizada por la Dra. Rut Kiman. PALLIUM, 2004

\_Basarah 1996 La Transdisciplinaridad, Manifiesto Ediciones de Rocher. Sitio web

\_Brody, H., The Healers power, New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1992.

\_Charon, R., “Narrative and Medicine”, en New England Journal of Medicine, 350, no9, 2004, pp.862-4

\_Domingo Moratalla Tomás, Feito Grande Lydia. Bioética Narrativa, Escolar y Mayo Editores, 1ª edición, 2013

EPEC-Pads Latinoamérica, Educación en Cuidados Paliativos y final de la Vida de Pediatría. Versión adaptada para Latinoamérica del Educatios in Palliative and End of Life care for Pediatrics Curriculum (EPEC Pediatrics) originalmente desarrollado por Stefan J. Friedrichsdorf, Stacy Remke, Joshua Hauser, Joanne Wolfe

Human Rights Watch. Cuidar cuando no es posible curar, asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México. Octubre 2014. Pdf on line

\_Martínez Rueda Silvia Cristina, Lancheros García Eder Ariel, Rodríguez Hernández Jairo Claret. Síndrome de Werding-Hoffmann (atrofia muscular espinal de la infancia) Presentación de un caso y revisión de la literatura Med UNAB Vol13 No.2 Agosto2010

\_OMS (2002): Programas nacionales de control de cáncer. Políticas y guías para la gestión. 2ª edición, versión en castellano. Ginebra, Organización Mundial de la Salud

\_Palliativecareforchildren/Cuidados Paliativos en niños. BurneRewHosp Niños BAires-vol.XXXVII-Noª 164-Octubre de 1995

\_Pastrana T. De Limal, Wenk R, Eisenchlasj, Monti C, RocafortJ, Centeno C (2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1ª edición Houston: IAHPC Press

\_Watzlawick Paul, HelmikBeavinYanet, Jackson Don D. Teoría de la Comunicación Humana: interacciones, patologías y paradojas. Barcelona Editorial Herder 1985

\_Curso on line, sobre Cuidados Paliativos Pediátricos, Hospital Gutiérrez. www.aula virtual.com.ar, BAires, 2014

\_XI Curso Intensivo de Bioética, Clínica Alemana, Fac. de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 25 al 30 de mayo de 2015

## Agresividad y psicopatía en instituciones de seguridad un enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico

Por  
Marta Díaz de Dragotta \*

En el marco de la temática de las personalidades psicopáticas, el tema de la agresividad constituye, sin duda, un fenómeno altamente significativo. En el imaginario social, dicho tema puede vincularse estrictamente con los aspectos psicológicos o psiquiátricos. Sin embargo, es pasible de nuevas miradas: las que aportan la evaluación neurológica, endocrinológica e inmunológica, es decir una mirada interdisciplinaria.

Dado que existen múltiples factores determinantes para el abordaje de la agresividad, es propósito de este trabajo realizar un tratamiento del fenómeno desde lo psicoimmunoneuroendocrinológico. A nivel epistemológico, las disciplinas que lo sustentan son la Psicología, Neurología, Endocrinología e Inmunología. Éstas se expresarán en un espacio relevante de la realidad social donde se realizó la investigación: la Policía de la provincia, lo cual le confiere una especial significatividad. La Psiconeuroinmunoendocrinología es el estudio de las interacciones cerebro-sistema inmune. Establece las relaciones entre las respuestas del comportamiento, las neurales, las endócrinas y las inmunes, que le permiten al organismo adaptarse al ambiente en el que vive (Ader, 1975).

Los factores estresantes influyen en el desarrollo y la modulación de todas las respuestas psiconeuroinmunoendócrinas. Así, el rol de las llamadas “situaciones traumáticas sobre los procesos del neurodesarrollo” es tema de

innumerables investigaciones (Marquez López Mato, 2008).

El planteamiento del problema que gesta la realización de este trabajo alude al estudio de las personalidades psicopáticas porque las personas evaluadas revelan características de esta personalidad. Varios autores estudiados como Bowlby (1947), Winnicott (1948), Joneph (1960), Paz (2004), Silberstein (2011), quienes han descrito y estudiado las particularidades de las personalidades psicopáticas. En los policías y penitenciarios evaluados en este estudio se observa que dichas personalidades coinciden con historias, motivos de consulta, inmadurez emocional. Asimismo, se exterioriza en ellos ausencia de los controles internos, necesidad de satisfacer en primer lugar sus necesidades, manipulación, entre otros rasgos.

La característica más sobresaliente de estas personalidades psicopáticas es la agresividad, eje central de la investigación. Este rasgo pone a los sujetos en situación de alto riesgo ya que portan armas y cumplen el rol social de impartir orden y establecer límites, cuando otros ciudadanos los han perdido o se violan normas de convivencia.

### La personalidad psicopática

Para Schneider (1946), la personalidad psicopática consiste en una estructura caracterológica. La define como “personas que sufren y hacen sufrir a los demás”. Para este autor, es una organización de la personalidad influenciada por las vivencias infantiles del sujeto, con una estructura narcisista egosintónica, con muy bajo umbral



\* Licenciada en Psicología egresada de la Facultad de Antropología Escolar de Mendoza (1974). Magister en Psicoimmunoneuroendocrinología egresada de la Universidad Falvaloro (2001). Doctora en Psicología egresada de la Universidad Nacional de San Luis Facultad de Psicología: Tema de Tesis: “Personalidad psicopática: la agresividad y su abordaje Psiconeuroinmunoendocrinológico en una Institución semimilitarizada” (2013). Directora de la Diplomatura Universitaria en Psicodiagnóstico, en la Facultad de Psicología del Aconcagua. Docente en la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua, en el Dictado de talleres para alumnos de 4° y 5° año.

a la frustración y con un predominio de la ansiedad e impulsividad. Posee un “superyo” lábil, dificultades en la identidad, en el manejo de los controles internos, en la socialización y simbolización. No puede hacerse cargo de roles definidos y de aprender de la experiencia. Asimismo, en estos individuos se observa una marcada tendencia a la racionalización y ausencia de sentimientos de culpa en relación con

sus transgresiones. Es una estructura ubicada entre la neurosis y la psicosis y se la puede incluir dentro de las llamadas patologías narcisísticas, de límite o fronterizas.

Dentro de la psicopatía existen tantas subclasificaciones o tipologías, cuantos autores se han dedicado a estudiarlas. Aquí se expondrán caracteres comunes a ellas, independientemente del tipo, siguiendo la sintomatología general de la psicopatía elaborada por Joel Zac (1972). Las personalidades psicopáticas se caracterizan por:

- egocentrismo: predominio de la satisfacción de sus necesidades básicas como prioritarias, no tiene en cuenta al otro. Se trata de una personalidad narcisista, no puede establecer vínculos afectivos estables, no ha desarrollado su capacidad de amar,
- irresponsabilidad: no puede asumir los compromisos pactados, se despreocupa de las consecuencias de sus actos, deposita la culpa afuera, en otro o en la institución,
- frente al límite: por más fuerte que sea, no le sirve como fuente de aprendizaje. La experiencia repetida es poco valiosa o nula. Choca y se enfrenta con la ley; su escala de valores no coincide con la de la mayoría de las personas, aparece la transgresión a la norma,
- distorsión de la realidad: necesita mentir para acomodar la realidad a sus necesidades. Sus sentimientos agresivos emergen ante la frustración o la demora. La hostilidad se pone de manifiesto con hechos concretos.

Donald Winnicott, John Bowlby y Betty Joseph son los autores más importantes considerados en este abordaje. Ellos señalaron características emo-

cionales y de impulsividad coincidente con la población policial y penitenciaria estudiada.

### La agresividad

**Interés de su estudio.** El estudio de la agresividad constituye en este trabajo una temática de mucha preocupación e interés. Ello se pone de manifiesto diariamente en la población policial y penitenciaria, transformándose en motivo de alto riesgo al ser personas que usan armas en su tarea diaria. Son, asimismo, las encargadas de poner orden, reprimir o conducir vehículos.

**Agresividad.** La palabra agresividad procede de agresión (del latín *agressio*, que significa acometer). Es sinónimo de acometividad, implica provocación y ataque.

El comportamiento agresivo es una de las características más destacadas de los tramos del control de los impulsos. (Ros Montalbán, 2005).

La agresión humana se conceptualiza como una respuesta comportamental “multifactorial”, es decir condicionada por elementos biológicos, ambientales y psicológicos (Martín Ramírez, 2006). La agresividad comprende una variedad de conductas que son heterogéneas para la fenomenología clínica por sus características neurobiológicas.

Huertas (2005) propone un concepto amplio de agresión. Incluye la auto-agresividad, la que se manifiesta hacia objetos inanimados, otra que es verbal, la física hacia animales o personas y los aspectos adaptativos de la competencia deportiva o laboral. Plantea la agresividad como una conducta biológicamente determinada y psicopsicología lmente modulada. Como adjetivo, y

en sentido vulgar, este autor hace referencia a quien es “propenso a faltar el respeto, a ofender o a provocar a los demás”.

En el marco jurídico, se puede entender la agresividad como un “acto contrario al derecho de otro”. Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), el término agresor se aplica a la “persona que da motivo a una querrela o riña, injuriando, desafiando o provocando a otra de cualquier manera”.

### Fisiología de la agresividad

En relación con la fisiología de la agresividad se consideran los aspectos genéticos, cerebrales, neuroendocrinos y de los neurotransmisores.

La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) es una nueva ciencia integradora que estudia la interacción mente-cuerpo y sus consecuencias sobre la salud. En este nuevo campo de estudio, la PNIE sostiene que “el cuerpo y la mente interactúan en la enfermedad y en los mecanismos curativos” (García Badaraco, 1998).

La referida disciplina comprende el estudio de la relación de los mecanismos regulatorios y de control del organismo. El sistema psiconeuroinmunoendocrino se compone de diversos subsistemas con bases anatómicas y funcionales propias e interrelacionadas (Márquez López Mato, 2004).

### Estrategia metodológica

#### Características generales

El planteamiento del problema que gesta la realización de este trabajo alude al estudio de las personalidades psicopáticas. En particular, se trata de la agresividad en el contexto de una

institución semi-militarizada, abordándose esta problemática desde lo psiconeuroinmunoendocrinológico.

Algunos de los autores estudiados como Bowlby (1947), Winnicott (1948), Joseph (1960), Paz (2004) Silberstein (2011), describieron las principales características de las personalidades psicopáticas. En los policías y penitenciarios evaluados en esta investigación se observa que dichas personalidades coinciden con:

- a. los motivos de consulta,
- b. historias,
- c. inmadurez emocional,
- d. ausencia de los controles internos,
- e. necesidad de satisfacer sus necesidades en primer lugar,
- f. manipulación.

Si se atiende al tipo de estudio de investigación, es posible de acuerdo con Hernández Sampieri (1997), considerar al presente estudio como de tipo exploratorio y descriptivo.

#### Antecedentes considerados

Tanto a nivel internacional como en nuestro medio, no se han encontrado trabajos científicos relacionados con las variables de estudio sobre una muestra de policías y penitenciarios que efectúan tareas de alto riesgo. No obstante se citan investigaciones de influencias del estrés y la agresividad en las variables estudiadas.

#### OBJETIVO GENERAL

Investigar parámetros psicológicos, neurológicos, endocrinológicos e inmunológicos, que aporten al abordaje y al diagnóstico del comportamiento agresivo.

#### Objetivos específicos:

- Estudiar el diagnóstico psicológico de la conducta agresiva a tra-

vés de las técnicas de Rorschach y Bender, en personal de una institución semi militarizada.

- Evaluar parámetros neurológicos que aporten al diagnóstico de compromiso agresivo a través del examen clínico neurológico y el electroencefalograma.
- Investigar hormonas que contribuyan a valorar el comportamiento agresivo: Adrenocorticotrofina (ACTH), Cortisol, Dehidroepiandrosterona (DHEA), Prolactina, Tirotrófina (TSH), Triyodotironina (T3) y Tiroxina (T4).
- Integrar el diagnóstico de las conductas agresivas con el análisis inmunológico de inmunoglobulinas: IgG, IgA, e IgM en sangre.

#### Muestra

Las muestras se pueden definir como una parte de un conjunto o población debidamente elegida que se somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos también para el universo total investigado (Sierra Bravo, 1998).

La muestra poblacional fue intencional porque fue imposible trabajar con una muestra aleatoria por las características de la población estudiada.

La muestra poblacional se conformó por 100 sujetos pertenecientes a la policía de la provincia y de los Penitenciarios derivados al Servicio de Salud Mental de Sanidad Policial del Ministerio de Seguridad de la provincia de Mendoza, para ser evaluados psicológicamente por presentar diferentes motivos de consulta.

De las mismas, surgió la configuración de la muestra:

- a) 50 sujetos de estudio, de los cuales:
  - 22 (veintidós), eran policías de sexo

masculino denunciados por violencia intrafamiliar por: hijos, esposas o alguien que no estuvo de acuerdo con el proceder policial.

- 17 (diecisiete) eran policías que solicitaron la licencia de conducir de alto riesgo. Los mismos concurren a solicitar este permiso que los habilita para poder manejar. categoría D-5 de alto riesgo.

- 11 (once) eran penitenciarios que solicitaron autorización para portación de arma. Estos sujetos son los encargados de cuidar a las personas que han perdido la libertad.

b) 50 sujetos grupo control conformado por:

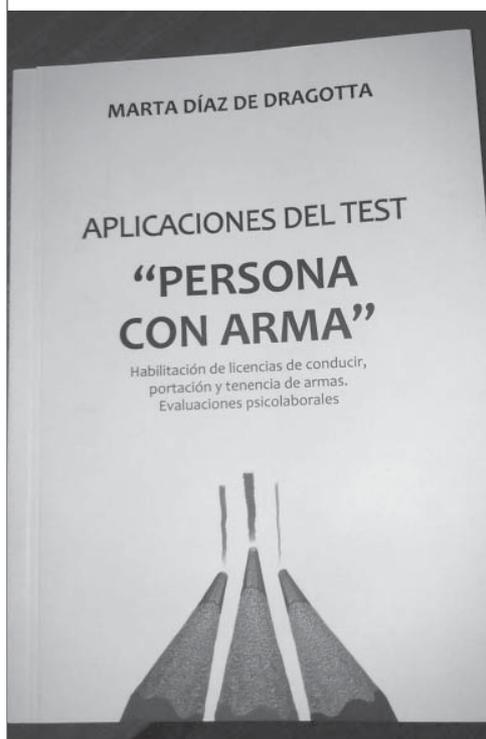
Los policías de distinta jerarquía que deben someterse, cada tres años, a una evaluación psicológica y física para conocer su estado de salud, según establece la Ley 6722 y que no poseían antecedentes de salud o problemática conductual.

Una vez finalizada la evaluación psicológica se les extrajo sangre y las muestras fueron derivadas a la Cátedra de Química Biológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo para evaluar las hormonas endocrinas y la inmunológicas. Los exámenes electroencefalográficos fueron realizados en hospital público y evaluados por neurólogo del equipo de investigación.

#### Variables psicológicas

Para evaluar el nivel de agresividad se aplicaron las técnicas Psicodiagnósticas: El Test Guestáltico Visomotor de Bender y el Psicodiagnóstico de Rorschach siguiendo Escuela Argentina.

Con los aportes de Bender, Hutt, Pascal y Suttell, quienes centraron sus estudios en la aplicación del examen visomotor-gestáltico, también para uso clínico, permitió medir indicadores de



impulsividad, neurológicos y emocionales, categorizándola así como técnica proyectiva.

Siguiendo a estos autores y teniendo en cuenta los indicadores por ellos propuestos, los sujetos de estudio y control del presente trabajo de investigación, fueron sometidos a los mismos y evaluados con ambas técnicas.

#### **Procedimiento de análisis de datos**

Se realizaron comparaciones de medias y correlaciones de las variables orgánicas y psicológicas: los indicadores de impulsividad, emocionales y organicidad en Bender; indicadores emocionales de impulsividad y Fenómenos Especiales en el Psicodiagnóstico de Rorschach a todos los sujetos de la muestra poblacional: grupo de estudio y de control.

#### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Hernández Sampieri (1997), se refiere al análisis de datos como la etapa en que hay que decidir sobre las pruebas estadísticas que son apropiadas para

analizar los datos. Ésto se halla vinculado a la hipótesis y a los niveles de medición de las variables. En esta investigación no se formuló hipótesis porque nos pareció arriesgado hacerlo por la falta de antecedentes específicos en una población como la estudiada.

Todo este proceso puede llevarse a cabo a través de un programa informático o paquete ya existente o por medio de la elaboración de uno particular. En este estudio, para el procesamiento de la información, se utilizó el software de análisis estadísticos *Statistical Packages for Social Sciences* (SPSS versión 17.1). Es un paquete Estadístico que permite analizar datos para aplicar las técnicas que se han considerado pertinentes.

Los datos fueron inicialmente analizados mediante Estadística descriptiva, Análisis de Frecuencia para los atributos y medidas de tendencia central y dispersión para las variables.

Posteriormente, se comprobó la normalidad de la Distribución mediante las pruebas de *Kolmogorof-Smirnof* (1956), y *Shapiro-Wilk* (1959), las cuales indican si los datos de la muestra provienen de una población distribuida en forma normal.

Las diferencias entre los valores de los sujetos de estudio y los controles fueron evaluadas por medio de pruebas de comparación de medias para muestras no apareadas.

Las variables neuroinmunoendocrinas: inmunoglobulinas, hormonas, edad, EEG (Electroencefalograma) y las psicológicas indicadores emocionales y de impulsividad en el test de Bender y Psicodiagnóstico de Rorschach fueron evaluadas mediante análisis estadísticos de correlaciones.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **Discusión**

El objetivo general del presente trabajo fue investigar parámetros psicológicos, neurológicos, endocrínicos e inmunológicos, que aporten al abordaje y al diagnóstico del comportamiento agresivo, con una mirada Psiconeuroinmunoendocrina (PNIE), teniendo en cuenta la experiencia de haber evaluado psicológicamente policías y penitenciarios en la Institución policial de la provincia, haber efectuado la Maestría en Psiconeuroinmunoendocrinología en la Universidad de Favaloro y hacer un aporte científico para mejorar los ingresos en estas Instituciones semi militarizadas.

Se agrupan los enfoques neurológicos, endocrinológicos e inmunológicos bajo la denominación de neuroinmunoendocrinos y, posteriormente, se aborda el enfoque psicológico explicitando los aspectos referidos a la aplicación de las técnicas psicodiagnósticas.

En general, en el test de Bender se ha encontrado correlación entre los indicadores de impulsividad, emocionales y de organicidad.

Autores como Pascal y Suttell (1950), Bell (1968), Hutt (1978), Bender (1983), Cayssials (2010), han señalado como marcadores de impulsividad y emocionales, a los encontrados en nuestro estudio.

Además, los resultados expuestos son coincidentes con los publicados por Dabbs y Holmreich (1972) quienes descubrieron que los niveles de cortisol están relacionados positivamente con la ansiedad, pues en los agentes en los que encontramos cortisolemia aumentada, el test de Bender indicó ansiedad.

Por otro lado, la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach, evidencia que los indicadores de impulsividad tales como *Color forma*: presente en los grupos estudiados, está señalando que el sujeto ante un impacto afectivo responde inmediatamente, la emoción lo invade y el pensar pasa a segundo término (Passsalacqua, 2008).

En general, en el Psicodiagnóstico de Rorschach se ha encontrado correlación entre los indicadores de impulsividad y emocionales en todos los sujetos estudiados.

Todos estos indicadores de impulsividad en el psicodiagnóstico de Rorschach fueron encontrados en los agentes denunciados por violencia y los que efectúan tareas de alto riesgo, señalando que se encuentran comprometidos con niveles aumentados de agresividad y rasgos de personalidad conflictual. Estos dos grupos estudiados son los que manifestaron la cortisolemia más aumentada. Es importante aclarar que los agentes a los que se les encuentra un nivel alto de agresividad, se les retira el arma y uniforme y son derivados a tratamiento combinado psicoterapéutico, con apoyo medicamentoso según corresponda psiquiátrico o neurológico.

Del análisis integral de los resultados psiconeuroendocrinos, se infiere que las variables neuroendocrinas y las técnicas psicodiagnósticas aplicadas -el test de Bender y el Psicodiagnóstico de Rorschach-, muestran en las personas denunciadas por violencia y las que efectúan tareas de alto riesgo, alteraciones en el eje córtico-límbico-hipotálamo-hipófiso-adrenal y claros marcadores de agresividad. Estos resultados están indicando en esos grupos una alteración psiconeuroendocrina, evidenciando la relación que

existe entre el mal funcionamiento del eje regulador neuroendocrino -cuyos primeros estratos son la corteza cerebral y el sistema límbico- con las alteraciones psicológicas encontradas. El estrés crónico ocasionado por determinadas características del trabajo de los sujetos estudiados, sería el principal desencadenante de este trastorno psiconeuroendocrino, y el poder analizarlo desde el enfoque integrador usado en esta tesis permitiría enfrentar mejor la recuperación, integrando la terapia psicológica, la rotación de tareas y el tratamiento farmacológico (por ejemplo con antidepresivos inhibidores específicos de la recaptación de serotonina), monitoreando la evolución con controles periódicos de cortisolemia, test de Bender y Psicodiagnóstico de Rorschach.

### Conclusiones

De los resultados expuestos, de la discusión realizada y teniendo en cuenta el objetivo general del presente estudio: investigar parámetros psicológicos, neurológicos, endocrinológicos e inmunológicos, que aporten al abordaje y al diagnóstico del comportamiento agresivo, se concluye que:

- Los agentes de policía denunciados por violencia familiar poseen alteraciones importantes en el eje córtico-límbico-hipotálamo-hipófiso-adrenal, evidenciando una afectación neuroendocrina substancial.
- Los agentes de policía que realizan habitualmente tareas de alto riesgo tienen alteraciones en el eje córtico-límbico-hipotálamo-hipófiso-adrenal, mostrando una afectación neuroendocrina moderada.
- Los agentes de policía denunciados por violencia familiar y los que reali-

zan habitualmente tareas de alto riesgo poseen rasgos de personalidad sin una adecuada expresividad e introversión, lo que está indicando que son personas con características de inmadurez emocional.

- Los agentes denunciados por violencia familiar y los que efectúan tareas de alto riesgo, se encuentran comprometidos con niveles aumentados de agresividad y rasgos de personalidad conflictual.
- Existe una correspondencia entre la afectación del eje neuroendocrino córtico-límbico-hipotálamo-hipófiso-adrenal y las alteraciones que muestran los resultados de los test psicológicos de Bender y Rorschach.
- Realizar un diagnóstico interdisciplinario psiconeuroendocrino permite evaluar integralmente eventuales alteraciones en sujetos sospechados de violencia y agresividad, y monitorear luego objetivamente los tratamientos.

Aprendemos de esta investigación que para evaluar la agresividad en un sujeto es muy importante efectuarla de una forma integral desde lo Psiconeuroinmuno-endocrinológico, ya que los indicadores de impulsividad evaluados estadísticamente en cada una de estas disciplinas han correlacionado entre sí, y los resultados son complementarios para determinar cuanto está afectada la salud integral del individuo. El aporte más importante de la investigación es que se demuestra que hay una correlación de los indicadores de impulsividad de las técnicas psicodiagnósticas en el Test de Bender y Psicodiagnóstico de Rorschach con indicadores de las otras disciplinas evaluadas, lo que viene a ratificar el enfoque psico-neuro-inmuno-endocrinológico.

# Aportes del Psicodiagnóstico ante las demandas actuales en los ámbitos clínico, laboral y forense

Por

Mónica Guinzbourg de Braude \*

Roxana Boso \*\*

Paula Sánchez Ayala \*\*\*

Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP)



## Introducción

La inclusión del psicodiagnóstico como parte de la formación del psicólogo y su implementación, -inicialmente en el área clínica-, tiene una larga historia. Hacia finales del siglo XIX, surgieron los primeros instrumentos de medición que permitieron evaluar de manera cuasi experimental diferentes funcionalidades de la personalidad, tales como el rendimiento intelectual, las aptitudes o habilidades y la organización emocional, entre otros aspectos. A partir de las escalas de Binet y Simon para la medición de aspectos intelectuales, aparecen otros constructos posteriores que aún se mantienen en vigencia en versiones actualizadas, como el WAIS para adultos o el WISC para niños. En relación a aspectos de la personalidad, surge en 1921, como primero entre otros, el test de Rorschach. Y posteriormente los test de láminas TAT y TRO para adultos o CAT A y Patte Noire para niños, que permiten la profundización en ciertas temáticas y aspectos vinculares. Entre las técni-

cas gráficas se destaca la vigencia del Test Gestáltico Visomotor de Bender, y otras técnicas proyectivas gráficas. Desde la vertiente más psicométrica posteriormente se desarrollaron escalas e Inventarios de personalidad como el MMPI-II, Millon III, Neo Pi-R. En el último tiempo se han incorporado instrumentos para la detección y evaluación de problemas neurocognitivos. Diferentes estudios realizados informan acerca de la vigencia actual del repertorio tradicional que conforman estas técnicas e indican que se continúan utilizando muchos de los constructos mencionados, adaptados a baremizaciones más actuales.

La aplicación de técnicas de evaluación psicológica constituye un aporte auxiliar que originalmente se aplicó al diagnóstico clínico de los trastornos mentales pero que posteriormente se fue ampliando a otras áreas como los ámbitos forense, educacional y laboral, además de su utilización para la profundización de la investigación en estos distintos campos del conocimiento de la Psicología.

## Aportes del Psicodiagnóstico en la consulta clínica actual

En el área clínica, a lo largo de décadas, el tema del diagnóstico de los trastornos mentales ha sido reiteradamente debatido y existe consenso en reconocerlo como punto de partida del accionar terapéutico. Por ello la importancia del aporte de las técnicas de evaluación psicológica no solo al diagnóstico clínico. También a la posibilidad de que a través de su implementación puedan proporcionar

información sobre los recursos disponibles del sujeto, y conocer las expectativas sobre el curso de la posible evolución o su adherencia al tratamiento, contribuyendo a la selección de los abordajes terapéuticos más adecuados para cada paciente y su patología. Incluso, la utilización de las evaluaciones pre-post tratamiento que permiten evaluar la eficacia de los abordajes.

Además de las posibles aplicaciones que se acaban de mencionar, en muchos casos -aunque desde la clínica es factible visualizar claramente los signos y síntomas como para poder diagnosticar un trastorno clínico e iniciar la intervención terapéutica-, en los momentos agudos del mismo se hace difícil perfilar los aspectos que subyacen o los recursos potenciales disponibles para resolverlo. Es importante conocer estos aspectos ya que, con frecuencia, la evolución está incida por los componentes básicos de la personalidad previa .

La introducción de evaluaciones psicodiagnósticas seriamente sustentadas en instrumentos de validez y confiabilidad comprobada, permite ir a un plano más profundo y en muchos casos no visible al ojo clínico, pudiendo encontrar en los indicadores de las técnicas información sobre aspectos de la personalidad no detectables en esos momentos desde la entrevista clínica personal.

En los últimos tiempos han surgido nuevas demandas en el área clínica que han requerido de la inclusión de nuevos instrumentos de evaluación y cuyos abordajes implican tener más en

cuenta los diagnósticos diferenciales entre distintas entidades clínicas, o las expresiones comórbidas entre aspectos psicológicos y somáticos (como por ejemplo la diabetes y la depresión), o psicológicos complejos como las patologías duales (trastorno por adicción a sustancias y depresión, entre otros). Dado que las distintas técnicas brindan diferentes niveles de información, es necesario que el psicodiagnostador denote experticia en el uso de los distintos tests y en la lectura de la información que los indicadores de los mismos le proveen, para poder pasar de niveles manifiestos a dinámicos y a su vez a comprensiones integradoras de la clínica.

### La Evaluación Psicolaboral. Subjetividad, Contextos e Instrumentos

En el campo del trabajo y las organizaciones, el psicodiagnóstico también tiene una larga trayectoria. Comienza a utilizarse poco tiempo después que se inició en el área clínica, en el contexto de la Revolución Industrial, siendo un momento propicio para que desde las organizaciones solicitasen ayuda a los psicólogos a efectos de seleccionar

candidatos aptos para los puestos de trabajo. Mediante la evaluación psicotécnica, medían aptitudes, tales como el rendimiento intelectual y habilidades sobre todo manuales, acordes a los paradigmas de la época: se requerían trabajadores que produjesen más en poco tiempo. Las técnicas psicométricas eran las mayormente utilizadas, y pueden observarse algunas similitudes con los instrumentos utilizados en los psicodiagnósticos clínicos.

A medida que fueron transcurriendo las décadas, se ampliaron los motivos por los cuales se solicita una evaluación psicolaboral, a la vez que se diversificaron las técnicas a aplicar.

El desarrollo de la psicología social, colaboró fuertemente en la introducción de técnicas grupales para la selección de personal, adquiriendo relevancia el aún vigente Assessment Center. Se afianza el propósito de evaluar competencias laborales, en sintonía con la emergencia de perfiles con habilidad social, y liderazgos más participativos. Y ello en un contexto mundial en el que se debilitaban las monarquías y sistemas autoritarios, dejando en

evidencia la incidencia del contexto socio-histórico en los supuestos acerca del trabajo y del trabajador (lo cual también se refleja en la emergencia de las distintas teorías organizacionales que dan cuenta de cambios en las dinámicas institucionales).

El paradigma de la complejidad, y el auge de las teorías sistémicas para comprender las dinámicas socio-labo-

\* Doctora en Psicología. Coordinadora del equipo de Psicodiagnóstico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano. Docente de Psicología Clínica del Doctorado de USAL y de la Especialización en Psicodiagnóstico de la Universidad de La Plata y en Evaluación Psicológica de la Universidad del Salvador.

\*\* Doctora en Psicología. Especialista en Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Directora del Instituto de Orientación Vocacional y Profesional de la Umsa. Docente en la Especialización en Evaluación Psicológica de la Universidad del Salvador y en la Maestría de Recursos Humanos de Uces. Cotitular de Psicogestión.

\*\*\* Especialista en Psicología Jurídica. Coordinación de Programas de Salud Mental (Ministerio de Seguridad), Supervisor del Servicio de Medicina Legal del Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires. Docente en la Especialización en Psicodiagnóstico de la Universidad del Salvador.



Mónica Guinzbourg de Braude, Roxana Boso y Paula Sánchez Ayala

rales y organizacionales, consolidó el aporte que podía realizar el psicólogo mediante la evaluación psicolaboral. Ya no solo para la incorporación del personal y detección de talentos, también para el despliegue del potencial de sus trabajadores, promoviendo el desarrollo de la carrera profesional/laboral de ellos (en busca de fortalecer los lazos de pertenencia a la organización). La prevención asume mayor protagonismo, por lo que también el psicodiagnóstico laboral fortalece su aporte para capacitaciones que tienen el propósito de atender situaciones de riesgo y evitar accidentes. Además, se consolida la relevancia de la evaluación psicolaboral para otorgar las credenciales que habilitan para el manejo de automotores y la portación de armas.

Ahora bien, es sabido que el actual contexto social se caracteriza por condiciones estresantes y de violencia, que también se reflejan en los ámbitos de trabajo. Como consecuencia, comienza a asumir protagonismo el psicodiagnóstico laboral para evaluar síndromes derivados de dichas condiciones de trabajo: estrés, burnout, mobbing. Motivos de consulta que los psicólogos recibimos ya sea desde las organizaciones interesadas en propiciar el bienestar y favorecer la calidad de la vida laboral, o bien desde los mismos trabajadores afectados por factores psicosociales del ámbito laboral.

De acuerdo a lo dicho, el campo del trabajo y las organizaciones es dinámico por la influencia de la diversidad de factores socioculturales y contextuales. Por ello, no sólo se requiere de una sólida formación profesional como psicodiagnostadores, también es imprescindible una capacitación con-

tinua y una mirada analítica y crítica (en el buen sentido), respecto de las renovadas técnicas -sobre todo inventarios- que aparecen con asiduidad en el mercado. A la vez de recordar que es imprescindible que el proceso psicodiagnóstico cumpla con los requerimientos de un proceso científico, aún en un contexto laboral que demanda rapidez y agilidad en la entrega de resultados.

Queda en evidencia que el psicodiagnóstico laboral se ha consolidado como un aporte valioso que puede ser requerido por diferentes motivos. Que es solicitado por las organizaciones, o bien por los mismos trabajadores. Que le implica al psicólogo disponer de conocimientos de la especialidad de la psicología del trabajo y las organizaciones, y también poseer conocimientos clínicos que le permitan comprender padecimientos subjetivos en relación con las dinámicas del ámbito laboral; además, le requiere habilidad para interactuar y comunicarse de manera interdisciplinaria de acuerdo a los distintos consultores e interlocutores.

Asimismo, el psicodiagnostador laboral necesita desarrollar una mirada amplia e integradora, para comprender a la subjetividad del trabajador y a las dinámicas organizacionales, en su complejidad y múltiple vinculación con factores psicosociales. Es imprescindible que identifique las particularidades con las que se encuentra, las diversidades culturales y singulares vulnerabilidades que hoy invita a los psicólogos a reflexionar sobre sus propios instrumentos y la pertinencia de los mismos al momento de aplicarlos.

### **Instrumentos de Evaluación Psicológica. Aplicación y eficiencia en el ámbito forense**

En los múltiples casos en los que el psicólogo debe intervenir en causas judiciales, advertimos que sus resultados no pueden surgir solo de las entrevistas diagnósticas, sino de un conjunto de técnicas o instrumentos de evaluación que le permitirán ofrecer un fundamento riguroso de sus conclusiones y hallazgos. El sujeto de la evaluación amerita la mayor prudencia y la precisión de sus instrumentos.

Además, la presencia de consultores técnicos o de peritos de parte, refuerza la idea de contralor sobre la actividad pericial. Por estas razones, entre otras, en los contextos de formación profesional, debemos transmitir con claridad cuáles son los requisitos que todo instrumento debe presentar para resultar válido, confiable e inobjetable, capaz de ofrecer indicadores ante diversas temáticas a evaluar: Diagnóstico diferencial; Capacidad para estar en juicio, para testar, para adoptar, para ejercer el rol paterno/materno, para administrar sus propios bienes; Determinación del nivel intelectual; Fabulación - Simulación; Daño psíquico; Inimputabilidad.

El buen desempeño del psicólogo forense, se completa con el desarrollo de la capacidad para fundamentar sus conclusiones diagnósticas en datos objetivos que, en el entrecruzamiento discursivo entre Psicología y Derecho, se homologan al concepto de "prueba" o "evidencia" (aunque, de hecho, no lo sean).

A diferencia de lo que ocurre en otros ámbitos, lo dicho por un peritado adquiere un "valor relativo". El sujeto evaluado está inmerso en una trama

de intereses propios y ajenos, y puede recibir presiones o instrucciones.

Sin embargo, la función del perito no es creer o no creer. En el mejor de los casos, podrá estimar si un relato o testimonio es verosímil o inverosímil.

El perito no es un testigo, por ende, mucho de lo dicho no le consta de ninguna manera, sino que podrá inferir su posible existencia sólo a través de sus hallazgos (en sus instrumentos de evaluación).

Necesitamos que los profesionales de la psicología que ejerzan su profesión en el terreno judicial lleven a cabo la tarea de psicodiagnosticar, de acuerdo con los códigos de ética vigentes, alineados a las incumbencias pautadas por la ley del ejercicio de nuestra profesión.

El psicólogo forense necesita conocer el entramado de la psicopatología y los aspectos involucrados en los procedimientos judiciales que pueden estudiar desde una patología que amerita un resarcimiento hasta el cumplimiento o no de una pena.

### **Algunas consideraciones sobre la formación de los psicólogos**

La actualización permanente en la formación teórica, la experiencia clínica, el conocimiento a fondo de las técnicas de evaluación que implementa en cada caso y sus resultados en las distintas patologías, permite agudizar el ojo clínico del evaluador o psicodiagnosticador. Por esta razón, estimamos importante que no se constituya como un aspecto más de la práctica del psicólogo clínico, sino como una especialización, con una formación intensa y específica que garantice la idónea aplicación de los tests y una confiable interpretación de los resultados.

Esto ha generado en los últimos tiempos mayor profundización en el estudio e investigación de las técnicas, como dato insoslayable a la hora de la aplicación de las mismas. En nuestro país, gran parte de las más importantes técnicas, cuentan con validación y normas o baremos propios del ámbito local. Si bien hoy día existe una tendencia mundial a regirnos por una cultura más globalizada, es importante decodificar los resultados de cada producción en función de los efectos de la pertenencia a la propia cultura y a los sesgos que la misma imprime en las respuestas de los sujetos.

Adeip nos agrupa, como institución que nuclea a los psicólogos que nos abocamos a la tarea del psicodiagnosticar en las distintas áreas, lo que permite un fluido intercambio y un enriquecimiento constante, en la formación continua. Sus casi 30 años de existencia ha permitido incluir a diferentes generaciones dedicadas a este quehacer, fomentando el intercambio generacional e incluyendo así preguntas y respuestas en torno de diferentes niveles de demandas culturales y de las nuevas subjetividades.

En cuanto a las incumbencias propias de su rol profesional, el Psicólogo es el único que cuenta con capacidad e idoneidad para determinar cuáles son los instrumentos de evaluación psicológica que, en cada caso, brindarán indicadores sobre lo que pretende explorar. Desde Adeip llevamos a cabo nuestra tarea de acuerdo con los lineamientos propuestos, principalmente, en las "pautas internacionales para el uso de los tests", el "código de ética del psicodiagnosticador" y la ley nacional 23.277, de ejercicio profesional de la psicología.

El psicólogo deberá ser permeable respecto de las normas y costumbres

vigentes en cada cultura región en la que produce la evaluación, interpretando las producciones del sujeto en un determinado contexto y momento de su devenir vital. Por ello, además, la formación del psicólogo (clínico, laboral y forense) debe integrar diversos temas; la exhaustiva formación y experiencia en el manejo de instrumentos de evaluación psicológica, una profunda formación en psicopatología así como un idóneo manejo de las conceptualizaciones sobre trauma, vulnerabilidad, resiliencia, capacidad/aptitud.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (2000). Código de Ética del Psicodiagnosticador. San Juan: Impresiones Buffagni. Disponible en: [www.adeip.org.ar/codigoetica.htm](http://www.adeip.org.ar/codigoetica.htm)
- Baringoltz, Frank, Guinzbourg (1984). Identidad y vínculo en el Test de las Dos Personas. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Casullo M. y cols. (1991). Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica. Buenos Aires: Psicoteca
- Celener, G.; Braude, M. (2000). El Cuestionario Desiderativo. Buenos Aires: Editorial Lugar
- Finkelsztejn, C y cols. (2014). Manual de Psiquiatría Clínica. 2da Ed. Buenos Aires: Del Hospital Ediciones
- Frank, R. (1999). Nuevos temas en evaluación psicológica. Buenos Aires: Editorial Lugar
- García Arzeno, M. E. (1993). Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. Buenos Aires: Nueva Visión
- Kacero, E. (2003). Test Gueštáltico Visomotor de Bender: una "puesta en espacio" de figuras. Buenos Aires: Editorial Lugar
- Perez Jáuregui, Adam y Boso (2012). La evaluación psicolaboral. Fundamentos y prácticas. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Phillipson, H. (1965). Test de Relaciones Objetales. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Torres, S. y Russo, S. (2011). Actualización del Test de Apercepción Temática- TAT. Buenos Aires: Editorial Biblos

# Introducción al Análisis Bioenergético. Su utilización dentro del campo corporal, y como recurso terapéutico en la clínica

Por  
**Silvina Perrotta (\*)**  
**Marina Vinocur (\*\*)**



*"El ego es ante todo corporal"*  
 (S. Freud)

*"No tenemos un cuerpo, somos un cuerpo"* (S. Lowen)

## Bioenergetica: sus orígenes y fundamentos teóricos

El Análisis Bioenergético se inició con Alexander Lowen, quien en sus comienzos trabajaba en el área de la educación física, y luego ingresó en la Facultad de Medicina, recibéndose de médico, en Suiza. Lowen conoce en los años '40 a Wilhelm Reich, psicoanalista quien estando en Nueva York, daba clases de anatomía para entender más profundamente el funcionamiento del cuerpo, para médicos y psicólogos.

\* Psicóloga clínica, Universidad de Buenos Aires. Certificada en Análisis Bioenergético. Docente y supervisora en el Instituto Argentino de Análisis Bioenergético. Terapeuta grupal

\*\* Psicóloga clínica, Universidad de Buenos Aires. Terapeuta certificada en Análisis Bioenergético. Docente y supervisora del Instituto Argentino de Análisis Bioenergético. Terapeuta grupal.

Reich desarrollo un sistema de trabajo durante muchos años de estudio e investigación, que implicaba intervenciones corporales durante el tratamiento psicológico con pacientes, y llamo a ese sistema vegetoterapia caracter-analitica, teniendo como eje central la unidad funcional mente-cuerpo y tomando la respiración como una importante herramienta de trabajo clínico. Formula el concepto de carácter y establece la correlación entre defensas psíquicas y defensas somáticas. Reich describe estas últimas como organizadas en zonas corporales determinadas, correspondiendo a la misma función de represión que las defensas psíquicas descriptas por Freud.

Lowen, regresa de Suiza muy interesado en el análisis del carácter, el estudio de como las diferentes experiencias de la vida moldean un cuerpo, con sus bloqueos, defensas musculares, y el profundo impacto de la respiración. Lowen plantea que los problemas emocionales profundos se manifiestan en cada cuerpo, de acuerdo a las diferentes experiencias de vida, planteando una relación entre mente-cuerpo con procesos energéticos que se regulan entre si.

Para Reich los fenómenos psíquicos y somáticos surgen de un mismo núcleo energético, de orden biológico. Lowen va más allá, centrando su trabajo con el paciente en los conceptos de carga-descarga, bloqueo- circulación. Comprendiendo al ser humano como un ser

con su historia inscrita en el cuerpo. En su forma de respirar, de moverse, de disponer de su energía vital, e incluso estudiando muy profundamente los impactos de las situaciones traumáticas en el cuerpo. Este último concepto, viene siendo muy desarrollado, teórica y vivencialmente, en la transmisión de la Bioenergética actual.

La relación entre el nivel de energía y la vitalidad es muy importante en el trabajo con la bioenergética. Para Lowen la falta de vitalidad siempre es el resultado de la supresión de los sentimientos. Realizó una observación profunda y detallada acerca de los patrones de tensiones musculares en determinadas zonas del cuerpo, producto de conflictos emocionales no resueltos. Estos patrones están al servicio de contener la expresión de nuestros impulsos y se organizan durante la infancia, como un modo de respuesta durante el proceso de socialización.

Desde los tiempos de Lowen hasta la actualidad se han hecho reformulaciones sobre todo técnicas del uso de la bioenergética y se ha profundizado sobre la importancia de los vínculos tempranos y los patrones de apego. Siendo estos patrones producto del vínculo madre-bebé matriz de todas las formas de vincularnos a lo largo de nuestra vida. Un vínculo de apego seguro se funda en la calidad de la presencia de la madre, que es "base de seguridad" para el niño. Ella responde

adecuadamente a las necesidades físicas, afectivas, psíquicas e interpersonales.

Para un niño, que tiene aún todo por construir, un vínculo de apego seguro mutuo significa que su madre:

1. le ayude a desarrollar la sensación y el sentido de una existencia física basada en estados de vitalidad regulados;
2. le ayude a desintoxicar por sí solo estados de vitalidad emocionales inasimilables;
3. le ayude a construir una envoltura sensorial erógena estimulándolo de manera táctil.

Cuando faltan estas ayudas, el vínculo de apego del niño se vuelve inseguro (ansioso-evasivo, ansioso-ambivalente o desorganizado-desorientado). Y de acuerdo a las experiencias que haya tenido en este sentido durante este periodo de los 0 a 2 años, se construirá un self seguro o inseguro.

Este último ha sido un aporte fundamental en la comprensión del trabajo con la Bioenergética. Con conocimientos de la neuro- psicología, y las nuevas investigaciones dentro del campo de la psicología somática y vincular.

El Analisis Bioenergetico, dentro del área clínica

Al decir de Lowen, la historia de un ser humano se puede leer en un cuerpo, y desde allí trabajamos.

Cuando un paciente llega a la consulta llega con el relato de su historia, y con

ésta congelada en su musculatura, así como también con el patrón de apego que se actualizará en la transferencia, manifestándose en el modo de vincularse con el terapeuta, en el plano verbal pero sobre todo en lo pre-verbal, la mirada, la cualidad de la voz, la facilidad o dificultad para simbolizar con claridad, el tono muscular, la postura, sus tensiones crónicas conscientes o inconscientes, etc. Es decir que el paciente llega con su self (conjunto de funciones co-integradas) que está entre lo psíquico y lo somático.

El buen terapeuta bioenergético, tanto como la madre en la vida, debe tener la capacidad de entonamiento, para poder cumplir funciones de regulación, sostén, contención, presencia de objeto y grounding (enraizamiento), estando disponible para el paciente. En análisis bioenergético terapeuta y paciente cada uno con su self, se vinculan en los siguientes niveles: energético, sensorial, tónico, emocional, y representativo. Nosotros decimos que nos enfermamos en vínculo por acciones repetitivas desentonadas y desreguladas, y sanamos en vínculo, también por la inscripción de nuevas pautas y estilos vinculares posibilitados en la relación con el terapeuta.

El análisis bioenergético trabaja con el terapeuta en contacto con su cuerpo y su gama de registro, acompañando al paciente a re-contactar, desarmar o construir, según el caso, el contacto con su self que no es solo un concepto sino que es su cuerpo, esta unidad funcional mente-cuerpo de la que hablaba Reich.

## La práctica de ejercicios de Bioenergética

La Bioenergética también es un instrumento valioso por fuera del área clínica, a través de sus ejercicios. Es una experiencia de poder acompañar a las personas en un proceso para equilibrar su sistema de circulación energética, concientizando primero sobre las zonas de bloqueo, para poder luego iniciar un trabajo de desbloqueo. Este trabajo se lleva a cabo con el aprendizaje de una auto percepción más aguda acerca de nuestro cuerpo, nuestras sensaciones, emociones, y sobre todo, una consciencia sobre nuestra respiración.

No se trata de “curar” sino de promover bienestar. Desde nuestro enfoque, la falta de conexión con uno mismo y con el otro, son los factores patógenos básicos en nuestra civilización. Al re-contactar, reconocer y atender a las propias necesidades y la cualidad de la relación interpersonal generamos espacios de salud.

## Uno de los pilares del trabajo en Bioenergética es la vibración

Si el cuerpo está vivo, vibra. Por definición la energía es una onda vibratoria. Esas ondas que circulan en todo el cuerpo, son transmitidas hasta la superficie. Por lo tanto, la vibración es movimiento involuntario que no incluye a la motricidad. Podemos generar esta vibración ya sea, relajando los tejidos (si hay tensión el organismo no vibra) y/o, aumentando la vitalidad.

La vibración es un fenómeno totalmente involuntario. Tiene su propio ritmo. Es diferente del movimiento motor voluntario. Soltar el cuerpo a los movimientos involuntarios da cuenta de cómo la persona inhibe o bloquea el flujo de la energía. Se pueden observar vibraciones sutiles, finas, y otras más espasmódicas que dan cuenta del bloqueo energético. También es posible que se dé un temblor lo cual es característico del stress post-traumático. El reconocimiento de estas diferentes cualidades de vibración, permitirá reconocer cuáles son sus zonas de acorazamiento, y la emoción contenida en ellas. Al liberar dicha emoción, la co- raza irá cediendo y el fluir energético será más completo, dando a la persona sensación de integridad.

Estas experiencias con nuestros cuerpos van acompañadas de la construcción del enraizamiento, otro concepto fundamental en nuestro trabajo. La primera experiencia de enraizamiento es en el vínculo madre-bebe, como fue explicado anteriormente. Y de acuerdo a como haya sido esa experiencia tan primaria y base de nuestro patrón vincular, es nuestra manera de sentirnos enraizados. Y sobre eso buscamos concientizarnos, para poder expandir la sensación de seguridad interna, y desde ese enraizamiento vincularnos con los otros.

Este campo de trabajo con la bioenergética, a través de los ejercicios, se puede aplicar en cualquier área, en escuelas, empresas, comunidades, hospitales, grupos de trabajo, etc. Recordamos que más allá del aérea donde

se trabaje desde este enfoque, la prevención es un elemento importante, al realizar una búsqueda en la integración de la mente y el cuerpo, atendiendo las demandas de las diferentes instituciones donde el grupo con el cual trabajamos, se desempeña. Si estamos más conscientes de nuestros mecanismos cuando perdemos el eje, también podemos estar más atentos a como regresar al eje, y en ese movimiento el cuerpo es un gran aliado.

Quisiéramos brevemente dedicar unas palabras sobre como es la formación de terapeutas o trabajadores corporales en Bioenergética. El Instituto Internacional de Análisis Bioenergético tiene desarrollado un programa básico para todas las instituciones formadoras en los diferentes países. Si nos referimos al proceso psicoterapéutico exclusivamente, es un proceso que se da en la interacción entre paciente y terapeuta. Se requiere por parte del terapeuta una capacidad de escucha, de lectura corporal sobre el cuerpo del paciente, y sobre todo disponibilidad para la resonancia. En esta resonancia, el terapeuta debe tener un trabajo profundo sobre su propio cuerpo, para reconocer sus propios aspectos contra transferenciales, no solamente a nivel psíquico sino también a nivel corporal. Por este motivo la formación es teórico-vivencial, y de manera grupal, explorando en vínculo, lo que en vínculo se tiene que sanar.

Parte de la formación es el requisito de tener un propio espacio terapéutico desde esta técnica, para que el profesional que se está formando, pueda a

su vez, trabajar sobre su propia historia inscrita en su cuerpo y atravesar la posibilidad de habilitarse en todo aquello que quedo tapado o escondido tras sus corazas musculares.

Con respecto a los trabajadores corporales, se les transmite esta herramienta también de manera teórico-vivencial, para aprender a trabajar con el cuerpo y acompañar a otros en ese proceso de concientizar, y sobre todo, recuperar la vitalidad perdida o bloqueada, un derecho que nos pertenece a todos.

También para que puedan comprender claramente sus límites al momento de trabajar grupal o individualmente, con otros e identificar, cuándo se generan situaciones que requieren de un espacio terapéutico con otro tipo de intervenciones, y hacer la derivación correspondiente.

Quisiéramos finalizar este artículo con una cita de Lowen: “Ahora bien, si tú eres tu cuerpo y tu cuerpo eres tú, este expresa quien eres. Es tu modo de ser en el mundo. Cuanta más vida tenga tu cuerpo, mas estas en el mundo.”

### BIBLIOGRAFÍA

- Revista de psicología corporal: Análisis Bioenergético, transformación personal, interpersonal y social. 2014
- Fundamentos teóricos de la Bioenergética, por la Lic. Ana Krsul. 2014
- El Gozo, de Alexander Lowen 1994
- Formación en Trabajador corporal en Bioenergetica, por Lic. Inés Cao y Lic. Angélica Feliu. 2013
- Las tareas durante la etapa sensorio oral de apego, por Guy Tonella 2013

## La situación política y social en Venezuela y el papel de la Psicología

Por  
Ovilia Suárez \*



La realidad de las últimas décadas del siglo XX llevo a la pérdida progresiva de los derechos sociales y a la imposibilidad de alcanzarlos, esto originó un incremento de la desigualdad y la violencia social, violencia del sistema sobre la población. En Venezuela esto llegó al punto más álgido el 27 de febrero de 1989, donde miles de venezolanos y venezolanas sin liderazgo y sin planificación se lanzaron a la calle a exigir justicia, a protestar las medidas neoliberales impuestas por el Fondo Monetario Internacional y llevadas a cabo por el entonces presidente de la República Carlos Andrés Pérez.

Esta acción popular, principalmente proveniente de los barrios y sectores pobres, se denominó El Caracazo y los miles de manifestantes fueron brutalmente reprimidos. Más de tres mil muertos fue el resultado de este despertar de conciencia masiva. La historia lo reconoce como el primer movimiento social masivo en contra del neoliberalismo.

(\*) Es psicóloga egresada de la Universidad Central de Venezuela, Magister en Psicología del Desarrollo Humano de la misma casa de estudios. Ha desempeñado diversos cargos en educación, salud, misiones sociales relacionadas con el desarrollo humano. Fundadora y vocera principal del Colectivo de Psicólogos y Psicólogas por el socialismo.

Esta acción fue el inicio de una transformación social que originó no sólo cambios de gobiernos, sino diferentes formas de construir nuestras realidades. La llegada al poder político del Comandante Hugo Chávez en 1999 ratificó el comienzo de esta transformación social, con la convicción que el poder radica en el pueblo y que sólo es posible gobernar con poder popular.

Diversos grupos se comienzan a organizar para asumir su papel protagónico y surgen entonces cientos de nuevas formas organizativas del pueblo, que deja de ser sometido pasivamente y comienza su empoderamiento y participación en todos los espacios sociales. Con este nuevo rol la conciencia asume un orden claro, evidente, la voz del pueblo se convierte en acción, en organización, en planificación, se ponen en la palestra las necesidades y principalmente las formas de satisfacerlas.

Cada acción emprendida por el Comandante Chávez se hizo conjuntamente con el pueblo, desde nuestra nueva Carta Magna, Chávez llega al poder y convoca a un referendo consultivo para preguntarle al pueblo si estaba de acuerdo con cambiar la constitución de la república, se va a elecciones y con el 87, 75% de los votos el pueblo de Venezuela respondió "sí", se proponen candidatos para la asamblea constituyente, se eligen a través del voto quienes la conformarían y una vez conformada se inició una consulta popular, a todos los sectores, a todas las regiones, sobre lo que debía estar presente en la nueva constitución. Se escucharon y se recibieron propuestas de todas las áreas, formas, ideas, posturas y a partir de allí se debatió, se analizó y se redactó

una nueva constitución y se presentó a los seis meses de instalada la Asamblea Constituyente. La Nueva Carta Magna, se somete a consulta popular por voto directo y secreto y entonces, se aprueba la nueva constitución con el 71, 78% de votos a favor. Así cada decisión y cada acción fue y es acompañada con el pueblo cada vez más organizado y más participativo. Asumiendo su rol protagónico.

Esto implica un verdadero cambio paradigmático que distancia los tradicionales mecanismos de dominación y sometimiento de las masas. La Revolución Bolivariana, con el Comandante Chávez al frente, comienza a mandar obedeciendo al pueblo con sus propuestas, acciones, movimientos organizados y le da cada día mayor poder y participación. Esto obligó al propio gobierno a crear nuevas políticas públicas, nuevas instituciones, nuevas formas de actuar, nuevos mecanismos de ejercicio popular, lo que trajo una fractura del sistema tal y como lo conocemos.

Cada decisión que empoderaba al pueblo o al gobierno para alcanzar y consolidar la soberanía fue atacada, por ejemplo la nacionalización de la industria petrolera, permitiría que los ingresos al país por venta y procesamiento de nuestra principal riqueza pudiese ser utilizada para beneficio de la población venezolana, pero controlarla y eliminaba las grandes transnacionales y la fuga de capitales, estos intereses afectados llevó al golpe de estado de 1992, que logró el derrocamiento del presidente Chávez, que originó un movimiento cívico militar sin precedentes en la historia y que regresa al poder al comandante en menos de 47 horas.



Hugo Chávez y detrás Nicolás Maduro (Crédito:Flickr/Cancillería Ecuador)

La Revolución continuó sus acciones, consiguió logros sociales, económicos y políticos de gran magnitud se logró alfabetizar a más de 1.500.000 personas y se declara a nuestro país Territorio libre de analfabetismo, en año y medio. Se crearon las misiones sociales que nos han permitido alcanzar metas del milenio.

El Ministerio del Poder Popular para la Planificación (2015) señala alguna de ellas, bajo los principios de Crecimiento, Inclusión, Desigualdad/ equidad, Universalidad de la política, Organización Popular y Condiciones de vida logra incidir en grandes problemáticas. Entre ellas podemos señalar la construcción de más de 1.200.000 viviendas para las familias de alto riesgo y en pobreza, dignificando las condiciones de vida e impulsando el buen vivir.

Más de 3.000.000 de pensionados son incluidos en el sistema de seguridad social y tenemos 10.000.000 de personas en aulas de clases en todos los niveles educativos, haciéndonos el segundo país de América latina y quinto en el mundo con mayor matrícula educativa.

Cada logro evidentemente afecta intereses y al sistema capitalista, la sociedad de consumo y el neoliberalismo se perturban y el imperialismo se siente amenazado, esto lleva a accionar diferentes formas de agresión, a crear nuevos mecanismos de control dentro de un orden mundial que no fuese el tradicional y sangriento, conocido en los siglos anteriores. Entra en juego y se consolida la llamada “guerra no convencional” en varios países, y en Venezuela comienza a aparecer y a expandirse la guerra psicológica. A través de operaciones psicológicas se comienzan a manejar emociones, sentimientos, pensamientos y conductas frente a la Revolución Bolivariana.

Esto comenzó con la llegada de la Revolución Bolivariana, muchas de sus acciones psicológicas rayan en lo ridículo, sin embargo las campañas mediáticas y sus mecanismos hicieron que fueran creíbles desbordan angustias y miedos de forma exacerbada. En el año 2009 se desata una campaña sobre la familia aseverando que el presidente y la revolución le quitarían la patria potestad a los padres y representantes. El presidente Hugo Chávez

tuvo que pronunciarse en los medios “ese cuento de qué le vamos a quitar a los padres la patria potestad de sus hijos”... aseguró que con estos señalamientos “la burguesía” busca ‘desesperadamente’ influir en la mente de los venezolanos.” (Noticias 24.com)

Este tipo de información y miles de rumores han ido incrementándose tocando muchas áreas, vida privada del presidente Chávez, nacionalidad del presidente Nicolás Maduro, descredito y burla de algunas de las medidas, presencia de virus mortales, grabadores dentro de bombillos ahorradores, alimentos contaminados, muertes de seres humanos por parte de médicos cubanos, materiales inadecuados en la construcción de viviendas, noticias sin base para generar angustias, titulares amarillistas, por ejemplo como titularon los medios en el 2014 después de la victoria electoral del chavismo en las elecciones municipales decían: “**Viene Hambre**” para “anticipar” consecuencias de medidas sociales y los gobiernos municipales. Uso de las redes sociales para desestabilizar de forma permanente es el día a día en nuestro continente, basta revisar con ojo crítico las redes y noticias y tendencias sobre Venezuela.

Las grandes contradicciones entre lo que se hace y se obtiene y la forma en que éstas son interpretadas por los medios, aparecen y dividen a la sociedad entre los que creen esos mensajes y los que ven otra realidad participativa y protagónica con cada vez mayor grado de conciencia.

La Guerra No Convencional tiene su columna vertebral en lo psicológico pero obviamente esto no es suficiente. Comienzan a accionarse otras armas, como la financiera, económica, mediática, parlamentaria, militar. Es

la guerra política, pues su objetivo es ese, político, las demás áreas de la sociedad sirven para atacar las representaciones sociales y generar un clima psicosocial que coloca a la población contra la pared.

Sun Tzu en *El arte de la guerra* (2010) señala que la mejor victoria es vencer sin combatir, especifica que todo “arte de la guerra se basa en el engaño” y plantea además que “el supremo arte de la guerra es someter al enemigo sin luchar. Los elementos de la psicología a través de los medios de comunicación masivos y las redes sociales se convierten en campos de acción perfectos para lograr estos postulados. Cuando las emociones negativas se apoderan del espíritu de lucha y de las ganas de avanzar el individuo está decaído, si esto se mantiene y se entremezcla con proyectos de vida conscientes o inconscientes fracturados, los individuos están preparados para ser derrotados, cambiar el ánimo, cambiar los comportamientos y estos a su vez cambia las interrelaciones humanas que terminan afectando los diferentes entornos inmediatos del ser humano.

En la Guerra Convencional el ejército está conformado por soldados que atacan con armas de fuego a objetivos militares, en nuestra representación social la guerra la vemos en esa confrontación y la sentimos lejana, sangrienta, desastrosa, temible y rechazada por la humanidad. La Guerra No Convencional no se ve, es silenciosa, las armas son mensajes, técnicas y métodos cuya finalidad es la modificación de comportamientos, emociones y pensamientos tanto individuales como colectivos. Para que esto llegue a toda la población las telecomunicacio-

nes todas (televisión, radio, internet, telefonía celular, el uso de las redes sociales, canciones, películas, series, programas diversos) se movilizan y tocan los imaginarios, las creencias, las emociones profundas y se siembra la Incertidumbre, el miedo, la rabia, el odio, la zozobra, la angustia, la ansiedad, el estrés, la inseguridad. Emociones y sentimientos intensos, negativos que hacen tambalear el buen vivir, la salud integral se afecta y la sociedad toda se mueve internamente, se tocan todas las relaciones humanas y se modifican las conductas. Con estas emociones presentes se controla a la ciudadanía sin ningún tipo de reconocimiento ni de responsabilidad de parte de los dominadores.

La guerra psicológica manipula, induce, provoca acciones políticas, cambios conductuales que inciden en nuestra cultura, estilos, formas de comportamiento. Para hacer esto se agreden las estructuras psicosociales más profundas, se ataca nuestra identidad, idiosincrasia, representaciones sociales, valores, autoconocimiento, autoimagen, creencias, hasta nuestra propia historia, todo aquello que nos define y conforma nuestra cultura. Esto ha trascendido nuestras fronteras, basta con ver las noticias que llegan sobre Venezuela. Se construye una imagen de caos, de situación no deseada, se usa la figura de nuestro país para campañas electorales tratando de inducir el voto en contra de los gobiernos progresistas de nuestro continente y más allá.

Los profesionales que vemos, leemos y vivimos estos como parte de la vieja política no logramos analizar más allá de lo que sucede desde nuestras profesiones. Encontramos hoy una psico-

logía para la dominación y el control, al servicio del sistema y la sociedad de consumo y otra cada vez más clara, la psicología para la liberación que trasciende el paradigma asistencial y que sirve para el empoderamiento, la organización de los movimientos sociales, verdaderos protagonistas de la historia.

La psicología en el siglo XXI trasciende también el paradigma netamente asistencial, ya no basta dar apoyo, hacer contención, psicoterapia, acompañamiento, la psicología en el siglo actual debe estar éticamente comprometida con su papel protagónico. Hay una psicología que estudia al ser humano para manipular, para generar angustia, para cambiar comportamientos que inciden políticamente y que transforman nuestras realidades sociales. Hay otra psicología naciente con conciencia que, a través de los diversos saberes y de la construcción real de la sociedad, ofrece herramientas al servicio del pueblo, que da un paso no para dar servicio psicológico al pueblo sino para dar herramientas que sirvan para empoderar y servir a ese pueblo.

Todos los actores sociales hablan de guerra psicológica y somos los psicólogos y psicólogas los llamados a analizar, evaluar y generar acciones para la defensa psicológica pero también para ir más allá, para la contraofensiva psicológica e incluso para la ofensiva psicológica. ¿Cómo hacer esto desde nuestra formación pero también comprometidos ideológicamente con nuestros principios humanistas, bolivarianos y socialistas?

De esta interrogante y como una necesidad ética surge el Colectivo de Psicólogas y Psicólogos por el Socialismo, con el propósito de brindar herramientas desde la psicología social,

comunitaria, pero también clínica para poder afrontar los embates de esta guerra de cuarta generación que nos somete, nos daña y principalmente nos controla.

Hemos trabajado en la conformación de movimientos sociales, en la organización y apoyo a los movimientos sociales ya conformados, en los nuevos urbanismos aportando en la construcción del nuevo tejido social, en la construcción de las políticas públicas, en las misiones, en las luchas de diferentes sectores. El poder radica en el pueblo, solo el pueblo salva al pueblo y desde ahí la psicología con identidad popular, esa que se reconoce también pueblo, ofrece las herramientas de ayuda, de construcción de un nuevo paradigma, una sociedad más justa, más ética, centrada en el desarrollo del ser humano, un ser que se conforma en familia, en comunidad, en nación, en sociedad, un ser humano desde los valores originarios, desde los valores humanistas, socialistas, una sociedad más humana y más libre, con ejercicio de derechos, es ahí el debate actual, el papel de la psicología dentro de los grandes cambios políticos y sociales que vivimos en este continente. La psicología debe abrir el espectro de atención, de ejercicio, dar el salto implica la revisión profunda de sus teorías pero también y principalmente de su praxis.

En medio de esta transición social y en medio de las grandes contradicciones propias del momento histórico, el Colectivo de Psicólogas y Psicólogos por el Socialismo se atreve a dar ese paso, con su quehacer práctico y desde los

paradigmas de formación tradicionales pero construyendo desde las raíces de nuestro objeto de estudio la nueva forma de accionar.

Leer entre líneas la sociedad, la humanidad, construir desde los saberes del pueblo, desde sus necesidades, desde las nuevas instituciones, desde lo nuevo llevando a cuestras los viejos paradigmas, sus valores y sus arraigos. Estamos desconstruyendo y construyendo, estamos tejiendo inmersos en ese nuevo tejido que no es nuestro como profesionales, sino que nos arroja y nos incorpora con amor y respeto. Debemos despojarnos de elementos que el propio sistema capitalista nos dio con los elementos de dominación a través del conocimiento, pero esto no desde la retórica discursiva sino desde la humildad del quehacer cotidiano, de la mano de los más humildes, desde las herramientas humanas de la liberación que se construyen en medio de las más grandes dificultades económicas, financieras, mediáticas, psicológicas.

Surge desde las cenizas de una sociedad insostenible una nueva forma de organizarse, de participar, de construir nuevas formas de relacionarnos, de hacer psicología, esperamos que se nos permita crecer, que

podamos aprender de esta experiencia en beneficio de todos y todas y que junto a las experiencias de nuestros pueblos y colegas de la Patria Grande podamos plantear una psicología que contribuya a una sociedad más humana, más justa, una humanidad socialista.

#### REFERENCIAS

España, José Antonio. El cóctel de Maduro viene cargado de hambre y miseria. Sep 09, 2014. La patilla.com

Ministerio del Poder Popular para la Planificación (2015) Venezuela en cifras: Nuestra transición hacia el Socialismo. Caracas. MPPS

Sun Tzu (2000) El arte de la Guerra. Eduven. Publicaciones Monfort c.a. Caracas

Noticias 24 en <http://www.noticias24.com/actualidad/noticia/59151/le-sale-al-paso-al-cuento-de-que-le-vamos-a-quitara-a-los-padres-la-patria-potestad-de-sus-hijos/>

## ALQUILER DE CONSULTORIO Por Hora/Por Día

en la esquina de Colonia y Yaguarón

**8 amplios consultorios muy luminosos y finamente amueblados**

- Sala para grupos
- Consultorio exclusivo para niños
- Disponibilidad Horaria

**Recepción / Sala de Espera  
WI FI y demás servicios**

**Por información  
29091287 - 092618700 - 098054472  
facebook: Consultorios Calle Colonia**

## CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

Por este medio se convoca a los Asociados a la **ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA** que se llevará a cabo el próximo **MARTES 30 de AGOSTO de 2016** con el siguiente Orden del Día:

- 1) Presentación de Balance del Ejercicio correspondiente al período Junio 2015/Mayo 2016.
- 2) Revisión del Reglamento del Fondo de Solidaridad Social de CPU.

1er. Llamado: 19.30 hs.

2º. Llamado: 20.00 hs.

Lugar: Sede Gremial de CPU

Dr. Andrés Martínez Trueba 1191

avisos

## Seminario "Estimulación oportuna, primeros encuentros con el bebé y la familia"

12 de Noviembre 9 a 13 hs.

Fundación  
**FUCAC**

PSICOLIBROS  waslala

 **COMPARTIENDO  
PSICOLOGIA**

### CURSO: PSICODRAMA CLÍNICO

De Agosto a Diciembre 2016

Frecuencia quincenal

Dirigido a profesionales y estudiantes avanzados de la salud mental

Docente a cargo: *Ps. Ileana Martínez Fuentes.*

Docentes invitados: *Dr. Javier Bustos,*

*Ps. Marcelo Choclín, Ps. Dolores Naon.* (Todos de Argentina).



 Instituto de Psicodrama Moreno-Bustos

**INSTITUTO DE PSICODRAMA  
MORENO-BUSTOS**

Avalado por Instituto J L Moreno de Buenos Aires

**Formación para graduados**

**Cursos y talleres**

**Atención clínica**

**Asesoramiento técnico**

**Informes e inscripciones:** [institutomorenomontevideo@gmail.com](mailto:institutomorenomontevideo@gmail.com) / Tel. 098.63.41.42.

# relaciones

Revista al tema del hombre

**Promoción Exclusiva para los socios de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay**



Oferta de suscripción individual a la revista **relaciones** con importantes beneficios, por acuerdo con la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

- Suscripción a doce meses, pudiendo comenzar en cualquier mes del año
- El costo de la suscripción es de \$600 (en lugar de \$ 800)
- El pago se realiza mediante giro por **red pagos**, pagando únicamente la suscripción; los gastos por el giro quedan a cargo de la revista.
- El giro debe hacerse a nombre de Ana María Ponte, cédula de identidad 2.582.359-4.
- Realizado el giro, se debe comunicar a la revista por mail (relacion@adinet.com.uy) los siguientes datos:
  - Nombre; dirección; teléfono; mail; cédula de identidad; fecha y red en que realizó el giro.
- La suscripción rige a partir del número correspondiente al mes siguiente a aquél en que se realizó el giro.

**COMPARTO CONSULTORIO ÚNICO**  
Con alquiler de día fijo en exclusividad

Apartamento de un dormitorio y demás, muy cálido, confortable, agradable, a nuevo, tranquilo

**Portero eléctrico**  
**Vigilancia a cargo de portería**

Tels. 2908 3890 (luego 21 hs) 094 125.797

**ALQUILO CONSULTORIO**  
Zona Centro

**AMPLIO - EQUIPADO - LUMINOSO**  
**POR DÍA/POR MES**

**FOTOS EN FACEBOOK/ FACEBOOK/**  
**CONSULTORIO16PSICOLOGICO"**

**Tel.: 098775279**

**ALQUILO CONSULTORIO**  
**Excelente Nivel**

Río Negro y 18 de Julio  
Frente a Plaza Fabini (Entrevero)  
Losa radiante- Aire Acondicionado  
Portería

**098 925 346 - 2200 0318**

**+psicólogo@s**

**Su mensaje llegando a**  
**2.000 psicólogos en todo el país**



**I.S.E.V.**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y EDUCACIÓN VIAL



**10% de descuento  
en todos los servicios**

*El ISEV es un centro multidisciplinario  
privado dedicado a la Educación vial y  
la formación de conductores.*

Mercedes 1463 | Tels. 2409 2121  
info@isev.com.uy | www.isev.com.uy



**10% de descuento para  
socios de Coordinadora  
en todos los títulos**

Juan Benito Blanco 962  
Tel. 27073894  
librosdelaarena@gmail.com

**ENFOQUE VISUAL**

**COMBINA  
COMO  
QUIERAS**



**PROMOCIÓN  
2 X 1**

AV. 8 de Octubre 2290 - Tel.: 2408 5446  
entre 18 de Julio y Br. Artigas

Aceptamos todas las Tarjetas de Credito

**y LLEVATE EL 2 PAR DE REGALO !!**



**RedDentis**

**CONVENIO EXCLUSIVO PARA SOCIOS CPU**

- Afiliación mensual individual y bonificada \$110 (\$ 160 para público en general)
- Afiliación Familiar mensual y bonificada \$ 200 (\*)
- En prestaciones no incluidas en el prepago: descuento del 40 al 50% sobre aranceles de la Asociación Odontológica Uruguaya

(\*) Actualización semestral del monto en base al IPC en enero y julio de cada año

Por más información:  
Tel.: 2487 4487  
www.reddentis.com.uy  
o en Administración de CPU

**Gestoría L&S ofrece un servicio integral  
y personalizado en materia tributaria:**

**LYS**

1. Declaración de IRPF.
2. Declaraciones juradas de IVA.
3. Declaraciones de IRAE e IP para empresas.
4. Apertura de empresas.

**30% de bonificación en todos los trámites**

Contacto: Teléfono o Whatsapp al 099 039 871 / 095 542 278  
o escribenos a nuestro mail: gestoría.lys@gmail.com

**dickens**

**25% de descuento a funcionarios y socios de  
CPU, así como a sus familiares directos  
en todos nuestros cursos de inglés  
presenciales**

Exoneración del pago de matrícula y pruebas de nivel

Pagando la anualidad del curso con tarjeta Santander  
20% de descuento adicional

Pagando la cuota antes del 10 de cada mes  
10% de descuento adicional

Informes y contacto: Lic. Fabián Soto  
Communication y MKT Dickens  
(+598) 2710 7555 - fsoto@dickens.com.uy

**SECOM**  
Primer Servicio de Compañía

**Compañía Calificada y otros beneficios...**

Socios de Coordinadora y sus familiares, residentes en los Montevideo, Canelones, San José, Colonia y Maldonado contarán con acceso diferencial a productos de Secom:

- Descuento de hasta un 15% en Compañía Calificada.
- Acceso a **Doble Cobertura, Sanatorio Plus, Grupo Familiar, Secom Joven y Copago.**
- Adelanto en la adquisición de derechos respecto a los planes de afiliación individual.

**Contáctenos y conozca los detalles de estos  
beneficios**

Tel.: 2903 0610\* - 0800 4584  
info@secom.com.uy - www.secom.com.uy

**Alcance**  
Asesoría de empresas



**Plan Convenio  
Premium**

Para afiliados a la Coordinadora de  
Psicólogos del Uruguay.

**Plan Convenio Premium \$919.**

(Precio del Plan Familiar sin convenio: \$ 1100).  
Se reconocerán los derechos adquiridos en otras empresas de compañía.



Consultas por planes de 16 y 24 horas

Tel. 0800 2902 - 2902 4911



Por más información:  
En Español 24/7: 0800 2902 - 2902 4911  
atencion@secom.com.uy | www.secom.com.uy



**Alcance**  
Asesoría de empresas

Miembro Fundador de la Cámara Uruguay de Empresas de Servicios de Asesoría



**taller de informática**

Los socios de Coordinadora tendrán **20% de descuento** sobre el precio de lista en todos los cursos en locales Centro y Pocitos.

- El descuento además será acumulable con el de Buen Pagador (10%) y el de Ex Alumno (5%).
- Beneficio especial para hijos de socios de CPU del interior del país que residen en Montevideo.

**Taller Pocitos - 21 de Setiembre 2719**  
pocitos@eltaller.edu.uy  
Tel: 2711 7186

**Taller Centro - Mercedes 1545**  
centro@eltaller.edu.uy  
Tel: 2401 8424

**BQB** Ofertas especiales  
LINEAS AEREAS

**Mantenimiento del hogar**

**ASTEL**  
SERVICE ESPECIALIZADO

- Convenio/Seguro para el mantenimiento del hogar
- 50% de descuento en la cuota mensual del servicio en contrato anual
- 20% de descuento en servicios técnicos y reparaciones en telefonía, audio y video
- Consultas por el Tel. 2409 9171

www.astel.com.uy

**Hostelling International**



- 20% de descuentos sobre Carné Internacional
- 10% de descuento sobre Carné Nacional
- Descuentos para socios CPU y familiares directos
- www.hostelluruguay.org

**Asociación Cristiana de Jóvenes**



- Bonificación en cuota mensual
- Comunicarse al Dep. de Socios: Unidad Centro. Tel. 2400 1116 - int. 248
- Unidad Portones. Tel. 2600 6854
- www.acj-ymca.org.uy

# Agrupaciones de CPU

## Referentes de las Agrupaciones locales en el Interior

### Artigas

*elidasotol@gmail.com*

Elida Soto

### Canelones · Santa Lucía

*agrupacionpsicologos@gmail.com*

Fabiana Pino

Melina Cruz

### Cerro Largo

*aliciariv@montevideo.com.uy*

Alicia Rivero

Adriana Cáceres

### Ciudad de la Costa

*apsicost@gmail.com*

Mercedes Nartallo

### Colonia

*psicologos.colonia.cercanias@gmail.com*

Karina Mautone

Lic. Gustavo Diechtiar

### Colonia Zona Este

*vverolo@adinet.com.uy*

Valeria Verolo

Yaquelin Dufour

### Colonia Zona Oeste

*psicoghanleguizamo@hotmail.com*

Paola Ghan

### Durazno

*rubenfrust@gmail.com*

Rubén Frusto

### Flores

*cpuflores@adinet.com.uy*

Eduardo Cardarello

Vanessa Laguarda

### Florida

*psicoflorida@hotmail.com*

Lourdes Lomando

### Las Piedras · La Paz · Progreso

*agrupied2015@gmail.com*

Carlos Bacci

Valeria Acuña

Diego Torregiani

### Lavalleja

*mpepelepeu@gmail.com*

María Noel Romero de León

### Maldonado

*agrupacionmaldonadocpu@gmail.com*

Laura Fernández

Silvana Nicola

### Pando

*psicologaspando2015@gmail.com*

Flavia Alfoso

Verónica Massimino

### Paso de los Toros

*manos@adinet.com.uy*

Janina Silva de Mello

### Paysandú

*rosapel@adinet.com.uy*

Rosario Pellicer

### Río Negro

*mguelman@femi.com.uy*

Mónica Guelman

### Rivera

*claumepre@yahoo.com*

Aída Coronoe

Claudia Menéndez

### Rocha

*eliseo\_presa@hotmail.com*

Eliseo Presa

### San José

*psicologosensanjose@gmail.com*

Cecilia Bove

María Inés Camy

### Tacuarembó

*agrupciontbo@gmail.com*

Cecilia Romero

Pía Heguaburú

Laura del Río

### Treinta y Tres

*psicolimar@gmail.com*

Laura Barrios Camejo

### Zona Costa

*lilipelle@hotmail.com*

Liliana Pelle

Emilia Sández

TALLER

# CONSTELACIONES FAMILIARES



Coordina Lic. Nancy Tato

JUEVES 8 de SETIEMBRE · SEDE de CPU

## Taller vivencial de Constelaciones Familiares

**Coordinación:** Lic. Nancy Tato.

Jueves 8 de setiembre de 18.30 a 21.30 hs. Sede de CPU.

### Objetivos

Por medio de las Constelaciones Familiares podemos descubrir la posible relación entre problemas que afectan nuestra vida negativamente: enfermedades; destinos difíciles; tendencia a la depresión, al abandono; conductas destructivas, conflictividad en la pareja, en la familia en los vínculos con los demás, y las identificaciones inconscientes con diferentes miembros de nuestro sistema familiar, así como ciertas lealtades invisibles hacia ellos, descubiertas por Bert Hellinger.

**Dirigido a:** Profesionales y estudiantes de la salud y la educación, y padres en general.

**Duración:** 180 minutos c/intervalos

**Cupos:** Mínimo 8 participantes; máximo: 15 participantes

**Requisitos:** Interés en encontrar nuevas miradas terapéuticas en el área familiar sistémico

**NOTA:** Se trata de la misma presentación realizada en Junio en CPU. No es una continuación o secuela de la primera.

### COSTOS

Socios CPU | \$ 660

No Socios/Profesionales sin convenio | \$ 880

Estudiantes Afiliados | \$ 490

Estudiantes No Afiliados | \$ 600

Socios Adasu/Instituciones con convenio | \$ 660

### INSCRIPCIÓN

- On line (ver en [www.psicologos.org.uy](http://www.psicologos.org.uy))
- Plazo hasta 48 horas del inicio del taller

### FORMAS DE PAGO

Socios y estudiantes afiliados pago incluido en la factura de CPU.

Rstantes categorías mediante depósito en la cuenta 461 de Abitab.

**NUEVO HORARIO**

# Espacio de Supervisión y Análisis de Viñetas Clínicas

Coordina: Lic. Karina De León

- Nuevo horario: miércoles 19.30 hs.
- Inicios en Agosto y Setiembre

## Espacio de Supervisión y Análisis de Viñetas Clínicas

**Coordina:** Lic. Karina De León (posgrado en especialización en Psicoterapia Focal)

**Dirigido a:** exclusivamente socios y estudiantes afiliados

**Duración:** Semestral (Mayo/Octubre), con opción a extensión según la demanda.

**Frecuencia:** Semanal, miércoles de 17.00 a 18.30 y de 19.30 a 21.00 hs.

**Modalidad:** Ciclos mensuales (4 encuentros) con posibilidad tanto de renovar la participación mes a mes, como de suspenderla al término de cada ciclo.

**Lugar:** CPU

**Máximo:** 20 inscriptos

**Costo:** \$ 800 (a facturar junto a la cuota de CPU).

*Esta actividad no requiere matrícula.*

**Plazo de inscripción:** último viernes de cada mes.

**Cómo inscribirse:** On line (ver artículo en [www.psicologos.org.uy](http://www.psicologos.org.uy))



COORDINADORA  
DE PSICÓLOGOS  
DEL URUGUAY

**Más información:**

[www.psicologos.org.uy](http://www.psicologos.org.uy) · [socios@psicologos.org.uy](mailto:socios@psicologos.org.uy)