CONTEXTOS

Psi

Publicación oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

INFANCIAS y FAMILIAS

PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA | ADOPCIÓN
MADRES VIOLENTAS | MUTISMO SELECTIVO | +

COORDINADORA DE PSICÓLOGOS DEL URUGUAY

CONTEXTOS Psi
Publicación oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

Publicación Oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

Coordinación gral.: Lic. Ps. Ignacio Ferreyra

Edición de contenidos, corrección, diseño y diagramación: Lic. Com. Rodrigo Ubilla

Foto de tapa: Paz de Soto. Foto Club Uruguayo

Colaborar con Contextos Psi
Son bienvenidos artículos de interés para la comunidad de psicólogos y/o que traten temas desde la perspectiva profesional.
editorial@psicologos.org.uy
Avisos: ***comunicacion@psicologos.org.uy***

Las opiniones expresadas en los artículos firmadosno son necesariamente compartidas por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

Impresión y encuadernación
Mastergraf S.R.L. Bvar. Artigas 4678
Tel. 2303 4760
Depósito Legal 350.210

Mesa Ejecutiva
Secretaría General Lic. Ps. Karina De León
Sec. Finanzas Lic. Ps. Karina Becavach
Sec. Organización Lic. Ps. Verónica Molina
Sec. Difusión Lic. Ps. Ignacio Ferreyra
Sec. Asuntos Gremiales Lic. Ps. Susana Ferrer
Sec. Convenios Lic. Ps. Martín Bergalo
Sec. Agrupaciones Lic. Ps. Mónica Coore
mesaejecutiva@piscologos.org.uy

Comisión de Educación
Lic. Ps. Noemí Goodson
Lic. Ps. Mariana Alvez
Lic. Silvia Cardoso

Comisión Administradora del Fondo de Solidaridad Social
Lic. Ps. Mónica Ferreira
Lic. Ps. Miriam de Moraes
Lic. Ps. David Cibulis

Suplentes:
Lic. Ps. Silvia Bueno
Lic. Ps. Gonzalo Cosenza

Comisión Fiscal
Lic. Ps. Javiera Andrade
Lic. Ps. Noelia Ruiz
Lic. Ps. Sinidia Zadowozniz

Andrés Martínez Trueba 1191/1193
Montevideo - Uruguay
Telefax 2410 6624*
Email ***cpu@psicologos.org.uy***
Administración ***socios@psicologos.org.uy***
Sitio web **www.psicologos.org.uy**
Facebook **cpu.uruguay**
Twitter **@cpu_uruguay**

Contenido

nº 001/junio 2018

Editorial 5

Información General 6

El remedio y la enfermedad. La cuestión de la patologización de la infancia en Uruguay 10

Madres violentas. ¿Mujeres para otros, madres incompletas? 16

Empatía: efectos de los vínculos primarios 24

Foto Club Uruguayo - Fernando Corales 26

Cuentos que no son cuentos. El lugar del relato en la construcción de la identidad adoptiva de los niños pequeños 34

Remisión de un caso de mutismo selectivo 39

"Escuela para padres" con "Subversión del sujeto..." 44

Universidad..... 46

Opinión 49

Avisos 50

PRIMERA PERSONA

Motivados

Por Ignacio Ferreyra Vaucher
Sec. de Difusión - CPU

Desde antes de la emergencia de esta publicación, ya se estaba articulando su producción, tal así como un sujeto es causado en una cadena que lo antecede, desconociendo que lo motivó. Lo cual me lleva al título de una canción de algún cantautor español donde dice: “Nos sobran los motivos”. En esta ocasión, de estos últimos, nada sabemos.

Sin embargo aquí estamos, inaugurando y lanzando una invitación a acercarse al primero de los números de “Contextos Psi”. Como decía, no es primero en términos de original, sino, en términos de novedad. Revista, pensada como efecto, en tanto se produce a partir de un acto que la nombró y es efecto como causa para seguir produciendo.

A partir de una serie de textos, todos desde la letra de sus escritores, cada uno con su singularidad desde donde escribe y habla. Cada artículo se presenta dando lugar a la palabra de socios, no socios, egresados recientes, profesionales del ámbito institucional, colegas con trayectoria en políticas en infancia, e invitados de otras latitudes. En definitiva, un espacio abierto a la diversidad de enfoques y prácticas, sin buscar criterios homogenizantes, intentando abrir el campo a la disonancia y su problematización. Acompañados por reflexiones desde el colectivo gremial.

En este número, denominado “*Infancia(s) y Familia(s)*”, se han ubicado los distintos discursos de los colegas que intervienen. No con la intención de dar por sentado qué es la infancia o la familia, como una agrupación de conceptos, sino desplegando la discusión de lo que se dice acerca de estas.

Una iniciativa que se configura a través de un pregunta acerca de lo infantil, lo cual se enlaza con una interrogante acerca de la alteridad, en tanto un tiempo que ya no es. Teniendo presente en cómo esto impacta en nuestra práctica y escucha.

No adelantaré detalles de las próximas páginas, ya que en la propia lectura, apoyada en imágenes, cada lector podrá encontrar-se en contexto(s).

Hasta la próxima.

MARTES 7 de AGOSTO

Convocatoria

Asamblea General Ordinaria

Se convoca por este medio a la asamblea de socios que tendrá lugar el día MARTES 7 DE AGOSTO de 2018 en la sede gremial de CPU, cita en Dr. Andrés Martínez Trueba 1191, Montevideo, a fin de considerar el siguiente orden del día:

Presentación de Balance y Resultados Contables correspondiente al período 1ro. de Junio 2017/31 de mayo 2018

1er. llamado - 19.00 hs.
2do. llamado - 19.30 hs.

Arancel

ACTUALIZACIÓN

Consulta y/o Psicoterapia

Como cada mes de mayo, se procedió a actualizar el monto del arancel para Consulta Psicológica y/o Psicoterapia que, ajustado por el IPC del mes de mayo (6%), pasa a ser de:

$ 1.684 + IVA

(10% en prestaciones de Salud, 22% en el resto de los espacios de ejercicio profesional).

Notas:

1. Recordamos que el IVA es del 10% para prestaciones en Salud, 22% para el resto de los servicios/prestaciones.
2. Asistencia Integral ha sido notificada.

Rocha

Actividad de formación con Lic. Ana María Ramírez

Saludamos a los colegas de CPU/Rocha por la gran organización para implementar la actividad coordinada por la Lic. Ana María Ramírez, "*Herramientas para el abordaje de situaciones de Violencia Doméstica en equipos interdisciplinarios*", que forma parte de las Actividades de Capacitación 2018 que se dictan en la sede de CPU.

Alentamos a los socios agrupados en los difierentes puntos del país a llevar adelante iniciativas de capacitación, para las que cuentan siempre con el apoyo de CPU.

Recordamos además que en la nueva página web de CPU hay destinado un espacio específico para las Agrupaciones de todos los departamentos. Es indispensable contar con un correo electrónico con el formato **cpu+departamento/ciudad@gmail.com** para ser incluidos. Es fundamental también mantener los datos de autoridades y de contacto actualizados para la difusión y promover la difusión de la web para ser más visibles cada día.

Red de Psicólogos

Red de Psicólogos • 365 días/24 hs.

ATENCIÓN TELEFÓNICA: 2410 6737

Convenio

Salió la foto...

Foto Club Uruguayo

Con este primer número de Contextos Psi iniciamos un acuerdo con el **Foto Club Uruguayo** que no dudamos que será muy provechoso. Por una parte, contaremos con fotografías de calidad para ilustrar pasajes de los temas abordados en los textos y un espacio central (pág. 24), un "recreo visual", donde Foto Club expondrá trabajos de sus socios en nuestra publicación.

Y paralelamente, ponemos en marcha un convenio por el cual los socios de CPU tendrán beneficios en los cursos que ofrece el Club. Así que, sonrían y digan "*Psi!*"

FOTO CLUB URUGUAYO

15% de descuento

en curso

DIGITAL ELEMENTAL

(El resto de los cursos,

consultar beneficios)

www.fotoclub.org.uy

Fondo de Solidaridad de CPU ¿Lo tenés presente?

¿Quiénes acceden?

Todos los afiliados a Coordinadora que tengan una antigüedad mínima de 6 meses ininterrumpidos a la fecha de la solicitud del subsidio y se encuentren al día con la cuota mensual.

¿Cuáles son los beneficios?

- Subsidio por enfermedad o incapacidad mayor a 20 días (máximo 180 días, excepcionalmente)
- Prima por nacimiento (para madres y/o padres. Incluido en los casos de adopción)
- Prima por fallecimiento del afiliado
- Prima por retiro

(Se estudiarán prestaciones en casos excepcionales no comprendidos en esta nómina)

¿Cómo se gestiona?

Dentro de los plazos estipulados (según el caso) dirigir una carta junto con la certificación correspondiente a la Comisión Administradora del FSS: ***fondodesolidaridad@psicologos.org.uy***.

Más información: www.psicologos.org.uy/Fondo de Solidaridad de CPU

El contenido ha sido actualizado Web

Como no podía ser de otra forma, al tiempo que estrenamos nueva revista también estrenamos nueva página web. En el último tiempo les hemos informado que el sitio de CPU se encontraba con problemas en su estructura gráfica. Y aunque operativamente no existía ningún problema, la visualización no era la adecuada por lo que decidimos hacer borrón y cuenta nueva, y aprovechar la volada para un lavado de cara completo.

En **www.psicologos.org.uy** (el mismo sitio de siempre) encontrarán esencialmente el mismo contenido que en la versión anterior, aunque dispuesto de nueva forma procurando maximizar las ventajas del uso de imágenes e íconos para que la navegación sea sencilla, deductiva y atractiva a la vez.

Pero no sólo se trata de un cambio de imagen sino que habrá también nuevos formatos de contenido y segmentos de acceso exclusivo para socios registrados, así como inscripción a actividades a través de la web. En esta nueva etapa estamos, enfocados en procurar que las diferentes plataformas de comunicación de CPU (revista, web, mailing y redes) trabajen de manera complementaria y que cada una pueda desarrollar los contenidos mejor adaptados a sus prestaciones. A manera de ejemplo, así como *Contextos PSI* estará estrictamente orientado a la recopilación y publicación de trabajos escritos, la web servirá de complemento a las temáticas que la revista proponga alojando entrevistas en video o informes.

Tal como adelantamos en pág. 8 y como han sabido por numerosas comunicaciones, retomaremos el desarrollo de espacio destinado a las Agrupaciones de todo el país, que será nutrido de información surgida desde y para los psicólogos y psicólogas de cada comunidad en las que CPU tiene representación. Esta tarea precisa de la colaboración de todos, así que contamos también con su compromiso para llevarlo adelante.

Y las novedades irán sumándose a medida que vayamos puliendo detalles. Como siempre, los canales para recepción de sus inquietudes, reclamos y aportes están siempre abiertos (mails, Buzón de sugerencias de la web, Facebook...) en el afán de que estos cambios que proponemos se traduzcan en mejoras palpables en su experiencia como socios.

Seguimos en contacto.

El remedio y la enfermedad. La cuestión de la patologización de la infancia en Uruguay.

* Por Alicia Muniz

Problematizar una situación implica, según Dean[1] (1994) establecer un análisis de la secuencia de las formas históricas acerca de la verdad y del conocimiento, a fin de formular preguntas donde otros han localizado respuestas.

El interés de ofrecer estas reflexiones en torno a un fenómeno que venimos padeciendo en la última década (por lo menos) reside en la necesidad de que los psicólogos clínicos provoquemos una discusión crítica acerca de nuestras prácticas y del diálogo con otras disciplinas.

Un análisis crítico implica conocer el cómo se construyeron las diversas soluciones las que a su vez resultan de una forma específica de problematización.

Ante la dispersión de las condiciones de producción actuales, recortar un fragmento de una realidad implica, siguiendo el pensamiento de Ignacio Lewkowicz (2004), generar una situación capaz de ser pensada aún en las condiciones más adversas. Esto no significa desconocer el origen desde el cual surgen, sino que la visión crítica sobre las condiciones de producción para esa situación son las que aportarán elementos para hacerla pensable.

Problematizar los diagnósticos por dificultades atencionales e hiperactividad en la infancia, remite también a un recorrido de observación e interpretación sobre las condiciones actuales en las que se produce la singularidad del niño/a y de las familias, contemplando las características históricas y contextuales del Uruguay de las prácticas en Salud Mental promovidas en las políticas sanitarias actuales.

La psicología clínica se enfrenta al desafío de comprender los fenómenos complejos del psiquismo infantil, fenómenos que escapan a las descripciones clásicas y a las teorizaciones hegemónicas.

La infancia (quizás debiera indicarse en plural dado que no podría considerarse que haya una infancia homogénea) se presenta de forma diversa, los niños aparecen con un sinnúmero de características que si no se aborda desde una perspectiva compleja se corre el riesgo de patologizar rápidamente conductas que responden a los modos actuales

* Prof. Tit. Dra. Alicia Muniz Martoy
Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Programa de Problemáticas Clínicas de la Infancia y Adolescencia. Psicoterapeuta vincular y habilitante de AUDEPP. Dra. en Psicología por la Universidad del Salvador, Buenos Aires.

de convivencia, de cotidianeidades no estables, en definitiva, de condiciones de subjetivación novedosas.

Silvia Bleichmar (2001) en su conferencia "La infancia y la adolescencia ya no son las mismas. ¿Qué se conserva hoy de la infancia que conocimos? "diferencia niñez como un estado cronológico, reservando el término infancia para referirse a una categoría constitutiva, relacionada con "los momentos constitutivos estructurales de la subjetividad infantil".

En otros textos (Muniz, 2011, 2013, 2015), ya nos preocupaba el aumento del diagnóstico de bipolaridad y déficit atencional en los niños hoy en día, lo que ha puesto en alerta a los actores sanitarios tanto como a los educadores, a fin de estudiar los efectos de tal clasificación, de la medicación y de las prácticas que se han instalado en consecuencia. Algunos autores (Faraone, Barcala, Bianchi y Torricelli, 2009) señalan también, que tales clasificaciones no son ingenuas, que remiten a posicionamientos ideológicos, políticos y económicos.

Las dimensiones de análisis sobre lo familiar y lo social, no pueden estar ausentes a la hora de establecer políticas sanitarias para niños con diagnósticos de "fallas" en la atención y el control de los impulsos. Los efectos sobre el entramado social son de una alarmante entidad cuando se conoce el porcentaje de niños medicamentalizados[2].

La patologización de la niñez es un tema enraizado en lo social, sobre todo, dada su afectación desde los ámbitos de inserción y desarrollo del niño (escuela y familia) y sus efectos sobre el desarrollo de los ciudadanos, entendiendo la categoría ciudadano como individuo que tiene derechos y obligaciones.

Las autoras Affonso Moysés, Collares y Untoiglich (2013) trabajan sobre el término medicalización de la vida, en cuanto a que "cuestiones de orden colectivo, social y político se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas)". Llaman proceso de medicalización de la vida cuando problemas que están por fuera del área de la medicina están definidos en términos de patologías médicas (pág.25). La importancia de dichas afirmaciones, reside en cómo este fenómeno se ha extendido en la infancia y promueven representaciones de lo normal y lo patológico acompañando dichos procesos mediante discursos hegemónicos en nombre de la medicina y la educación.

Dichas autoras refieren que cuando problemáticas del orden social, educativo, político, económico e incluso emocional se tratan como problemas de la esfera biológica, se estaría igualando la vida humana al mundo de la naturaleza. Quedando así exentas de responsabilidad las instancias de poder donde a su entender, se generan y perpetúan las dificultades.

Es pertinente recordar que, en el ámbito del aprendizaje escolar, las llamadas "dificultades de aprendizaje" solo son válidas para el sistema aplicado, y de ninguna forma pueden universalizarse. Derivar a un niño a una escuela u otra en base a estas dificultades o bien acortarle el horario de permanencia en la institución, no constituye un hecho inocuo. Las políticas educativas varían según los países junto a los sistemas educativos vigentes que dependerán de las políticas de gobierno, así como también varían los efectos de estas acciones que pasan a formar parte del acervo cultural que producen los sujetos.

Los países desarrollados del llamado primer mundo, en relación a las políticas de educación para niños con necesidades educativas especiales, se distribuyen en tres grupos, destacándose el primer grupo que utilizan el llamado enfoque a una banda, en el cual se "desarrollan líneas y políticas educativas de inclusión dentro de la educación ordinaria" (Agencia Europea para la Educación Especial, 2003, pág. 8) en las cuales los servicios están centrados en la escuela ordinaria brindando a los docentes las herramientas para el trabajo con todos los niños. Por supuesto que ello dependerá de cómo se clasifique la discapacidad variando entre una y diez categorías para los países europeos. El caso de Noruega se ubica dentro de los de enfoque a una banda, siendo que sólo el 5.6% de su alumnado presenta necesidades educativas especiales y además el 0.5% concurren a centros específicos para su escolarización. Es de destacar asimismo que en Holanda la cifra de niños que concurren a centros específicos ha venido descendiendo debido a cambios en la legislación por la cual dichos centros pertenecen a las escuelas ordinarias.

El enfoque clasificatorio y las acciones acorde a dichas clasificaciones, dependerán de la concepción de diferencia y discapacidad prevalente. En Latinoamérica se extiende cada vez más la prestación social para la discapacidad, dentro de las cuales se incluyen las dificultades en el área del aprendizaje y los diagnósticos relativos a las conductas impulsivas. Esta categorización engrosa el número de niños con "necesidades especiales".

En relación al fenómeno de la patologización, Bleichmar (2001) lo vincula a la caída de los ideales respecto del conocimiento, tomado como pura mercancía para la cual los sujetos se prepararían para ser "subastados en el mercado de intercambio", hecho que relaciona con el fin de la infancia y que porta como consecuencia la patologización.

Los llamados procesos de patologización de la vida cotidiana su sustentan en argumentos que sostienen una causa unívoca y determinista de los fenómenos considerándolos complicados y no complejos. Se sostiene además un concepto de normalidad hegemónico construyendo trastornos sobre todo lo que escapa a dicho paradigma, orientado al déficit, por lo cual hay que igualar hasta la cota previsiblemente normal. Abundan las clasificaciones como forma de capturar en un supuesto sentido lo que le ocurre a ese niño/a, desterrando el necesario análisis sobre la subjetividad implicada.Esta categorización subsume la identidad del sujeto obturando procesos de identificación singulares que obvien el rasgo para ver más allá de la dificultad. Estos procesos inciden sobre el entorno inmediato del sujeto produciendo un sufrimiento similar. El niño, la niña y su familia quedan capturados por el diagnóstico.

Moysés et al (2013) afirman que esto no sólo es producido por el discurso médico sino también por el psicológico, incluso cierto psicoanálisis y por la institución escolar, invisibilizándose la trama socio-política detrás. El fracaso de un niño estaría así determinado por sus condiciones neurobiológicas, dejándolo en la más absoluta soledad para comprender y cambiar las condiciones de su subjetividad como aprendiente.

Esta concepción tiene efectos sobre las estrategias de intervención, las que mayoritariamente están centradas en el niño, requiriendo de la colaboración de la familia para sostener el tratamiento farmacológico. Esto funciona como un imán en todos los niveles discursivos, de manera tal que el niño es señalado (estigmatizado) desde el ámbito escolar,

el club deportivo, el campamento, la familia y el de la salud.

El diagnóstico en la infancia por dificultades en la atención y en la conducta con especial énfasis en la hiperactividad, se han transformado en uno de los problemas de salud mental más preocupantes que inciden en la vida académica, familiar y social de los niños en nuestro país. El modelo psicopatológico prevalente, así como las concepciones de salud-enfermedad determinan la denominación del trastorno y ítems clasificatorios.

Uruguay no contaba con estudios epidemiológicos en salud mental infantil hasta el año 2008 en que se publica por parte de docentes de la Clínica de Psiquiatría Infantil el estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos de las autoras Viola, Garrido y Varela (2008). Dicho estudio concluye que los niños y niñas entre 6 y 11 años padecen en un 21.9% problemas de salud mental. Siendo la media de 33.9% para los denominados problemas totales. Esto ubica al país a nivel internacional, en el rango de una alta prevalencia en trastornos psiquiátricos en la infancia. Las autoras afirman además que existe una alta asociación entre los problemas de aprendizaje y los problemas emocionales y comportamentales a lo largo del país.

El Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es una de las afecciones más frecuentes en la infancia uruguaya concluyen, confirmando su alta prevalencia y comorbilidad que afecta los aprendizajes. En cuanto al tratamiento, la investigación solo cita que el 19.2% recibió algún fármaco sin especificar, habiendo sido atendidos en algún servicio de salud, el 36% de los niños investigados.

Otro estudio a cargo de médicos de las cátedras de Farmacología y Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, han realizado la investigación: “Uso del metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública en Montevideo” (Speranza et al., 2008), teniendo en cuenta que éste medicamento es el psicofármaco recomendado para el tratamiento del déficit atencional e hiperactividad, confirmando que es la alteración más frecuente en niños.

Los autores indican que, si bien los beneficios terapéuticos del psicoestimulante sobre los síntomas y el rendimiento han sido demostrados, informan que la eficacia a largo plazo no ha sido establecida y que se desconoce la utilidad en la prevención de la evolución a otros trastornos asociados a la personalidad o a la conducta. Si bien esta investigación tiene varios años ya, no existe en Uruguay otra referencia de tipo epidemiológica actualizada.

Cabe destacar que a pesar de estos datos acerca del beneficio terapéutico, los docentes no siempre coinciden que tales beneficios impliquen éxitos en el aula (Hernández y Oliver, 2015; Miguez, 2012). Por otra parte, Uruguay ha sido objeto de observaciones por parte de organismos internacionales respecto al aumento del uso de metilfenidato y el escaso control por parte de las autoridades sanitarias. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en su informe 2014 señalaba acerca del aumento de consumo a nivel mundial de metilfenidato.

El aumento de medicación como forma de controlar la conducta de niños y adolescentes a nivel escolar y social, ha sido objeto de estudio de varias disciplinas, habiéndose citado algunos referentes de la sociología, medicina, psicología. Cabe destacar una situación que en Uruguay marcó un impacto en las prácticas sanitarias respecto al tema de este trabajo, en este caso del ámbito jurídico.

El control de la prescripción del metilfenidato por parte de la policía sanitaria en el territorio uruguayo se vio incrementado a partir de los hechos surgidos como punto de partida de denuncias basadas en la perspectiva de derechos humanos, en especial los derechos de la infancia.

Más recientemente, en Uruguay se realizó la investigación "Aproximación al bienestar psicológico y la salud mental de los niños y adolescentes de Montevideo" a cargo de Fiterman y Zerpa (2015) avalada por la Universidad de la República y UNICEF. En la misma los autores proponen un estudio del estado de salud mental de niños y adolescentes (4 a 16 años) a través de un relevamiento protocolizado de conductas y síntomas frecuentes en el área de salud mental. En el mismo se hizo foco en 6 aspectos: sintomatología global, tomando hiperactividad y desatención por su prevalencia en el país; problemas emocionales; problemas de relación con pares; comportamiento prosocial y problemas de conducta. Se realizó mediante el cuestionario SDQ[3] aplicado a 1229 mujeres sobre las características de los niños del hogar, a fin de obtener datos que permita trazar un perfil sintomático y psicopatológico en la población infantil.

Los hallazgos fueron correlacionados con variables de riqueza, composición del hogar y nivel educativo materno. Del minucioso estudio cabe destacar que el 25% de los niños estudiados se encuentra en una zona de riesgo de probable trastorno psicológico y la tercera parte se encuentra en zona de "posible trastorno psicológico". Los autores definen trastorno mental como: "un patrón de síntomas, alteración de la conducta y de las emociones vinculado a un malestar o a una discapacidad específica". (págs. 113-114)

Señalan que las áreas más comprometidas son las referidas a la "hiperactividad/desatención, problemas de comportamiento y problemas de relaciones con pares" (pág. 140) Estos puntajes significan más del doble que el mismo ítem estudiado para países desarrollados, asemejando los resultados de Uruguay a los de países del tercer mundo. Se señala que los varones presentan una carga sintomática mayor en casi el total de las áreas estudiadas al igual que las referencias mundiales. Los valores de síntomas de hiperactividad/desatención[4] son mayores que los referidos para países desarrollados.

Resulta además interesante señalar que en cuanto a la relación de dichos valores con la variable riqueza, "todas las áreas de problemas psicológicos muestran valores de riesgo de entre el doble y el triple para los niños y adolescentes del tercil más pobre de la muestra" (Op.citada pág.139). Igualmente, cuanto más bajo es el nivel educativo de la madre el riesgo es mayor. Los autores concluyen entonces que "el aumento de la carga sintomática parece estar directamente ligado a variables de riesgo psicosocial" (ibídem) señalando que el tercio más rico de la población tiene puntuaciones similares a las obtenidas para los países desarrollados.

Los datos aportados resultan interesantes para esta investigación dado que el porcentaje de riesgo es altísimo para Uruguay, teniendo una variación importante según las condiciones socio-económico-educativas del contexto de los niños estudiados. Lo cual lleva a poner en cuestión si los llamados trastornos mentales en los niños ameritan una única perspectiva de abordaje (se privilegia siempre la farmacológica) y cuánto de esto se tiene en cuenta a la hora del diseño de las políticas sanitarias en la infancia.

Nuestro estudio[5] se ha propuesto analizar el "Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares, del diagnóstico y el tratamiento farmacológico por dificultades atencionales y por hiperactividad, en

niños entre siete y diez años" de la ciudad de Montevideo. Mediante metodología que contempló la singularidad de cada situación niño-familia, se estudió clínicamente qué sucedía luego de instalado el tratamiento farmacológico a partir de un diagnóstico realizado por psiquiatra pediátrico o neuropediatra.

Se observó un grado de sufrimiento importante en los padres inherente al hecho de tener un hijo/a con medicación así como para los niños también se consignaron narrativas y producciones en las técnicas proyectivas acerca del padecimiento. Sufrimiento subjetivo relacionado con los efectos de la medicación, pero también con el de ser señalado como el problemático. La presión que ejercen instituciones como la escuela y el sistema sanitario son significativas e inciden en el relacionamiento del niño y su familia con el entorno.

Las familias padecían por el hecho de tener un hijo/a medicado a partir de quejas en la escuela; incidiendo en la percepción que del niño tenían y por ende en el vínculo. En cuanto a los niños/as, se analizó la imagen de sí que mostraron a través de las técnicas proyectivas, así como la representación de su lugar en la familia. Ello indicó vivencias de desvalorización, temáticas de culpa y búsqueda de castigo respecto a las conductas por las que fueron medicados.

Dadas las observaciones en los discursos y las prácticas de cada familia respecto a la adherencia al tratamiento, se alerta sobre los riesgos del escaso control de la medicación debido a que la ambivalencia presente en los adultos respecto a la misma, lleva a un manejo arbitrario de los medicamentos.

También se alerta sobre la ausencia de evaluaciones psicológicas previas y de indicación a psicoterapia en niños que presentan sintomatología de larga data, siendo el único tratamiento el farmacológico.

Esta práctica de medicar sin un abordaje dinámico, impide analizar y complejizar las condiciones familiares y contextuales que producen desatención e hiperactividad en niños con fallas a nivel de la constitución yoica con historias de inestabilidad, pérdidas y violencia intrafamiliar.

Se cuestiona por lo tanto el diagnóstico sobre el que se apoya el tratamiento y la elección de la farmacoterapia como la única vía de abordaje ante el problema del niño/a y su familia.

CITAS

[1] Citado por Bianchi (2012, pág. 1023).

[2] Se hace la distinción entre medicalización y medicamentalización, la primera refiere a incorporar el tema a las lógicas médicas y sanitarias y la segunda a la práctica de dar medicamentos.

[3] Sigla en inglés para el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strenght and Difficulties Questionnaire) que se utiliza en la infancia para detectar alteraciones en la salud mental.

[4] Nótese que aquí los autores lo señalan como una dupla inseparable.

[5] Tesis doctoral, USAL, Buenos Aires, 2017. Inédita al cierre de la presente edición.

NOTA: El presente texto corresponde a la tesis doctoral de la autora. La versión completa del mimso, con todas sus fuentes bibliográficas, se encuentra publicada en nuestro sitio web: www.psicologos.org.uy

TRABAJO INÉDITO

Madres violentas. ¿Mujeres para otros, madres incompletas?

* Por Lucía Ariz Bacino

La humanidad es macho, y el hombre define a la mujer no en sí misma, sino con relación a él, no la considera como un ser autónomo. Y ella no es otra cosa que lo que el hombre decida que sea; así se la denomina 'el sexo'. La mujer es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el Sujeto, él es lo absoluto; ella es lo Otro.

Simone de Beauvoir

A fines del siglo XX las mujeres lograron cierta liberación con respecto a la opresión masculina pero aún se vive en una sociedad patriarcal. Es posible definir al patriarcado como un programa social de percepciones que se aplica al cuerpo en sí mismo y moldea la subjetividad. Es el sistema de ideas, pensamientos, normas, prejuicios y acciones que legitiman la subordinación de la mujer al "natural" dominio de los hombres (Giberti, Garaventa y Lamberti 2005). En este sentido la realidad biológica entre los sexos mediante una "visión mítica del mundo", fijada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres, es la que contribuye a la construcción del orden social.

A mediados del siglo XVIII se produce un cambio de mentalidad, promovido por el discurso fisiocrático, que comienza a resaltar la importancia del ser humano como principal riqueza de la nación (Fernández,1993). Surge así la necesidad de cuidar a los niños y de prevenir su muerte.

El amor maternal se torna un concepto nuevo, ya existía antes, pero se le adjudica a la mujer la responsabilidad de la educación y cuidado de sus hijos. A partir de ese momento surge la "obligación" de que la maternidad en la mujer y se instaura el mito del instinto maternal (Badinter, 1981).

La crueldad ha sido convalidada en el correr de la historia. Si pensamos en Esparta del siglo VI y V AC. los niños eran sometidos a la ley del más fuerte. Los que padecían deformaciones eran arrojados al monte Taigeto, entregándolos a una muerte inevitable. Llegando a la Edad Media abundan los relatos de las hambrunas y de adultos que tentaban a niños con manzanas para luego comérselos (Arcoiris, 2003).

Los cuentos de los hermanos Grimm sirven de imagen visual para recordar estos tiempos, cómo olvidar a los hermanos Hansel y Gretel escapando de la bruja que los quería de cena. Asimismo las historias de Blanca Nieves o Cenicienta muestran claramente las dificultades de vínculo entre madre e hija. Desde el psicoanálisis es posible visualizar los aspectos maternos amenazantes mediante la lectura realizada al personaje de la madrastra, fundamentalmente en el conflicto entre madre e hija cuando se piensa acerca de la sexualidad femenina.

La violencia es un tema complejo abordado de diferentes vertientes y disciplinas. Los maltratos y abusos constituyen una "cultura de la violencia": la más invalidante, destructiva, donde el temor y la vergüenza operan como una de las mayores armas

del agresor para ocultar y perpetuar sus actos (Giberti, 2005). Su existencia en el correr de los años le brinda un carácter universal e indica una transversalidad que penetra la cultura humana.

Con respecto a lo mencionado no es de extrañar que el maltrato infantil sea un concepto relativamente nuevo. En nuestro país hasta 1995 la legislación penal absolvía de responsabilidad el asesinato de un recién nacido o el abandono del bebé por causas de honor mediante el Art. 313 (Infanticidio Honoris Causa) y el Art. 331 (Abandono de un recién nacido por motivo de honor) respectivamente del Código Penal. Ambos artículos fueron derogados por la ley 16.707 de Seguridad Ciudadana (Arcoiris, 2003).

Es recién en el 2007 cuando se crea la Ley No 18.214 que prohíbe el castigo físico y el trato humillante hacia niños, niñas y adolescentes (Cercanías - SIPIAV - MIDES - Inmujeres, 2016).

El deseo materno se encuentra atravesado por la propia experiencia de ser hijas. La identificación con la forma de ser cuidada en la infancia marca la futura experiencia de la maternidad (Bedoya y Giraldo, 2010). En este trabajo se plantea, basado en diferentes investigaciones, que las madres ejercen mayor violencia sobre sus hijos que los padres. Sin embargo las cifras nacionales muestran una igualdad de números entre hombres y mujeres, lo cual amerita preguntarse por qué se genera esta diferencia, cuando en la práctica se evidencian mayores casos de madres violentas.

La concepción de lo materno

Es importante destacar la diferencia entre reproducción y maternidad. La reproducción refiere al orden biológico, mientras que la maternidad se encuentra dentro del orden cultural (Fernández, 1994). Desde esta postura es posible colocar a la maternidad como una función social y no como un fenómeno natural.

En todo este proceso histórico donde la mujer ha sido reducida a una función sumisa y procreadora la maternidad también tuvo sus cambios. A comienzos del siglo XVII existía un gran temor hacia la figura del hijo, los sacrificios que imponía el niño en los primeros meses de vida constituían un gran desafío para los padres. Lo más común era entregar los hijos a nodrizas para que se ocuparan de ellos. Además existía un gran número de bebés abandonados que morían en los primeros meses de vida, esas cifras aumentaban si los hijos eran ilegítimos.

Hubo que esperar a 1760 para que abundaran las recomendaciones hacia las madres de que se ocuparan de sus hijos y les amamantaran. Comienzan a promoverse valores de buena madre y se crea la "obligación" de que la mujer ante todo debe ser madre (Badinter, 1981). Lo cual constituye la base del mito del instinto maternal que continuará por muchos años. El mito Mujer = Madre opera mediante "violencia simbólica, ya que a través de su mecanismo de totalización se apropia, invisibilizando, negando enunciación a las diversidades de sentido que diferentes mujeres tienen en relación a la maternidad" (Fernández, 1994, p. 180). La universalidad inhabilita la singularidad e impide la luz de los posicionamientos subjetivos que los contradigan, pero éstos existen y se encuentran latentes. "Agresividad, patologías, erotismos, abortos están fuera de lo posible de ser pensado. Y así, por negados, se harán presentes como síntomas. Tendrán toda la fuerza de lo reprimido; velarán y develarán su presencia y su sentido" (Fernández, 1994, p. 180).

*
Lic. Lucía Ariz Bacino
Licenciada en Psicología egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.Técnica en Realización Audiovisual egresada de la Escuela de Cine del Uruguay desde el 2011. Se desempeña como editora en la serie "Sobre hombros de gigantes" desde el 2017. Realiza talleres para adolescentes en diferentes temáticas.

A su vez el cuidado al niño toma un nivel importante en la vida política. Se lo comienza a ver como futuro ciudadano, productor de riqueza para el Estado, y como tal debe ser cuidado y atendido. Se promueven ciertos cuidados sobre los cuerpos con la finalidad de mantener una población activa y productiva en términos laborales. La mujer queda restringida a su función materna y a causa de sus condiciones biológicas queda reducida al útero, a la maternidad y al cuidado.

Dicho corrimiento constituye un cambio de estrategia biopolítica, dentro del escenario del capitalismo naciente, donde mentalidades y costumbres van movilizándose hacia una economía de los cuerpos (Fernández, 1993).

Para Lagarde (2001) la feminidad se encuentra atravesada por una dimensión óntica de ser para otros, de allí adquiere su sentido vital y reconocimiento de sí. Dicha condición hace de la mujer un ser incompleto, colocándola al servicio de una ética de cuidados, ocupada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida. Los otros siempre tendrán prioridad sobre ella, postergando su ser femenino y construyendo su identidad en función al servicio de otros.

Esta prohibición de ser para sí se asienta en las bases del patriarcado mediante un tabú cultural, cuya transgresión se vive con vergüenza y culpa, lo cual ejerce una función de control y coerción sobre las mujeres.

Maternidades violentas

A partir de las ideologías dominantes de género, la maternidad se convirtió en una especie de compensación, un espacio de autosuficiencia que han adquirido las mujeres dentro de la inequidad de poder existente entre ambos sexos. Es por esta razón que las madres defienden ese lugar como si se tratara de la vida misma (Gamboa y Orozco, 2012). Esto puede provocar un excesivo control frente a la posibilidad de cualquier tipo de intervención, incluyendo la del padre, a quien pueden verlo como amenaza. El lugar de sostén que ocupan las mujeres dentro de la familia tradicional es al mismo tiempo lo que las sostiene y les brinda el poder de la maternidad. “La mujer que hace del poder materno el único, que reduce su poder femenino al materno, está colocada en una inmediación que es peligrosa tanto para ella misma como para los hijos/hijas y, la familia en general” (Gamboa y Orozco, 2012, p. 54).

La psiquis se forma en el desarrollo de la vida del infante. Previo al nacimiento cada uno de los progenitores coloca sus propios deseos sobre ese hijo que va a nacer y se espera que cumpla con ciertas expectativas. Si el hijo no cumple con estos ideales, los padres pueden experimentarlo de forma persecutoria.

El vínculo madre-hijo, al igual que todos lo vínculos, presenta aspectos idealizados y persecutorios

para ambos. Sin embargo es posible divisar que, mientras los aspectos idealizados circulan libremente y de manera explícita, los persecutorios permanecen implícitos, siempre presentes pero negados y sancionados. De esta forma se prioriza la ternura por sobre la agresividad y el erotismo, elementos que también constituye dicho vínculo, reprimiendo estos dos últimos (Fernández, 1994). Los sentimientos que contradicen la exigencia de amor incondicional aparecerán en algún momento ya que forman parte de todo vínculo. Es así que dicho amor, que supone ser tan puro e indiscutible, termina recubierto de culpa, afectando finalmente el propio amor materno que tanto se intenta proteger y promover.

A continuación se desarrollarán dos conceptos del psicolanálisis que contribuyen a la comprensión de la actitud violenta que pueden tener las madres hacia sus hijos.

Apego

Bowlby (1969-82) ha destacado la importancia del vínculo afectivo madre-hijo para la salud mental del hijo mediante la teoría del apego. Es la madre quien debe ocuparse de las necesidades básicas como la alimentación, el aseo y la contención lo cual corresponde a la satisfacción de las necesidades de bienestar que manifiesta el recién nacido. Al padre le compete el control de la estabilidad emotiva de la madre. Además un apego seguro permite que el niño disponga de una representación interna de sus figuras de apego, pero separadas de sí mismo, permitiendo su

evocación en situaciones difíciles como fuente de fortaleza psíquica. Asimismo el objeto de apego es aquel que sostiene el autoestima del sujeto, convirtiéndose en un objeto narcisizante. De lo contrario puede generar dificultades para visualizar la constancia de objeto: la persona no logra ver que sus vínculos tienen una continuidad a pesar de que no estén en contacto permanente.

Se le exige a la madre un amor puro que rehúsa toda manifestación de rechazo hacia su hijo, que no acepta equivocaciones, ni ningún imposible. El amor materno apunta a la perfección del amor puro. Absolutamente cercano al amor divino.

Según el autor debe establecerse una armonía entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a ellas. De esta manera se incrementa la seguridad con el correr de los años, aunque ante una amenaza de pérdida aparece la angustia y frente a una pérdida real surge la aflicción, incluso la depresión. Es posible relacionar lo antedicho con la investigación realizada por Spitz en 1945 sobre hospitalismo en niños de un orfanato. Muchos de los bebés fallecieron y en el resto se encontró que el desequilibrio en el desarrollo causado por las condiciones ambientales desfavorables durante el primer año de vida produce un daño psicosomático que no puede ser reparado. El autor plantea que de no establecerse en los primeros meses de vida del bebé una relación estable con un personaje maternal, su personalidad se verá obstaculizada en su formación afectiva, cognitiva, motora y social (Mundaca, Rayo y Díaz, 2000).

Desde la perspectiva psicoanalítica durante las primeras etapas de vida se establece una relación entre madre e hijo donde ambos se transmiten, mediante la mirada, la voz y el contacto de la piel, el conocimiento de la existencia del otro significativo, logrando un estado de armonización del vínculo que brinda gran satisfacción mutua. De no darse dicha relación armoniosa el niño lo registra como una gran frustración que marcará su vida en relación. Las situaciones afectivas pueden ser vividas como “todo o nada” de gratificación o frustración, sin tener la posibilidad de asimilar las ambivalencias propias del sujeto (Mundaca, et al., 2000).

En la actualidad es posible observar el carácter simbólico de la maternidad. Con el advenimiento de nuevas configuraciones familiares como las familias homoparentales (de padres homosexuales) o las familias “generadas artificialmente” - entendiendo por esto familias que crían hijos que no han gestado ni parido- se desafía a las ideologías dominantes y a las prácticas tradicionales de maternidad que se ciñen sobre la mujer. Según Gamboa y Orozco (2012) esto demuestra que la maternidad también “es cosa de hombres” y que es una función que tiene como soporte un deseo amoroso, históricamente construido, “que al ser empleado como combustible de la relación entre una madre y una hija, propicia el andamiaje simbólico a través del cual una hija podrá encontrar claridad para su propio lugar en la cultura, sea incluyendo o no su propio deseo de ser madre” (p. 55).

Superyó femenino

La noción de superyó es introducida por Freud en 1923 en “El yo y el ello”. Desde la perspectiva de Levinton (2010) la función del superyó femenino es equilibrar a través de mandatos e idealizaciones la relación de la mujer consigo misma y su entorno. Deberá estructurar un modelo que haga frente a las permanentes contradicciones y comparaciones que develarán fallos; diferencias entre lo idealizado y lo percibido, y que provocará dolorosos conflictos. Y más que nada, dice la autora, será generador de sentimientos de culpa.

Con respecto a los contenidos temáticos del superyó femenino es posible mencionar, por un lado, las normas que establecen lo aceptable y lo reprobable dentro del orden moral guiado por el mandato de género, privilegiando el cuidado de la vida, la entrega y la capacidad de empatía. Por el otro, se hallan los ideales que refieren a las aspiraciones para tener un sentimiento de sí misma valioso. En cuanto a la estructura el conflicto principal es la culpabilidad que produce el incumplimiento de la norma y el sufrimiento narcisista al no alcanzar los ideales.

El juicio, según la autora, se guía por lo que se es y no por lo que se hace: mujer que no cuida su relación, que no alivia el sufrimiento del otro. ”Una de las condiciones que ejercen más opresión sobre la subjetividad femenina es que no existe freno simbólico alguno para disminuir la culpabilidad de las mujeres en torno al desinterés, o a la transgresión del imperativo de consagración al cuidado” (Levinton, 2010, p. 11).

La autora plantea un equivalente de la amenaza de castración para las mujeres: la angustia producida por el temor a la pérdida. Dicha angustia surge, en un primer momento, en la relación con la madre; posteriormente proviene del superyó y de las diferentes relaciones significativas.

Es importante resaltar que el mayor temor se dirige hacia la amenaza de la pérdida de amor, ya que la condición de vivir por el cuidado de un otro es traducida en dimensión de amor. Es a causa de lo mencionado que la mujer carece de un freno simbólico para el sentimiento de culpa que surge al transgredir la norma del imperativo de cuidado. De este modo se instaura un conflicto dentro del superyó femenino al no cumplir con el sistema normativo establecido.

La madre será el primer objeto de amor para niños de ambos sexo en la fase pre-edípica, pero en el caso de la niña, la madre será su modelo de identificación, reforzado por la pertenencia al mismo sistema sexo/género. Es así que la niña incorporará rasgos de su madre (figura de apego por excelencia), al igual que el niño lo hace de su padre. En un segundo momento la niña, al descubrir las diferencias anatómicas, comienza a captar la diferencia entre los géneros y registra una imagen devaluada del suyo propio (Levinton, 2010). Por ende la normativa de género queda establecida en la fase pre-edípica. La madre será la figura representante del género femenino reproduciendo el paradigma del cuidado de la vida, de las relaciones y del otro.

Sin embargo dicha figura, además de ser “sede” de apego, ocupará el lugar de quien genere satisfacción y frustración; lo cual facilita el surgimiento de sentimientos de ambivalencia en la niña.

A partir de lo antedicho es posible observar los diferentes impactos que existen sobre la construcción de la subjetividad femenina y la forma más inclemente del superyó que tiene un gran poder sobre el psiquismo. El hecho de que el ideal de mujer y niña sea “ser buena” y que la hostilidad o agresividad

conformen un rasgo incompatible con “ser femenina” promueve la represión de la agresividad. Se estimula la narcisización de la frustración mediante la renuncia y la disponibilidad ya que lo que se debe garantizar a cualquier precio es prevenir la pérdida de amor.

Maltrato infantil

Es indudable que en la actualidad la situación de la mujer ha cambiado, existe un avance cada vez mayor hacia una apertura social: inserción en el ámbito productivo y público, redistribución de los roles de hombres y mujeres, entre otros. Logros que inevitablemente requieren una redefinición de la maternidad. Sin embargo al salir de lo macrosocial y pasar al área familiar e individual resalta en primer plano el dolor, el conflicto, la culpa, el temor; a veces incluso la incomprensión y la soledad; sentimientos que reflejan el alto costo psíquico que

implica el enfrentamiento a dicho movimiento progresivo (Fernández, 1994).

Existen diversos estudios (Badinter, 1981; Giberti, 1962; Miraldi, 2010) que demuestran la existencia de conductas de violencia ejercidas por las madres a sus hijos, fenómeno que es aún semi invisibilizado, debido a que cuestiona el amor materno y la imagen idealizada de la mujer madre.

Dentro del imaginario social se mantiene la idea de que si una mujer desea ser madre no hace más que cumplir con su "mandato natural", por lo tanto no exige ningún tipo de valoración ya que es algo naturalmente dado. Sin embargo si no cumple con las funciones de buena madre o no desea serlo, la representación cultural se torna en un valor negativo, en términos de mala madre y/o mala mujer. En el caso del hombre si carece de sentimientos paternales no se le exige nada a cambio, pero si los tienen, se vuelve un valor positivo, convirtiéndolo en gran hombre, como un incremento simbólico que añade valor al sujeto (Moncó, 2009).

Madres violentas

Es importante destacar que varias investigaciones encuentran que las mujeres recurren al castigo físico con mayor frecuencia que los hombres ya que comparten más tiempo con sus hijos (OMS, 2002).

En una investigación realizada en México por Romero y Frías (2005) se destaca que el 70% de las madres admitió haber agredido a su hijos al menos una vez en los últimos seis meses, y un 2.31% relató formas severas de abuso como haberlos quemado una o más veces en el mismo período. Más del 50% de las mujeres entrevistadas fueron víctimas de algún tipo de agresión en los últimos seis meses por parte de su pareja, un 62.9% fue golpeada por su madre al menos una vez y un 23.8% señaló haber recibido golpes por parte de su padre.

En 1962 Giberti realiza un estudio dentro del Hospital de Niños para generar información sobre los castigos a los cuales estaban sometidos quienes que acudían a las consultas de la institución. La comparación de datos se realiza mediante encuesta a madres de todas las clases sociales. Sobre 100 cuestionarios se seleccionaron 87 que se trabajaron estadísticamente. La mayoría de las madres encuestadas admitía ejercer maltrato a sus hijos a pesar de reconocer que no servía como método educativo.

La investigación no contaba con que las madres reconocieran su comportamiento castigador, se pensaba que algunas lo ocultarían o disimularían. A diferencia de ello las madres admitieron los hechos y describieron las escenas explicando el modo de llevarlos a cabo. Con respecto a las conclusiones del estudio se manifiesta que, a pesar de reconocer que el castigo físico no "educa" al niño, la madre, al ponerse "nerviosa", lo utiliza como descarga experimentando el alivio y la satisfacción que el ejercicio del poder suscita.

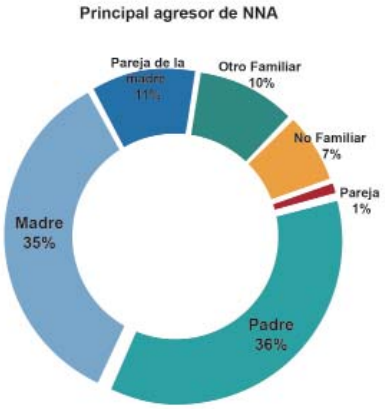
Datos de nuestro país

Gráfico: informe de Gestión 2016. SIPIAV

En Uruguay las cifras del 2016 registran un total de 2647 situaciones de maltrato infantil, esto implica que se registraron un promedio de 7 situaciones por día aproximadamente. En dicho año hubo un incremento con respecto al 2015 de casi un 39% (SIPIAV, 2016).

En cuanto al perfil del agresor se registró que en un 93% de los casos corresponde a familiares directos o pertenecientes al grupo de convivencia de niños,

niñas y adolescentes (NNA) violentados. Los datos muestran que un 35% corresponde a las madres, 36% al padre.



Con respecto a las investigaciones internacionales mencionadas se destaca una prevalencia del maltrato inferido por las madres, algunos de esos estudios fueron especialmente diseñados para localizar dichos comportamientos utilizando escalas específicas para la detección de madres maltratadoras. Dentro de los datos aportados por el SIPIAV en nuestro país encontramos casi una equivalencia entre el maltrato ejercido por padres y madres. Estos datos se contradicen con las conclusiones de otras investigaciones que resaltan que las madres recurren con mayor frecuencia al castigo físico que los padres.

Siguiendo esta línea es válido preguntarse si dichas cifras se encuentran sesgadas por una dificultad social y cultural en nuestro país de poder visualizar a la mujer como agresiva o violenta. Aún se continúa estudiando lo que significa ser mujer, pero el no reconocimiento de sus facetas agresivas impide una completa comprensión de lo que realmente es ser mujer.

Consideraciones finales

Este trabajo pretendió dar cuenta de una problemática vigente de-construyendo el fenómeno de la violencia materna mediante un recorrido por el proceso histórico de la noción de mujer, de maternidad y un abordaje de la concepción del maltrato infantil.

Recorriendo la mitología se encuentran varias relaciones de la mujer con la muerte o el mal. Por mencionar algunos ejemplos de la mitología griega: Némesis (Diosa de la venganza, castigaba sobre todo a los hijos que no obedecían a sus padres), Medea (esposa de Jasón, arquetipo de la brujería, asesina a sus hijos), Pandora (introduce los males al mundo). Es posible distinguir una íntima relación entre la feminidad y la muerte que ha dominado la cultura occidental desde la antigüedad. Sin embargo a nivel social es “impensable” que una madre ejerza violencia sobre sus hijos y mucho menos que los mate. Pensar en una madre maltratadora no condice con la imagen de mujer que se encuentra marcada en una sociedad patriarcal que utiliza a la mujer como útero.

Es posible agregar que la relación mujer - muerte genera un efecto de represión y rechazo, así como se busca alejarse de la muerte, se rechaza y aleja a lo femenino e incluso lo materno.

Hasta 1760 las muertes de los niños y recién nacidos eran algo común en Francia, a partir de ese momento fueron necesarias varias publicaciones dirigidas a la mujeres para que se apropiaran de su lugar de madres y, cuidaran y amamantaran a sus hijos. Esto demuestra claramente la fabricación del mito Mujer = Madre. Hubo que recomendar a las madres parisinas de fines del 1700 a cuidar de sus hijos. La ruptura de este mito ha sido y continúa siendo uno de los objetivos de los movimientos feministas que se desarrollan en el primer capítulo. El feminismo y las teorías de género permitieron abrir el panorama femenino y comenzar con la liberación de las mujeres que continúa en la actualidad.

En el segundo capítulo se aborda el concepto de superyó femenino desarrollado por Levinton que permite acercarse al proceso de desarrollo psíquico que vive la mujer. Levinton destaca algunos elementos característicos que son fundantes para la mujer y de gran utilidad al momento de abordar madres maltratadoras.

La mujer se enfrenta a la angustia producida por el temor a la pérdida. Angustia debida a la identificación con una madre en falta y al abandono de este primer objeto de amor para pasar al padre. El mayor temor proviene de la amenaza de la pérdida de amor, ya que la condición de vivir por el cuidado del otro es traducido en dimensiones de amor. Debido a ello la mujer carece de freno simbólico para el sentimiento de culpa que surge al transgredir la norma del imperativo de cuidado. Desde lo social se promueve un ideal de madre perfecta, mujer amorosa y cuidadora, cuando estos ideales no se cumplen la culpa irrumpe con toda su fuerza generando un gran sufrimiento narcisista. Debido a que el ideal de mujer y niña es "ser buena" y que la hostilidad o agresividad conforman un rasgo incompatible con ser femenina se promueve la represión de la agresividad. Sin embargo dicha represión hace que lo reprimido regresa con toda su fuerza como síntoma.

En síntesis la mujer carece de espacios "saludables" para expresar la agresividad que es natural en todos los individuos, reprime los sentimientos agresivos y surge la culpa. Al no poder expresarse libremente y abandonar sus deseos por el otro, la madre queda alienada en un universo inhumano donde la perfección es la constante demanda. Deben saber qué decir para clamar al bebé, estar presentes y dispuestas a la constante demanda de sus hijos luego de un largo día de trabajo y más. Se exige a las madres un amor perfecto, un ideal imposible de alcanzar que las ahoga y las enferma. Las ideas expuestas permiten decir que un sinfín de madres violentas responden a un sistema que es violento con ellas, lo es cuando las direcciona hacia un solo lugar y cuando las lleva a perpetuar su deber-ser a través de las generaciones.

Debido a la extensión del trabajo no se plantearon los posibles abordajes terapéuticos para madres maltratadoras. En nuestro país existe escasa bibliografía sobre el tema y no se encontraron experiencias relatadas sobre trabajos en estos casos. Es importante la producción de investigaciones para aproximarnos a la temática no sólo desde la teoría, sino también desde la práctica para poder determinar las mejores formas de abordaje.

Asimismo es preciso destacar la importancia de los niveles de abordaje individual, familiar y comunitario, ya que las repercusiones afectan y transversalizan al sujeto integralmente. Como se ha observado a lo largo del trabajo la mujer lucha contra la obligación impuesta socialmente de ser madre, es necesario salvar a la maternidad de dicha imposición ya que odio y amor no son sentimientos que se contrapongan sino que se contienen el uno con el otro. Si se le permitiera a la mujer buscar su propio sentido de ser sin reducirse a la reproducción se encontrarían otras formas de amor materno que no estarían condenadas a la represión.

NOTA: El presente texto corresponde a la tesis de grado de la autora. La versión completa del mismo, con todas sus fuentes bibliográficas, se encuentra publicada en el sieguiente enlace:
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_lucia_ariz_julio_2017.pdf

TRABAJO PUBLICADO

Empatía: efectos de los vínculos primarios

* Por Paola Chauvie

Los estudios realizados sobre la empatía siguieron dos posturas bien marcadas: autores que consideraban la empatía desde una perspectiva disposicional y otros desde la situacional. Desde el enfoque disposicional este se centra en el estudio de los rasgos de la personalidad.

La "Empatía disposicional o empatía de rasgo, es definida como un rasgo de personalidad, se refiere a una tendencia relativamente estable a percibir y experimentar de forma vicaria, en mayor o menor grado, los afectos de los demás" (Mestre y Samper, 1997, p.193).

Este enfoque toma una visión cognitiva o perceptual de la empatía, consistiendo en la adopción de la perspectiva cognitiva del otro. Se consideraba la empatía como una disposición del individuo, donde la personalidad está determinada por factores internos. Desde fines de los años 60 se comienza a considerar el enfoque situacional, tomando más en cuenta lo afectivo. "La empatía situacional o empatía de estado es el grado mayor o menor de experiencia afectiva vicaria que las personas tienen en una situación concreta" (Mestre y Samper, 1997, p. 193).

Esta sería menos estable que la empatía disposicional, ya que dependería más de variables situacionales. Desde lo afectivo-emocional estaría relacionado a un instinto innato, donde a través de una percepción directa de una emoción en otra persona por medio de sus múltiples gestos o su lenguaje, activa en forma directa esa misma emoción en quien la percibe, sin ninguna intervención cognitiva. La visión cognitiva toma en cuenta aspectos de las funciones cognitivas superiores, como lo son la imaginación, la proyección, la toma de perspectiva, mentalización y la teoría de la mente. Desde 1980, se ha intentado proponer modelos que articulen el componente cognitivo y el afectivo, llamándose modelos multidimensionales, apuntando a una definición integradora de la empatía.

La empatía es la habilidad de ponerse en el lugar de otra persona y comprender sus emociones, o como se dice comúnmente "ponerse en el zapato del otro". Es el ser uno mismo con otra persona, pero manteniendo la noción de la propia identidad. Esta puede ser promovida o eliminada por influencias del entorno. Al hablar de entorno estaríamos denotando que somos seres humanos, por lo tanto somos parte de un contexto social, donde la empatía es una habilidad indispensable para el buen desarrollo de nuestras vidas. El estudio de la empatía es tomado como un elemento o factor que favorece la convivencia entre iguales, siendo importante en la etapa infanto-juvenil, ya que sería en esta etapa cuando las habilidades empáticas aportarían al desarrollo de modelos de pensamiento y comportamiento acordes con las normas grupales, así como a la construcción del autoconcepto.

*

Lic. Paola Chauvie

Licenciada en Psicología de la Universidad de la República desde 2016, trabajando como Operadora terapéutica en adicciones y Acompañante terapéutica en TGD y autismo.

Es así que contagio emocional y la imitación son la base de la empatía, (la percepción automática de las emociones de los demás, tomaron apoyo empírico en las investigaciones sobre neuronas espejo). Estos dos modelos se apoyaron empíricamente en investigaciones que muestran que cuando los individuos realizan una tarea hay una implicación de lectura de la mente, donde se vio que existe una activación de regiones prefrontales, como la parte temporal y medial de la misma. Desde la aparición de la neurociencias es que ambas corrientes encuentran fundamento y articulación de lo fisiológico con la teoría. En las investigaciones que se centraron en los aspectos cognitivos de la empatía, vinculándolo a las funciones cognitivas superiores, aparecen términos como: la teoría de la mente, la mentalización y la toma de perspectiva.

Según Premack y Woodruff (1978), "cuando se dice que un individuo tiene teoría de la mente, se hace referencia a que atribuye estados mentales a sí mismo y a otros" (López, Filippetti y Richaud, 2014, p. 41).

Por lo tanto se lo puede pensar como la capacidad de percibir que las otras personas poseen un estado interno igual que uno mismo y a la vez diferente de él. Los individuos tienen la habilidad automática para adjudicar intenciones, deseos, emociones, conocimientos o pensamientos a otros y darse cuenta a la vez que son diferentes a las propias. Esta es una condición necesaria en la persona del terapeuta, por lo tanto, como fundamental para el quehacer clínico debe lograr saber ponerse en el lugar del otro, y comprender que cada persona siente, percibe, desea o creemos cosas distintas, siendo independiente del lenguaje, llevando a la representación interna de los estados mentales de las otras personas.

Nuestra relación con las personas del entorno está condicionado por la teoría de la mente, siendo la Empatía fundamental para que se de esta función. El déficit en la teoría de la mente produce cierta carencia o incapacidad de poder lograr ponerse en el lugar del otro, las conductas de los demás resultan impredecibles, difícil de comprender, provocando como resultado una mala adaptación social.

Mentalización sería la capacidad de interpretar el comportamiento propio o el de los demás a través de la atribución de estados mentales, es poder leer en el comportamiento, lo que está sucediendo en la mente de otros y de esta manera reflexionar la propia experiencia y el propio actuar. "El proceso de mentalización puede definirse como aquella habilidad psicológica que nos permite otorgarle un sentido a nuestras acciones y al de los otros, traduciéndolo a estados mentales, tales como creencias, deseos y sentimientos" (Fonagy y Target 2003, p. 3). Al hablar de mentalización se hace referencia a que un individuo contiene cierto conocimiento que le permite diferenciar lo irreal de la realidad, o sea que entiende que la realidad es figurada, representada en la mente, pero que las ideas no corresponden específicamente al mundo real. Es una capacidad que se adquiere, es la adquisición de los procesos mentales, psíquicos, que se van desarrollando en los primeros años de vida, en intercambio con las principales figuras de referencia, capacidad que se da únicamente en los seres humanos, por lo tanto la capacidad de socializar.

Es a partir de los 4 años en donde se afirma la mentalización, momento en donde el niño adquiere una gradual elaboración interna, ligado a al desarrollo de su self, y a la interacción con los demás, logrando diferenciarse como un otro. El niño primero debe comprender, entender qué cosas puede producir en su entorno cotidiano, antes de que entienda también que puede influenciar en el conocimiento de otra persona. Este desarrollo se va a ir complejizando con la edad, es un proceso de entendimiento que se va desplegando con los

Fernando Corales | Foto Club Uruguayo

Hay un patrón que se repite en todas las fotos, que es la habilidad aprendida en cierta destreza. Equilibrio, fuerza, concentración, manipulación en los movimiento o hacer reír. Se captó esos requerimientos plasmados en gestos duros y graciosos. El verdadero patrón, el fuerte, está en la confianza en uno mismo, que siente cada artista callejero. Las caras, cuerpos y la propia cámara son solo el canal para transmitir el equilibrio interior que el arte nos regala, y hace soportable a los días y las calles.

Camila Cantero

pensamientos que va logrando acerca de sus propios estados internos. Un aspecto importante en la mentalización es la toma de perspectiva, la cual sería la capacidad de poder tomar distintos puntos de vista de distintas cosas. Es la habilidad que posee una persona para poder darle sentido, significado, a emociones o estados mentales tanto sean ajenos como propios. Es aprender la estrategia de saber qué pensamientos o sentimientos pueden ser negativos o ser un obstáculo y poder cambiarlo. Por lo tanto, estaríamos hablando de poder lograr tener un autoconocimiento claro de uno mismo, para distinguir las relaciones entre las personas y reconocer sus fallas en las aptitudes sociales.

A. Retuerto Pastor (2004) expresa que "la toma de perspectiva es la tendencia a adoptar espontáneamente el punto de vista psicológico del otro/a o, lo que es lo mismo, la capacidad para ponerse en el lugar del otro/a, identificarse con él" (p. 331).

Tomando en cuenta la experiencia clínica y vinculando la misma con los conceptos anteriormente trabajados, se puede evidenciar que en el caso de los pacientes tratados en Api, presentan en general dificultad en poder comprender los estados mentales de sí mismo y de los demás. Esto se puede pensar en que sea entre otros factores, consecuencia de un fracaso en el desarrollo de una base segura, en un apego desorganizado o inseguro provocando en estos chicos un déficit en la capacidad de mentalización. Es fundamental actuar tempranamente como forma de prevención o estabilizar y compensar sus carencias, dado que si nada de esto se modifica afectaría tarde o temprano su personalidad, hasta el punto de desarrollar posteriormente un trastorno en ella. Los niños y adolescentes que ingresan a esta clínica, en su mayoría pertenecen a familias recompuestas o monoparentales, en las cuales la figura paterna está ausente o carente de autoridad, en las que nunca sintieron que existían como sujetos; es así que a menudo son víctimas de violencia familiar, de abuso sexual, desprovisto del afecto de aquellos que formaban parte de su vida diaria. Estos individuos que sufrieron algún tipo de trauma precoz, pueden llegar a inhibir definitivamente su capacidad para mentalizar. La proximidad mental con un otro, en los chicos víctimas de maltrato físico como psicológico, hace que se les vuelva insoportable y doloroso, ya que el reconocimiento del estado mental del otro puede ser peligroso para el self en desarrollo. El infante que reconoce el odio o agresividad que implican los actos de violencia de sus progenitores, hace que se vean forzados a verse a sí mismo como carente de valor o como no digno de ser querido, de este modo los significados de los estados intencionales es negado o distorsionados.

Como consecuencia directa de la ausencia de representaciones secundarias de los estados del self y con la superficialidad con que se experimentan a los demás y sus relaciones, provocan un abandono de la mentalización, creando así un profundo sentimiento de aislamiento, de vacío, con un superyó poco estructurado, presentando emociones básicas y simples, con vínculos reducidos y sentimientos de no pertenencia.

Existe una clase de habilidad llamada metacognitiva, que es la capacidad que posee una persona para poder autorregular su propio aprendizaje, es la destreza suficiente para poder pensar y planificar qué formas o estrategias se debería utilizar en cada situación particular de la vida. De esta forma se logra desplegar un proceso el cual permite primero aplicar mi punto de vista, controlar lo que ocasiona, evaluando que hacer para detectar posibles fallos y si es correcto este procedimiento podría transferirse a una nueva situación.

Esta habilidad permite obtener los recursos y actitudes necesarias para desempeñar un cometido, tomando distintos puntos de vista, antes de tomar

una decisión. Los individuos tienen la capacidad cognitiva de poder distinguir, percibir diferentes estados mentales desde los más básicos como la tristeza, enojo, miedo, felicidad, hasta los más complejos como lo es el reflexivo, arrogante; adquisición que se da a través de la estimulación de otro, del ambiente que habita y de los factores culturales que inciden en su crianza. El ser humano utiliza esta teoría de la mente casi intuitivamente, se podría decir sin tener plena conciencia de la misma.

La empatía está también enlazada por lo moral y la conducta prosocial, ya que desde nuestro nacimiento con el vínculo con los otros desarrollamos diferentes principios morales. Por lo tanto estaríamos hablando de que el desarrollo moral se daría por una transmisión que se le da al niño de normas sociales y valores por parte de la sociedad. La conducta prosocial seria los actos realizados de forma voluntaria en beneficio a otras personas, respondiendo a través de una conducta de ayuda y cooperación con los demás. Como toda conducta aprendida tanto lo moral como la conducta prosocial se va desarrollando en el individuo de forma progresiva en integración con otras áreas como la cognitiva y emocional, donde esto puede facilitar o inhibir la manifestación de su desarrollo.

De esta manera al hablar de desarrollo no se puede dejar de lado describir dos factores importantes en el crecimiento sano del niño; el cual son el vínculo primario y el apego en la primera infancia. Factores que intervienen y condicionan, de acuerdo a la calidad que consigan, la evolución favorable o no del proceso de desarrollo, teniendo gran relevancia en el proceso de la empatía. La infancia en general, pero sobre todo, en sus momentos iniciales, constituye la parte más significativa para que se dé el proceso de constitución subjetiva. En donde podríamos hablar de una relación dialéctica entre lo socio-cultural y la experiencia de la persona que se concreta, se interioriza, se exterioriza, se desarrolla y cambia a través de la mediación de los vínculos afectivos o formas de relación y de la estructura social de la que es parte el niño. Las condiciones de salud mental de un lactante van a seguir toda su vida, es por esto que es importante el tipo de vínculo afectivo que se establece entre la madre o con quien lleve a cabo la función materna. Si un niño es privado de algunas cosas bastantes comunes pero necesarias, como el contacto afectuoso, inevitablemente podrá ser perturbador en cierta medida, o sea en su desarrollo emocional y esto se manifestará como una dificultad personal a medida que crezca. Las relaciones de apego tempranas son la manera en cómo el niño se conectará intersubjetivamente en el futuro con los demás y con el ambiente. La forma en la cual la madre actúa con su hijo, irá dejando marcas en él, implicando de esta forma que el niño vaya construyendo su propio significado personal.

El psicoanalista británico John Bowlby desarrolló la Teoría del Apego y el concepto de vínculo, relacionándolos estrechamente. Según Bowlby a través de sus estudios e investigaciones “enfatizó que la formación de una relación cálida entre niño y madre es crucial para la supervivencia y desarrollo saludable del menor, tanto como lo es la provisión de comida, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina” (Repetur y Quezada, 2005, p. 3).

Los padres serán los primeros responsables del desarrollo de los vínculos emocionales en el niño, como de su aprendizaje, la adquisición del lenguaje, de cómo experimentar el gozo ajeno, el dolor y la adopción de valores morales. Es así que el rol que ocupe la familia es sumamente decisivo para la crianza del niño, estructurando su confianza, para poder crecer sanamente. Es a través de esta relación de apego que el infante intentará asegurarse la cercanía de sus figuras de referencia.

Es un vínculo especial y específico que se forma entre su cuidador primario y el infante, teniendo este vínculo de apego varios elementos a tener en cuenta. Elementos como que dicha relación con su cuidador produce sosiego, seguridad, agrado, consuelo y placer. Como resultado de la interacción del bebé con el ambiente, sobre todo con la madre, se van creando determinados sistemas de conducta, activados en la conducta de apego. Por el contrario si en las relaciones iniciales el amor y la seguridad son casi carentes o inestables, suele generar en los niños desconfianza en el mundo del que son parte, teniendo como consecuencia probables amenazas de desórdenes psíquicos que incidirán en la calidad de sus aprendizajes a lo largo de su desarrollo.

Existen factores de riesgo y factores de protección en la crianza del bebé. Los factores que se consideran de riesgo son: las situaciones de estrés, desequilibrio familiar, relaciones familiares conflictivas, depresión materna, abuso, maltrato, higiene y condiciones sanitarias malas, la pobreza (alimentación inadecuada), nivel escolar, la falta de cuidados maternos puede llevar a un desajuste en la integración social.

Como factores de protección se puede pensar en el cuidado seguro y el amor, siendo importante el cuidado primario amoroso, generoso, con una buena relación y clima familiar, con pautas sanas de crianza. El contacto físico positivo como el abrazar, mecer o besar, el acto de cantarle, alimentarlo, mirarlo detenidamente, son pautas sanas, son conductas que nutren el cuidado del niño pequeño, son experiencias de vinculación positivas.

Según Mary Ainsworth, colaboradora en algunos de los trabajos de Bowlby, describe tres formas de apego: el apego seguro, el ansioso-ambivalente y el evasivo o evitativo. (Repetur y Quezada, 2005). Para que los niños puedan alcanzar un apego seguro los padres deben estar alertas a las necesidades de sus hijos, ya que los niños utilizan a sus cuidadores como una base de seguridad, de protección cuando están angustiados. Estos cuidadores deben ser tiernos a sus necesidades, deben mantener una proximidad física a través de caricias como así también estar dispuestos a alentarlos, celebrar sus logros sin descalificarlos. Por lo tanto, deben ser padres que acompañen y participen del interés de sus hijos, ayudándolos a responder sus interrogantes y sus adversidades.

El buen desarrollo de este apego dará como resultado en la etapa adulta un mejor manejo de las emociones negativas, como sus patrones regulatorio internos, teniendo por lo tanto, un mayor conocimiento sobre estas emociones, logrando una mejor capacidad de soporte y consuelo en las figuras de apego cuando las necesite.

En el caso del apego ansioso- ambivalente, llamado también resistentes son niños que presentan inseguridad, donde su exploración es baja o nula en presencia del sujeto del apego, ya que su temor es el no saber cómo actuar para no perder la atención o las muestras de cariño de su referente de apego. Esto provocaría situaciones en que el niño no sienta seguridad para explorar el medio por sí mismo ya que necesita un referente de apego, pero no encuentra el momento adecuado para hacerlo ya que no sabe cuál puede ser su reacción ante tanta ambivalencia. Estos niños responden frente a la separación con altos niveles de angustia, mezclando comportamientos de apego con expresiones de enojo, protestas y resistencias.

Presentando dificultad para consolarlos, no soporta los extraños y cuando buscan consuelo en la figura de apego lo hacen de forma ambivalente; como un apego excesivo o de rechazo.

Las consecuencias que presentan estos niños suelen ser una continuidad de esta clase de apego

hasta la edad escolar, conteniendo un exceso de preocupación respecto a su objeto de apego, siendo inhibidos, con interacciones pobres, fracaso en la modulación del afecto como labilidad afectiva. De algún modo su objetivo es activar las respuestas de cuidado a través de la exageración emocional.

Por último los niños con apego evasivo o evitativo, presentan como características un aparente desinterés y desapego frente a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Tienen poca confianza en que serán ayudados, presentando miedo a la intimidad, inseguridad hacia los demás, permaneciendo enojados, exhibiendo malestar frente a las separaciones más breves.

Estos niños evitativos es raro que lloren en los momentos de separación y en episodios de reunión evitan a la madre, por lo tanto inhiben sus manifestaciones emocionales y conductuales del vínculo. Podría pensarse en un comportamiento defensivo, para defenderse de posibles frustraciones, utilizando mecanismos de defensa como la negación, formación reactiva y aislamiento del afecto, empobreciendo el grado de contacto de ellos con sus afectos penosos.

Según Mary Main y Judith Solomon observaron que había un subgrupo de niños que no podían ser agrupados dentro de la tipología de Ainsworth, proponiendo una cuarta categoría de apego, llamados Infantes desorientados o desorganizados. Main y Solomon "describieron a estos niños como falto de estrategia. Son niños que parecen aturdidos, paralizados, que establecen alguna estereotipia, que empiezan a moverse y luego se detienen inexplicablemente (Bowlby, 1988)" (Repetur y Quezada, 2005, p. 7).

Son niños con conductas desorganizadas, presentando confusión frente a la separación de la figura de apego, con ausencia de comportamientos defensivos o por el contrario, el uso de conductas extremas como la paralización o auto agresión. Las madres de este tipo de niños han sido con frecuencia víctimas de algún trauma que no han logrado resolver, como experiencias de maltrato físico o abuso sexual durante su niñez, siendo como consecuencia mujeres ansiosas y temerosas. De esta manera proyectan sus miedos, siendo incapaces de reconocer las demandas realizadas por sus hijos, dando respuestas inconscientes.

Como resultado son niños con altos niveles de agresividad, conductas hostiles y coercitivas a lo largo de su edad escolar. Es así que un vínculo de apego inseguro está estrechamente relacionado con una función de reflexión maternal disminuida, por lo tanto con su capacidad de mentalización, como también con una incapacidad de relacionamiento necesaria para que se logre la empatía. Para que se logre un buen vínculo depende de la unión de las partes (madre-bebé), dependiendo de un buen desarrollo de la empatía y de una buena disponibilidad emocional, llevando así a un apego seguro y sano. Es decir, que un niño que no ha vivido esta experiencia en la que el cuidador refleje sus estados afectivos, no logra crear una representación adecuada de los mismos, teniendo como consecuencia posteriormente dificultades para poder lograr diferenciar sus fantasías, como de la realidad física de la psíquica.

Para la evaluación psicológica existen una variedad de medidas y técnicas, una de las que integra desde un punto más global sería el Test de IRI, Índice de Reactividad Interpersonal, escala creada por Davis desde una perspectiva multidimensional, proponiendo la medición de la empatía a través de esta. Es un cuestionario de auto-administración que contiene 28 ítems con 4 subescalas, las cuales miden cuatro dimensiones del concepto global de empatía, donde la característica más importante de este instrumento es que permite medir la reacción emocional del individuo al adoptar una actitud empática como también medir su aspecto cognitivo. Es así que las subescalas Toma de perspectiva (PT) y Fantasía (FS) evalúan los procesos más cognitivos, las subescalas de Preocupación empática (EC) y Distrés o malestar personal (PD) miden las reac-

ciones emocionales de las personas antes las experiencias negativas de los otros. Fantasía se refiere a la tendencia de los individuos a identificarse con personajes de la literatura y el cine, es la identificación, es decir, evalúa la capacidad de imaginación del individuo para ponerse en lugar de situaciones ficticias. Toma de perspectiva estudia la habilidad que tiene un individuo para entender el punto de vista de otra persona, Preocupación empática evalúa los sentimientos de compasión, cariño y preocupación hacia los otros y por último la subescala Malestar personal indicaría los sentimientos de incomodidad, malestar, ansiedad que el individuo experimenta al ser testigos de experiencias negativas de los demás.

Otra técnica es el test de Miradas, prueba que consta de 28 fotografías para niños en las que se observan las miradas de hombres y mujeres que expresan un sentimiento o pensamiento. Cada fotografía tiene cuatro respuestas posibles donde el sujeto debe elegir la más adecuada. Se trataría de un test más complejo y avanzado en la medida en que valora aspectos emocionales complejos y que surgen de la interacción social, además de que el sujeto debe ponerse en el lugar de la otra persona. En este sentido en la prueba la persona debe conocer el significado de un léxico complejo el cual hace referencia a sentimientos y emociones, basándose en la expresión de los ojos, debe completar la expresión facial que acompaña la mirada. También debe identificar la emoción que le genera esa expresión, por lo tanto estamos frente a una prueba de lectura de la mente a través de diferentes miradas apuntando justamente a medir el nivel de empatía primaria de las personas. En el estudio de los casos de Api se puede relacionar con la situación de pobreza, con los modelos de crianzas que tuvieron hasta el momento, por las alteraciones que presentan en su desarrollo, como carencias y dificultades respecto a la capacidad de abstracción, su lenguaje, vocabulario adquirido. Son niños vulnerados, vacíos, temerosas, sin educación y desprotegidos. Presentando dificultades para elaborar e interiorizar psíquicamente la ausencia y la pérdida. Lo cual ocasiona como resultado la imposibilidad de contener los conflictos e inseguridades internas. Las mismas tendrían origen en las fallas, en las interacciones precoces dadas por su primer sujeto de apego, como por su vínculo familiar. Estas carencias vistas desde lo psicopatológico estarían ligadas a una dependencia afectiva extrema dada por una problemática de indiferenciación constituida a lo largo de la primer infancia, pudiéndose intensificarse en la adolescencia si no son tratados adecuadamente a tiempo.

La forma de trabajo, las técnicas empleadas en estos casos, se adecua en estas situaciones, permitiendo detectar ciertos patrones de comportamientos y pensamientos rígidos, casi constantes, los cuales son signos claros de inadaptación y de deterioro. Detectando las dificultades de esta población, nos posibilita pensar en adecuadas herramientas para que los profesionales de la salud aporten al niño una mejoría con respecto a su salud mental.

CONSIDERACIONES FINALES:

A partir del recorrido en este trabajo se ha podido demostrar la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo de las personas. Los efectos que produce una relación temprana madre-hijo donde existen carencias en ese vínculo, si bien no son irreparables, lamentablemente provocan una distorsión en su desarrollo generando situaciones de riesgos importantes para el niño. Existen numerosas herramientas para medir la empatía, por lo cual sería importante modificar en caso necesario algún instrumento para que mida tanto la empatía del paciente como también el del terapeuta lo cual no se realiza comúnmente en nuestro país aún y corroborar de esta forma si la retroalimentación entre ellos da lugar a un espacio de mejor comprensión y un reforzamiento en la alianza de trabajo de ambos.

Se pudo evaluar en los chicos tratados un funcionamiento de la inteligencia por debajo de lo “normal”,

dando según la clasificación del DSM-IV un retraso mental, teniendo su origen durante el período evolutivo, con un funcionamiento que va asociado a trastornos de madurez, de aprendizaje y de adaptación social. Presentando síntomas como son la disminución de la capacidad de aprendizaje, la incapacidad para responder adecuadamente a las exigencias escolares propias de su edad, falta de curiosidad y la persistencia de un comportamiento infantil, una memoria más bien concreta y mecánica, sin capacidad de abstracción, con un déficit interno importante en su funcionamiento global, en la capacidad de pensar. Presentando una baja autoestima, inestabilidad emocional, inseguridad, siendo atraídos por lo repetitivo y rutinario.

Todos los indicadores que presentan en común es que tienen familias grandes, conflictivas, en crisis, disociadas y falta de comprensión mutua, violencia intrafamiliar, ocasionando todo esto un debilitamiento en el niño, en sus recursos de negociación con el resto de la comunidad a la que pertenecen, impidiendo poder lograr su lugar respecto a los demás. Es así que las familias son un núcleo básico para que el niño logre formar sus vínculos primarios de los cuales tomará como modelo para su estructuración. Tanto la familia como el entorno social en el cual nace y crece, los vínculos primarios y el proceso a través del cual el infante se va apropiando de su experiencias, de su historia, irán formando un mundo interno de fantasías y representaciones que delimitara su modo de ser y de actuar en el mundo. Y es a través de un sustrato genético de base, de los lazos sociales que tenga, de la confianza y del apego que logre con sus cuidadores primarios, dará como resultado que pueda o no desarrollar una buena empatía. Por este motivo hay una carencia en su regulación afectiva y como consecuencia de esto son rígidos, sintiéndose atacados o maltratados, con un gran sentimiento de frustración al no lograr un dominio y control. Esto daría como resultado emociones negativas al no poder manejar situaciones conflictivas, no logran tener tolerancia alguna a las frustraciones, provocando manifestaciones de agresividad hacia ellos mismos o hacia los demás. Esta inestabilidad los vuelve dependientes, caóticos y destructivos, no logran establecer vínculos estables, reaccionando de forma impulsiva la mayoría de las veces.

Como profesionales debemos pensar un encare diferente, en trabajar en programas de prevención y rehabilitación, encontrando mecanismos que promuevan el desarrollo mental sano.

Haciendo foco en los primeros vínculos y el núcleo familiar, reforzando a través de un encare en conjunto con las instituciones educacionales. Proporcionándoles estrategias y herramientas para desarrollar sus habilidades, trabajar nuevos mecanismos que los habilite a mejorar su empatía, su autocontrol emocional, motivacional y sus relaciones interpersonales.

Por lo tanto hablamos de que se forme un ambiente adecuado, donde a través de los límites, seguridad, control, confiabilidad y estabilidad se pueda manejar los instintos naturales del niño. Obviamente no es una tarea fácil, la cual requerirá del apoyo de todos, tanto de familiares, institucionales, y del Estado, además de ser un proceso lento, se puede pensar en que es un buen camino hacia un futuro más sano y correcto para todos.

NOTA: El presente texto fue anteriormente publicado en la Revista de la Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (APPIA), nº 22 de agosto de 2017, pág. 36, bajo el título "*Empatía: Efectos de los vínculos primarios*".
La versión completa y original, con fuentes blibliográficas, se encuentra disposición también en nuestro sitio web: www.psicologos.org.uy

TRABAJO INÉDITO

Cuentos que no son cuentos. El lugar del relato en la construcción de la identidad adoptiva de los niños pequeños.

En el presente trabajo nos proponemos abordar el lugar del relato en la construcción de la identidad adoptiva de los niños pequeños. Es frecuente que en nuestra práctica diaria escuchemos la pregunta: " …ya le contamos? Tan chiquito? Que va a entender ?..." dando cuenta de la complejidad que representa para los adultos la tarea de comprender y poner en palabras el relato sobre el origen. En esta oportunidad nos centraremos en la importancia de la transmisión temprana del mismo, como factor imprescindible para minimizar el impacto que las discontinuidades ocasionadas por el desvinculo temprano ocasionan en la subjetividad del niño y en la construcción del nuevo vínculo parento-filial adoptivo. A su vez daremos cuenta de algunas herramientas que favorecen y promueven el abordaje de este tema con las familias adoptivas.

* Por Andrea Gil, Flavia Martínez, Mariela Sánchez, Gabriel Soáres, Claudia Quinteiro y Olga Castro

"Todo está en las palabras… Tienen sombra, transparencia, peso, plumas, pelos, tienen todo…Son antiquísimas y recientísimas"

Pablo Neruda

Si la relación entre la vida temprana y el self narrativo de los adultos tiene una incidencia fundamental en la modalidad del vínculo de apego a lograrse, es indiscutible la relevancia que la narrativa tendrá en la subjetivación de un pequeño que fue adoptado. Conocido es que en el desempeño de la parentalidad son los propios modelos de apego del adulto los que entran en juego, y el contar con una capacidad reflexiva que permita pensarse y pensar al otro desde su ajenidad constituirá un componente protector contra las vulnerabilidades que un medio externo adverso pueda generar en la subjetividad del niño.

Será necesario que el adulto ponga en juego esta herramienta reflexiva sobre las peculiaridades del nuevo vínculo parento-filial a construirse. Peculiaridades que tienen que ver principalmente con el reconocimiento y la aceptación del origen diferente de esta familia que se inicia.

"*Se habla de origen cuando es posible establecer una serie de acontecimientos remitentes a una experiencia inicial y llevan su marca. Un encuentro es significativo si modifica a quienes lo producen. En la vincularidad un encuentro puede o no constituirse en un origen e implicar una novedad donde había*

ausencia de inscripciones previas a las producidas en ese encuentro." (Isidoro Berenstein, "Devenir con otros" pág.40).

Origen entonces, como momento de encuentro inaugural, donde un vinculo filiatorio con sus propias característica ha de iniciarse, pero que a modo de muñeca Matriuska contendrá en su interior diferentes orígenes : el origen de esta nueva familia, el origen biológico del niño y el origen en cuanto circunstancias de vida tanto de los adultos como del niño, que derivaron en la adopción.

Pero una cosa es hablar sobre el origen adoptivo y otra sobre el origen biológico, y es acerca de éste último donde suelen encontrarse las mayores dificultades ya que implica remitirse a tiempos y circunstancias previas al encuentro, donde los noveles padres no estaban presentes. Tal como lo plantea Paula Berenstein, se trata de poder dar cuenta de una "prehistoria sobre la cual hay preguntas y pocas respuestas".

En su gran mayoría los padres adoptivos inician este recorrido manifestando un gran compromiso y convicción del derecho fundamental del hijo en relación a saber acerca de su historia, comprendiéndolo como una necesidad para la conformación de su subjetividad y de su identidad adoptiva. La adopción como tal, ha salido de su escondite secreto en el ámbito familiar, para tomar un lugar válido por sí mismo en las nuevas configuraciones familiares actuales. Siendo los padres responsables de custodiar la historia del niño que conecta su realidad histórico-biológica con su realidad adoptiva.

No obstante, las dudas aparecen en relación al cuándo, al cómo, al qué decir y qué es necesario reservar al momento de abordar la construcción de esta realidad. Muchas veces aparece como una necesidad pero a dirimirse en un tiempo futuro, con la expectativa de que existiría un momento privilegiado, óptimo y que ellos como "buenos padres" reconocerán. No podemos desconocer este fantasma teñido de gran idealización como forma de compensar lo persecutorio que puede generarles el sentirse portadores de un secreto sobre "la verdad de su hijo", fantasía que generalmente florece cuando las circunstancias que derivaron en la adopción tienen un carácter excesivamente doloroso.

Con frecuencia en la construcción de esta narrativa se instala un punto de tensión entre transmitir- informar "la verdad" en un extremo y la elaboración de un cuento, muchas veces excesivamente idealizado, que se convierte en algo despersonalizado, que no refleja el sentir auténtico.

Buscando la etimología de los términos que nos convocan, encontramos:

Relato- del latín relatus: conocimiento que se da, generalmente detallado, de un hecho

Cuento- Narración breve de ficción- relación de palabras o por escrito, de un suceso falso o de pura invención

Encontramos la expresión "Cuento de cuentos"- la que por su etimología (relación o materia difícil de explicar, por hallarse enredada con otras) nos parece más cercana al proceso de historización constante que las familias adoptivas tienen por delante, que enlaza la información, lo no sabido, y los con-

flictos que van surgiendo en la construcción y transmisión de una historia familiar. Podríamos pensar en un ir y venir permanente entre el relato, como relatoría en tanto información certera fija e inamovible al cuento en el otro extremo, más cercano a la expresión: te hago el cuento.

Siendo entonces la verdad el camino ya que todo sujeto tiene derecho de conocer su historia y construir una identidad propia, un camino que esta surcado por emociones profundas, algunas felices y otras muy dolorosas, tanto para el niño como para los padres adoptivos. Para ello los padres tienen que metabolizar la información desde las fortalezas de cada historia de vida, custodiarla y hacerla propia, en tanto historia de su hijo a fin de que gradualmente vaya enriqueciéndose con nuevas significaciones en el transcurrir de cada etapa de constitución subjetiva

Como expresa Giselle López[1], esa construcción se conforma como una "versión", la historia del origen es construida como un relato "ficcional", co-construido en la conjunción de la información contenida en el legajo del niño, de lo que los padres adoptivos seleccionan como información, y del trabajo con los profesionales intervinientes.

*

Lic. en Psicología Andrea Gil
Lic. en Psicología Flavia Martínez
Mag. en Trabajo Social Mariela Sánchez
Lic. en Trabajo Social Gabriel Soáres
Lic. en Psicología Claudia Quinteiro
Lic. en Psicología Olga Castro

Los adultos son quienes le presentan el mundo al niño a través de palabras, gestos, estimulación sensorial, y en esa presentación las familias adoptivas deberán incluir ese origen distinto. Simultáneamente, el niño también aporta datos acerca de sí mismo que sus padres adoptivos deberán ir resignificando. Esto hace que a la hora de elaborar el relato referido a la identidad adoptiva se ponga en juego un intercambio de saberes que van consolidando la construcción de la identidad del niño pero también la de la familia. De esta manera, "el relato será singular y propio de cada familia". (Adopción. La construcción feliz de la paternidad)

Desde el acompañamiento que realizamos a las familias adoptivas promovemos enlazar este relato del origen en el discurso de la madre/ padre que anticipa, traduce, interpreta, significa y semantiza las necesidades del bebé. Es esa voz que introduce al pequeño en los procesos de simbolización, en la cultura, la que irá encontrando en esa "ritmicidad, atención y narratividad conjunta" (Víctor Guerra) la posibilidad de inaugurar un relato sobre el origen. En un clima de encuentro e intimidad en esa "interludicidad" será posible comenzar a narrar.

Será importante que los adultos muestren una "maleabilidad que le permita (al niño) co-crear una experiencia lúdica y así co-construir su vida psíquica…." Es en esta sintonía que acuna y envuelve que el relato enlaza e inscribe al pequeño en el entramado familiar a la vez que se elabora la ajenidad y se exorcizan los temores.

Se va esclareciendo la temática desde el primer día, incluyendo en la vida cotidiana, como lo desearon, que fue parte de sus conversaciones y proyectos de pareja. Como les fue comunicado a su familia, como fueron preparando el "nido" –decoración de la casa para su llegada, los juguetes, su fotografías que le fueron entregas en el Departamento de Adopciones, entre otros-, la confirmación de su llegada, la alegría de encontrarse mutuamente; desplegando el relato tanto desde lo discursivo como desde el metalenguaje un gran compromiso afectivo, emocional y cognitivo. Posterior al encuentro, cómo y dónde estaba el niño, quienes los cuidaron previo a la adopción y la continuidad en el tiempo de este vínculo, en aquellos casos que es significativo.

Herramientas que favorecen y promueven el abordaje de este tema con las familias adoptivas

Las herramientas que pueden ayudar a los adultos en esa transmisión/construcción son diversas pero se trata de instalar en las familias una forma natural y espontánea de integrar esa conjunción de orígenes distintos.

Entre otras estrategias utilizamos la elaboración de un álbum de fotos familiar. Hemos estado reflexionando sobre cómo esta herramienta sin proponérselo ha sido un analizador sobre la construcción narrativa de la familia, las que cuentan con herramientas y en las que se perciben resistencias al hablar de la adopción, al no comunicar, sin lograr reconocer que de alguna forma, en el silencio se está comunicando que de eso no se puede hablar ("cuando pregunte vamos a responder, esperaremos ese momento").

La orientación es que el álbum incluya todo lo que se haya podido recabar de la vida del niño anterior a la integración adoptiva y donde se siga construyendo hacia adelante, marcando como un hito de gran relevancia el momento en que se conocieron. Sugerimos que el niño tenga acceso a ese álbum, que pueda ir y venir sobre su historia y que los adultos puedan utilizarlo para poner en palabras los distintos acontecimientos por los que han transitado para construirse como familia, dándole al niño la tranquilidad de que esa historia anterior está siendo aceptada e integrada por todos.

En ese poner en palabras, además, cobran sentido no solo las palabras en sí, sino también "la cara, el tono de voz, la acentuación, los gestos, los silencios, cómo se soslayan algunas preguntas o se subrayan otras cambiando el sentido de aquello que se enuncia" (Paula Bereinstein, " La adopción y el vínculo familiar. Construyendo una historia" pág. 94).

El relato es construido desde el punto de vista de los narradores sin embargo la diferencia, lo que anuda simbólicamente es la posibilidad que estos adultos reflejando empáticamente al niño, recojan su sentir y lo retornen haciendo sentir sentido generando una suerte de reparación. En la transmisión de esa construcción, de ese relato, tanto el contenido analógico como el digital[2] (en el nivel de lo que se dice y lo relativo a la relación) de la comunicación deben "complementarse".

En trabajo con niños más grandes hemos podido observar el impacto que tienen los huecos o vacíos

que se han generado en sus historias en tanto no ha existido un otro significativo que les dé continuidad. En ocasiones, el relato sobre la llegada a una familia adoptiva y el armado de su historia de vida, –no importa la edad del niño- inaugura tal actividad sobre sí mismo. Estos vacíos se ponen en juego y conectan con distintas potencialidades adultas, complejizando muchas veces la construcción de nuevos vínculos parento – filiales.

La filiación simbólica también exige un interminable trabajo de simbolización que no se agota en hacer saber "la verdad" acerca del origen, bajo la consideración de que la información no debe ser confundida con la verdad.

Nuestra tarea profesional en el acompañamiento a las familias tiene limitaciones ya que finaliza luego de aproximadamente un año posterior a la integración, lo cual hace que no siempre nos sea posible estar en contacto para observar cómo va madurando la instalación del relato ni la totalidad de ese proceso. En este sentido vemos la contradicción que se instala entre los tiempos institucionales y los tiempos individuales donde se dan los procesos internos. Esto hace que tengamos la necesidad de al menos sentar las bases para que ese diálogo sobre el origen entre padres y niño quede instalado. En ese diálogo se integra la elaboración del álbum de fotos mencionado pero también la sugerencia de libros de cuentos y películas tanto para adultos como para niños que pueden servir como disparador para abordar el tema a la interna de la familia.

El hecho que el niño vaya incorporando imágenes, nombres, dibujos –que logre imaginar a su familia de origen e invente historias al respecto- cuentos y películas que abordan la adopción, nutrirá el relato inicial, que luego le posibilitara abrir nuevos interrogantes que le permitirá acercarse a su verdad, contando en cada etapa con nuevas herramientas para procesar y superar los sentimientos dolorosos. Ira comprendiendo los relatos, a medida que va historizando, construyendo y dando significado de acuerdo a su propia versión y sentido, logrando construir un sentido de identidad mas completo. Al decir de Cecilia Blanco "*mi familia es una gran enredadera*".

CITAS

[1] ADOPCIÓN Y LA CONSTRUCCIÓN DEL RELATO DE LA HISTORIA DE ORIGEN. DILEMAS ÉTICOS DEL PSICÓLOGO. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.

[2] Watzlawick. Teoría de la comunicación.

NOTA: El presente texto corresponde a la tesis doctoral de la autora. La versión completa de este trabajo, con todas sus fuentes bibliográficas, se encuentra publicada en nuestro sitio web: www.psicologos.org.uy

TRABAJO INÉDITO

Remisión de un caso de mutismo selectivo

* Por Carina Cammarano

Hace unos años atrás, tuve la ocasión de recibir a una familia cuyo motivo de consulta significó para mí, no sólo un desafío como psicoterapeuta sino también, una gran oportunidad de aprendizaje como profesional de la salud.

Asimismo, este trabajo formó parte del ciclo de Ponencias del "V Simposio de Investigación en Psicología y I Jornada de Investigación en bienestar y Salud", organizado por la Universidad Católica del Uruguay, en noviembre de 2017.

En tal sentido, este artículo intenta ilustrar en líneas generales, el camino recorrido en el abordaje psicológico de un niño de 4 años diagnosticado con "mutismo selectivo", a través del cual, se logró la remisión de su diagnóstico inicial. Quisiera mencionar especialmente que los objetivos terapéuticos alcanzados, incluyeron la estrecha colaboración y el fuerte involucramiento de los padres en dicho proceso, sin los cuales, hubiera sido muy difícil, alcanzar la remisión señalada.

Así fue como este niño, al que, por motivos éticos, nombraré a partir de ahora como "Santiago" fue llevado a la consulta por sus padres por primera vez, cuando tenía 4 años y 8 meses, luego de haber recibido el diagnóstico de "mutismo selectivo" por parte de la Psicóloga de la institución educativa a la que concurría (en mayo de 2011) y de haber recibido también, atención psicoterapéutica en una clínica psicológica durante 6 meses (de junio a diciembre del mismo año).

Previamente, quisiera compartir algunos de los criterios y características diagnósticas vinculadas con este trastorno, el cual se enmarca dentro de los trastornos de ansiedad.

> Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentran con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos […] hablan en su casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera ante sus amigos más cercanos o familiares de segundo grado, con abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por la elevada ansiedad social […] a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que puede implicar deterior académico o educativo […]
>
> **Criterios diagnósticos:**
>
> A. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
>
> B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.
>
> C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes […]
>
> D. El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento […]
>
> E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación, p. ej., trastorno de fluidez […] y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, 2013, p.195).

Fue así que en febrero del año 2012 iniciamos este abordaje psicoterapéutico, realizando como punto de partida, una entrevista con los padres. En el transcurso de ésta, elaboramos una anamnesis de la cual destaco la siguiente información:
El núcleo familiar estaba integrado por ambos padres, quienes convivían desde hacía 12 años.

Santiago era hijo único, producto de un embarazo normal, nacido de parto natural. Adquirió la marcha alrededor del año, controló esfínteres en el entorno de los 2 años, edad en la cual, comenzó a pronunciar sus primeras palabras.

Durante estos primeros años de vida se habían realizado los controles pediátricos y las consultas con Otorrinolaringólogo necesarias para descartar otras afecciones concomitantes. Alrededor de los 3 años, comenzó a concurrir a una institución educativa. Hasta ese momento, no había logrado expresarse verbalmente con ningún adulto de ese Centro educativo, ni con nadie de su entorno familiar extendido.

Una vez que comenzó a hablar, lo hizo fluidamente pero en forma exclusiva con sus padres. En ocasiones, llegó a emitir escasas palabras a su madrina (amiga de la familia) y excepcionalmente, logró comunicarse con algún compañero de su grupo a través de monosílabos o utilizando mínimos vocablos (según lo informado por las docentes).

*
Lic. Carina Cammarano
Psicóloga egresada de la Universidad Católica del Uruguay. Psicoterapeuta cognitivo-comportamental. Psicoterapeuta E.M.D.R. Especializada en el área educacional y con más de 20 años de experiencia en la atención a niños, niñas, adolescentes y adultos.

Por otra parte, sus actividades de esparcimiento y eventos sociales se limitaban casi de forma exclusiva, al entorno de sus familiares maternos y paternos, a los que tampoco les había hablado nunca. Asistía a clases de Taekwondo, una vez por semana y en ese espacio tampoco se conocía su voz.

Fue entonces que comenzamos a diseñar un programa de intervención, que incluyó aspectos psicoeducativos y estrategias terapéuticas cognitivo-conductuales, conjuntamente con un abordaje a través de la terapia E.M.D.R. (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares).

Como dato no menor y en el transcurso de la primera entrevista a la cual acude Santi, luego de saludarlos, observo que ambos progenitores, asumen inmediatamente, el rol de intérpretes cuando su hijo por ejemplo, realiza algún gesto solicitando algo. A su vez, las interacciones que mantuvieron los padres con él, durante esta primera consulta, fueron escasas y mediatizadas por la gestualidad, indicando con ello, una alteración en la modalidad de la comunicación entre ellos.

Santi, en ese primer encuentro, prefirió dedicarse a jugar en silencio, con algunos de los objetos de mi caja de juego, mientras yo dialogaba con sus padres. Esporádicamente, me dirigía alguna mirada furtiva, sin llegar a pronunciar palabra o sonido alguno durante el transcurso de esa entrevista.

También para el diseño de nuestra intervención tuvimos en cuenta, los siguientes aspectos:

El tratamiento del mutismo selectivo comprende al menos tres problemas básicos que suelen darse paralelamente al mutismo propiamente dicho:

a) La limitada experiencia que ha tenido el niño de hablar con personas ajenas a su núcleo familiar.
b) La presencia, en un grado u otro, de apoyo para la comunicación no verbal fomentada por personas de su entorno, ejerciendo el rol de intérpretes.
Remisión de un caso de mutismo selectivo
c) La alta ansiedad presente en el niño ante determinadas situaciones sociales […] Banús Llort, S. (2018).

En cuanto al primer aspecto aludido, procuramos ir concientizando a los padres sobre la importancia de ampliar sus espacios de interacción social, llevándolo, por ejemplo, a lugares donde pudiera compartir espontáneamente, espacios de juego con otros niños, ensayando así nuevas interacciones sociales. Sugerimos para ello, concurrir a espacios públicos tales como plazas, parques, etc.

Por otra parte, orientamos y acompañamos a los progenitores, en la exposición gradual del niño, a situaciones del diario vivir en el hogar, que hubieran despertado en él, distintos niveles de ansiedad, de acuerdo a lo observado y reportado previamente por ellos.

Comenzamos con aquellos sucesos de gradiente menor (tales como solicitar a sus padres algo, en forma verbal y no gestual) para ir avanzando con otros eventos de mayor intensidad (como, por ejemplo, hablarles a ellos fuera del hogar, por ejemplo, en la vereda o inclusive delante de otros familiares).

Esto significó la utilización de estrategias de moldeamiento con aproximaciones sucesivas y de reforzamiento diferencial, en paralelo con la extinción progresiva de conductas no deseadas.

A su vez y paralelamente, se capacitó, tanto a los padres como al niño, en el ejercicio de técnicas de relajación psicofísica para el afrontamiento de tales situaciones.

Estos procedimientos terapéuticos, implicaron una secuencia de pasos y cambios en el repertorio conductual familiar, que condujeron a que los padres, comenzaran a facilitar y a estimular el diálogo con Santi, no sólo dentro del hogar, sino también con ellos delante de terceros (por ejemplo, en un local comercial).
Por otra parte, en el espacio de la consulta, nos propusimos una progresión gradual de su comunicación, similar a la planificada a nivel familiar.

Fue así que en una de las sesiones descubrimos con sorpresa, que Santi emitía espontáneamente y con un tono de voz casi imperceptible, algunos sonidos onomatopéyicos mientras jugaba y/o dibujaba.
En otra ocasión, escuché que era capaz de reiterar estos mismos sonidos, mientras interactuaba (mínimamente) en el juego conmigo.

En las siguientes sesiones, logró reproducirme sonidos similares al oído, pronunciando en voz muy baja, primero unos pocos monosílabos, hasta que semanas después y luego de la implementación de la terapéutica referida, Santi logró expresar una frase corta, al principio al oído y luego expresada (débilmente) frente a mí.

A partir de este momento, se dio una evolución muy positiva en la expresión de su lenguaje a nivel oral, ampliando no sólo su vocabulario, sino también, animándose a hablar con personas conocidas e inclusive, tiempo después, con personas desconocidas para él.

En relación al segundo aspecto señalado, se les solicitó a los padres que se "corrieran" del lugar de intérpretes, rol que habían asumido desde hacía mucho tiempo y se les instó a continuar dando respuesta únicamente, a las expresiones verbales de Santi y no tanto a las gestuales.

En cuestión de pocos meses, el niño comenzó a comunicarse con sus padres, con un mayor predominio del lenguaje oral.

Concomitantemente, se abordó la problemática a través de la terapia E.M.D.R. (en su adaptación para niños), necesaria para acceder a los contenidos traumáticos de su historia de vida que gestaron y mantuvieron su trastorno, hasta ese momento.

Partimos de la conceptualización de que "cuando un evento traumático ocurre, éste puede quedarse bloqueado en el cerebro con la imagen original, los sonidos, los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales experimentadas durante el incidente" (Gómez, 2007, p. 4).

> La palabra "trauma" proviene de la palabra griega que significa aproximadamente "herida" y suele evocar pensamientos sobre acontecimientos devastadores como terremotos, abuso sexual o crímenes violentos. Pero un trauma también puede ser un acontecimiento que hiere nuestro sentido de la seguridad y del bienestar y que nos imbuye creencias falsas o destructivas sobre nosotros mismos y sobre el mundo. Para un niño, el hecho de suspender un examen, una pelea con un amigo, un accidente en el recreo, el comentario fortuito de un adulto en quien confía y la pérdida de un abuelo, también pueden ser acontecimientos traumáticos que continúan socavando su confianza mucho tiempo después de que el acontecimiento precipitante aparentemente se haya olvidado (Lovett, 2000, p.34).

En una oportunidad, en el transcurso de su tratamiento, mientras accedíamos a sus vivencias traumáticas más tempranas, Santiago menciona que no había podido hablarles a algunas personas, porque sentía mucha vergüenza en su corazón y que pensaba de sí mismo, que él era "tonto".

La terapia E.M.D.R. permitió que hiciéramos foco en este sentimiento y en otros similares, en esta cognición negativa y en las sensaciones corporales asociadas, para lograr su reprocesamiento.
Pudimos observar con el transcurrir de las sesiones, a través de sus producciones gráficas y comentarios, como su vergüenza fue disminuyendo en su grado de afectación, junto con otras emociones negativas asociadas, hasta ocupar un lugar muy pequeño en el mundo de sus afectos.

Logró incorporar pensamientos más positivos sobre sí mismo, y comenzó a sentirse liberado de las sensaciones físicas desagradables que reportaba al inicio del proceso.

Seguidamente, fuimos haciendo foco en otros acontecimientos que el niño había relatado y que había catalogado como perturbadores para él, pudiendo abordar a través de este proceso terapéutico, su vinculación con diversas personas significativas para él, como su bisabuela, abuelos, tíos, primos, maestras, profesores, etc.

Al realizar la secuencia de eventos de su pasado vinculados a la dificultad para hablar con los otros, identificó cual había sido el acontecimiento más remoto (evento base) en el cual, recordaba que no se había animado a hablarle a alguien: aconteció cuando su padre lo llevó por primera vez a su actual escuela. Dialogando sobre este acontecimiento con sus padres, dedujeron que se trató del día en que lo inscribieron, cuando tenía 3 años y allí ocurrió, que cuando vio a la Directora delante de él, no pudo emitir ni una sola palabra.

Los reportes semanales de la familia a partir de este momento, señalan una clara desinhibición, en primer término a nivel físico y luego a nivel verbal, frente a personas del entorno familiar cercano, a quienes comienza a dirigirles algunas palabras y luego este comportamiento, se hace extensivo a otros familiares, vecinos, maestros, etc.

A partir de entonces, los padres comienzan a informar con alegría, de nuevas situaciones donde, por primera vez, Santi empieza a animarse a hablar a otras personas.

Se anima a dialogar un par de minutos por teléfono con su madrina (luego fue aumentando el tiempo de las comunicaciones telefónicas con ella). Después, logra expresar (al oído) un "sí" a la Psicomotricista del colegio; posteriormente sucedió algo similar con sus maestras de español y de inglés, con el profesor de música y con familiares.

Incluso se animó a decir "kiai" (grito característico en Taekwondo) que consigue expresar en voz alta delante de sus profesores y compañeros, durante una de las clases. En julio de 2013 logra hablar sobre el escenario del Centro educativo al cual concurre, delante de sus compañeros del nivel inicial de 3, 4 y 5 años y de las maestras de su colegio. Esto aconteció durante el transcurso del ensayo de una breve obra teatral infantil, en la cual participa en diciembre del mismo año y donde actúa frente al resto de los niños y familiares del nivel inicial, verbalizando una breve alocución, frente al público presente.

En setiembre de 2013, los padres mantienen una reunión con la Directora y con maestras del centro educativo, quienes expresan que Santiago, en su lenguaje oral se encuentra casi a nivel del resto del grupo de 5 años.

En diciembre del mismo año recibe la siguiente evaluación escrita del colegio: "Le entusiasma mucho aprender nuevas palabras y frases. Disfruta aprendiendo canciones y rimas. Manifiesta interés por participar en situaciones de comunicación oral. Comprende y produce todo el vocabulario presentado durante el año".

Finalizó su tratamiento en noviembre de 2013, luego de haber realizado un proceso psicoterapéutico de 20 meses de duración.

En la actualidad, Santi continúa utilizando un lenguaje acorde a su edad y aún suele sonreír cuando alguien le pregunta, por su pasado silencioso…

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5 ed.). España: Editorial Médica Panamericana.

Banús Llort, S. (2018). *El mutismo selectivo. Psicodiagnosis: Psicología Infantil y Juvenil*. c/Emperador August 26, 1°-2°, Tarragona, España. Recuperado de http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/el-mutismo-selectivo/index.php

Gómez, A. (2007). *Día oscuro y malo … márchate lejos*. Bogotá, Colombia: Gómez

Lovet, J. (2000). *La curación del trauma infantil mediante DRMO (EMDR)*. Barcelona. España: Paidós.

NOTA: La versión digital de este trabajo se encuentra publicada en nuestro sitio web: www.psicologos.org.uy

TRABAJO INÉDITO

"Escuela para padres" con "Subversión del sujeto..."

* Por Guillermo Cabado

Ante todo una adivinanza de infancia:

PRIMER ACTO

Supongamos una entrevista con los papás de un paciente. Supongamos que en un determinado momento de la entrevista el/la psicoanalista, al calor de lo que allí se dice sobre el niño en cuestión, interviniera con un "*habrá que ponerle límites entonces...*".

SEGUNDO ACTO

Supongamos que al salir de la entrevista el padre le dijera a la madre: "*buenísimo, dio en el clavo*". Y que ella, sorprendida, le dijera: "*¿en qué?*".
A lo cual él respondiese: "*cuando dijo que hay que ponerle límites. ¡Exactamente se trata de eso!*".
Concluye nuestro acto con la acotación de ella: "*bah, eso es lo que hablamos miles de veces, ¡no veo cuál es la novedad...!*"

TERCER ACTO

Supongamos que el padre comenzara a implementar eso de ponerle límites al niño. (... sin dudas para él la frase tuvo la incidencia de esas respuestas que tocan, que conciernen al punto de ser recibidas como viniendo desde un Otro lugar...).

Pero después de un par de semanas el papá siente que acaso se está pasando de la raya. Ajusta entonces sus intervenciones. Pero... después de cierto tiempo empieza a pensar que tal vez ahora "se fue hacia el otro extremo" y se volvió demasiado permisivo...

Bien, aquí al fin la adivinanza: ¿cómo se llama esta obra en tres actos?...

RESPUESTA:

"¡¿Qué diablos quiere decir 'hay que ponerle límites'?!"

A CONTINUACIÓN UN PEQUEÑO EJERCICIO DE LECTURA

"... no hay un Otro del Otro. Es como impostor como se presenta para suplirlo el Legislador (el que pretende erigir la Ley).
Pero no la Ley misma, como tampoco el que se autoriza en ella"
("Subversión del sujeto y dialéctica del deseo", Lacan en Escritos II, pag 793).

Al **Otro del Otro** se lo convoca cuando eso que tomó el valor de lo que viene del Otro, a pesar de las apariencias de respuesta plena, nos deja de a pie. Es lo que indica ese "qué carajo quiere... decir".

¿Qué entender por la **Ley** en esa frase de Lacan?. Propongo este acercamiento: "no da lo mismo 'x" que 'y'". Aunque no sepa qué significa "x", sé que es diferente de lo que significa "y". En otros términos: no da lo mismo *intervenir* que *no intervenir*. No da lo mismo retarlo que *explicarle*. No da lo mismo... etc... etc..

Por cierto: no da lo mismo, ¿pero qué da?.

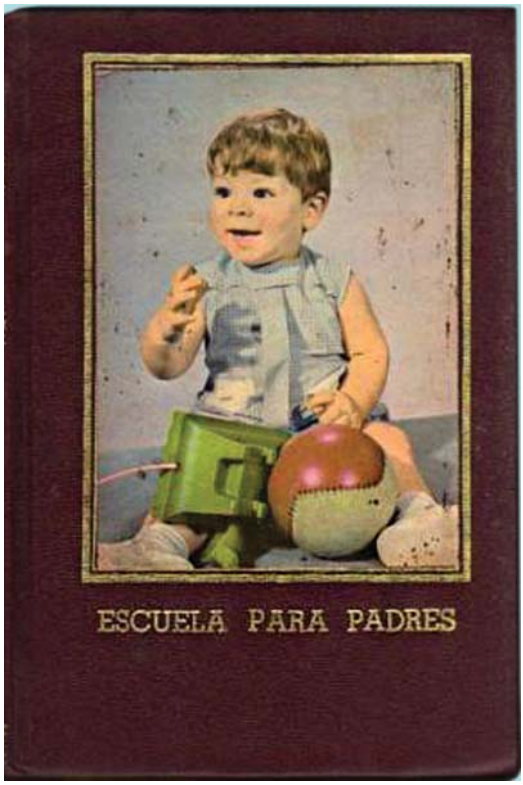
Tal vez ésa sea una de las cosas que más nos toca al momento de jugar una carta, de poner nuestra apuesta sobre la mesa de las relaciones: "*esto que hago, ¿qué resultado dará?*".

Esa pregunta bien puede ser respondida con la elaboración del **legislador**. Un modo de la legislación puede ser cierta idea de "*escuela para padres a partir de lo que nos enseña el psicoanálisis*". Una respuesta que venga en auxilio cuando la respuesta del Otro nos deja sin garantías.

Pero si la **Ley** no implica más que una estructura oposicional que nos dice que no da lo mismo "*x*" que "*y*", el **legislador** implica el que llena de significados cada una de esas letras (por ejemplo: "*poner límites quiere decir tal cosa*").

¿Pero **autorizarse en la Ley**?, ¿qué nos propone esa noción en este entramado que propone el pasaje citado de "*Subversión...*"?...

Por lo pronto en su puesta en relación con los otros términos se evidencia como algo decididamente diferente que el orientarse por el **legislador**.



Dejo a criterio de cada lector la respuesta a la siguiente pregunta: ¿que sería para ese padre **autorizarse en la Ley** en el momento en que culmina el tercer acto de nuestra pequeña obra?.

Sin dudas, su respuesta no estará libre de arbitrariedad. Bienvenida sea cuando de este asunto se trata.

Nota: la foto corresponde a un libro, sus autores fueron Eva Giberti y Florencio Escardó, que supieron leer mis padres y que sin dudas conllevaba una posición diferente a la que se desprende de estas líneas. Simplemente eso: distinta.

Lic. Guillermo Cabado. Psicoanalista.

Elecciones universitarias: reafirmando compromisos

El pasado 9 de mayo se llevaron a cabo las elecciones universitarias en la Universidad de la República en los tres ordenes: estudiantes, docentes y egresados. En esta oportunidad se eligieron los representantes de cogobierno de la Asamblea General de Claustro, de las Asambleas de Claustro de todas las Facultades y los Consejos de Facultad.

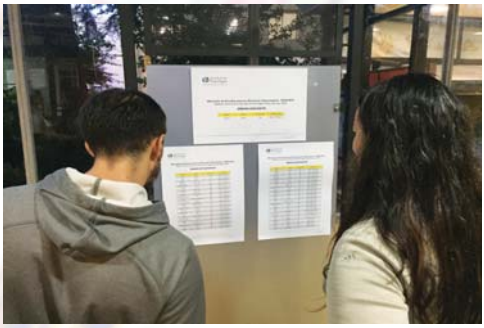
Cabe destacar que estas elecciones son las terceras en importancia por su número de participantes después de las nacionales y de las del Banco de Previsión Social. También mencionar, que se ha implementado la posibilidad de votar en todos los departamentos, incluso en aquellos donde no hay sedes de la UdelaR, facilitando la votación para los universitarios en todo el país.

Actualmente se está a la espera de los resultados definitivos de las elecciones, dado que aún faltan los datos del escrutinio de los votos observados. Puntualmente en lo que refiere a Facultad de Psicología, el escrutinio (parcial) publicado por la Corte Electoral, da cuenta que la CPU logró obtener la mayoría en la votación general de las Elecciones Universitarias. Es así, que los representantes de las listas 615 y 616 integrarán en mayoría los Órganos de cogobierno de nuestra Facultad: el Consejo de Facultad como la Asamblea del Claustro. En el caso de la Asamblea General del Claustro se ha logrado el primer cargo titular (lista 614) y se integrará también un egresado de la otra lista que se presentó en estas elecciones.

En esta oportunidad, se puede observar que ha bajado el voto en blanco. Cabe explicar que el voto en blanco no es igual en su significado con respecto a otras elecciones, dado que hay que tener en cuenta que se realizan tres elecciones al mismo tiempo. En tal sentido, la Corte Electoral cuenta como votos en blanco a aquellos que votan a uno de estos organismos y no a los otros dos o solo votan a dos (voto parcial). En realidad, el voto en blanco total es significativamente menor, pero aún no se tiene detalle por no estar concluido el recuento de los votos observados. En síntesis, hoy tenemos como dato, todos los votos en blancos parciales sumado a los votos en blanco totales, lo que no implica que la gente no haya votado a algún órgano.

Una vez más, desde la CPU seguimos reafirmando el compromiso de trabajo por una Universidad Pública, Autónoma y Cogobernada, en un 2018 que se conmemorará los 60 años de la Ley Orgánica de la Universidad de la República y en el mes de junio los 100 años de la Reforma de Córdoba.

Por Alejandra Verolavsky



Fotos: Rodrigo Ubilla

Formación en Psicoterapia

Nuestro país cuenta con una gran tradición en la formación de psicólogos clínicos siendo hasta hace unos años, en el imaginario social, la principal –sino la única- tarea que se vinculaban al quehacer del Psicólogo.

En los últimos años, la investigación en psicoterapia ha logrado avances importantes, estableciendo conceptualizaciones psicopatologías e intervenciones que han demostrado en forma rigurosa, la efectividad de ciertos tratamientos para diferentes problemas clínicos. De esta forma, la psicología clínica basada en la evidencia ha puesto de relieve la necesidad de fundamentar las intervenciones y ofrecer a los consultantes la mejor alternativa de tratamiento disponible. El listado de tratamientos que han demostrado empíricamente su eficacia se ha incrementado y continúa en perfeccionamiento, imponiendo la revisión constante de las prácticas para poder ofrecer las mejores intervenciones. Este listado cuenta con una pluralidad teórica que demuestra, una vez más, que no hay un solo marco conceptual que pueda cubrir todo el espectro de los trastornos psicopatológicos con el mismo nivel de eficacia. Por otra parte, la investigación respecto a los factores inespecíficos o comunes de la psicoterapia ha puesto de relieve la importancia crucial del entrenamiento clínico y de la práctica supervisada.

La incorporación de la psicoterapia al Sistema Nacional Integrado de Salud, exige de psicólogos clínicos que puedan desempeñarse en los diferentes niveles de abordaje y tipo de intervenciones planteados. Concretamente, requiere de una formación que pueda contemplar dispositivos de atención tanto individuales, como familiares o grupales, y en tiempos de atención preestablecidos. El plan de prestaciones en salud mental hace foco asimismo en algunos de problemas en salud mental más críticos para nuestro país (intentos de autoeliminación y suicidios, violencia familiar, adicciones, entre otras).

Todos estos avances impactan necesariamente en los programas de formación en psicología clínica y psicoterapia más específicamente. En este sentido, la Facultad de Psicología de la Universidad Católica viene trabajando hace tiempo en el desarrollo de programas de formación que puedan cubrir las expectativas y necesidades en la formación de los futuros terapeutas. Este año hemos consolidado este trabajo en una maestría en Psicoterapia de Adultos, Parejas y Familias, que fortalece los mejores antecedentes de la formación en psicología clínica cognitiva y familiar sistémica, a la vez que pretende avanzar hacia la actualización de contenidos, integración teórica, evidencia científica, y especial énfasis en el entrenamiento práctico en las destrezas básicas para la evaluación e intervención clínicas.

La salud mental en nuestro país sigue siendo un gran desafío y si bien se han realizado avances importantes, es necesario continuar trabajando para mejorar los niveles de salud mental de la población en general. Comprometernos -como instituciones académicas y científicas- en la formación de terapeutas que puedan dar tratamientos efectivos a sus pacientes, es una forma de contribuir al logro de este gran objetivo.

Departamento de Psicologia Clínica y de la Salud

Cuestión de derechos. Hacia una clínica de lo diverso

Por Lic. Ps Marcela Pini

La *Ley Integral para Personas Trans* es un proyecto de ley que fue presentado al Parlamento en el año 2017 para su estudio y aprobación. Es una acción afirmativa, consta de 20 artículos ; y "tiene por propósito promover la equidad de género como combatir, mitigar y colaborar a erradicar todas las formas de discriminación que directa o indirectamente constituyen una violación a las normas" . (Art. 1°)

Las identidades género disidentes, han sido históricamente vulneradas en lo que refiere al acceso a derechos fundamentales por razones discriminatorias.

[1]Las personas, que conforme a su deseo, expresan una identidad de género que no condice con el sexo asignado al nacer por un modelo médico hegemónico y agonizante, en donde el sexo morfológico tiene un correlato identitario de género, siguen siendo sujetxs no válidos para esta sociedad, que en consonancia a un sistema capitalista y mediante su mecanismo regulador, el patriarcado, asigna y determina formas de vestirse, de comportarse, de sentir,de amar y de pensar dando calidad de sujetxs sanos y válidos a quienes su deseo es esperable y aceptado para este modelo y a otrxs la categoria de marginadxs, enfermxs y vulnerables. No obstante, aún quienes son "incluidxs" también son estratificados según el patriarcado . No es lo mismo ser un varón, blanco y heterosexual que una mujer negra y pobre.

La práctica psicológica no ha estado fuera de tales reproducciones de la heteronormatividad como sistema regulador. Es a partir de la evidencia irrefutable de los estudios de género que hemos comenzado a re-ver nuestras prácticas.

Este proyecto de ley es justo y sobre todo necesario para nuestra sociedad democrática que debe garantizar derechos y promover la construcción de ciudadanía para todas las personas.

El promedio de vida de las mujeres trans es de cuarenta años, la desafiliación familiar es a temprana edad, lo que es el comienzo de una historia de desafiliaciones institucionales que provocan abandono y sufrimiiento. Garantizar el acceso a la salud acompañando los procesos del desarrollo de las personas trans es una obligación de los profesionales de la salud, el acceso a la educación y el apoyo a dichas trayectorias educativas, habilitar la cultura a todas las personas sin excepción, garantizar el acceso al trabajo entendiendo a éste como un espacio necesario para el desarrollo humano. Es sabido que las trayectorias laborales de las mujeres trans mayoritariamente están asociadas a la explotación sexual, porque cuando las personas no tienen la posibilidad de elegir, son explotadas.

Acompañar, es el desafío de la clínica hoy en lo que hace a la disidencia sexo genérica. Tenemos que habilitar el espacio clínico para la disidencia, porque no hay clínica sin ¨fisura¨, porque ¿que otra cosa hay más necesaria, que allí, donde los consultantes se conectan con su deseo? También porque es una postura ética en el ejercicio de la profesión, el respetar y atender los Derechos Humanos y porque como profesionales debemos garantizar "vivir un mundo más vivible" para todxs.[2] (Bultler, 2015).

notas

[1] Uruguay, Poder Legislativo. (2017). Proyecto Integral para Personas Trans

[2] Burgos, M.I (2015). Conferencia de Judith Butler en la UNTREF (Transcripcióncompleta). C*uerpos que todavía importan. (o los fundamentos de una teoría para …"vivir un mundo más vivible"…)*
Recuperado de http://www.ramona.org.ar/node/57395

- 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 re vista 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.

Alquiler de consultorios
por hora, día, semana ó mes.

A estrenar. Para niños, adolescentes y adultos

www.consultoriosenlaces.com (fotos)
consultoriosenlaces@gmail.com

Tel.: 098 932 975

ALQUILO CONSULTORIO
por día o fracción

BUENA UBICACIÓN
CÁLIDO, TRANQUILO
INDEPENDENCIA ABSOLUTA

ZONA CENTRO

094 125 797
2908 38 90 (dsp 20.30 hs)

ALQUILO CONSULTORIO
por día o mes (puede ser compartido)

EQUIPADO, AMPLIO
MUY ILUMINADO
WIFI Y AIRE ACONDICIONADO

ZONA CENTRO

098775279

SU AVISO EN

CONTEXTOS Psi
Publicación oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

CONSULTE COSTOS

comunicacion@psicologos.org.uy

UNA APROXIMACIÓN PARA COMPRENDER

CÓMO DECLARAR IMPUESTOS

Como Licenciada/o en Psicología depende de **dónde obtiene** sus ingresos para saber **qué impuestos** debe pagar y qué **Declaraciones Juradas** debe presentar

Ingresos obtenidos por inversiones o rentas (**IRPF cat I**) o bien por trabajo (**IRPF cat II**)

IRPF Categoría I: Ingresos por Capital

- Depósitos bancarios
- Bonos del tesoro
- Alquileres, etc.
- Genera IRPF Cat I
- Depende de cada tipo de Inversión si corresponde presentar Delaración Juarada

*** Por vencimientos consultar en Oficinas de DGI**

IRPF Categoría II: Ingresos por Trabajo

Empleado

- Genera IRPF cat II
- Aporta al FONASA
- Si tiene más de un trabajo en el año debe presentar **Declaracion Jurada**
- IMPORTANTE: cada situación puede ser particular por lo que es aconsejable asesorarse detalladamente

*** Por vencimientos consultar en Oficinas de DGI**

Independiente

- Debe estar inscripto a DGI (Con Nº RUT)
- Genera IRPF cat II
- Aporta al FONASA
- Factura con IVA 10% si es Salud
- Factura con IVA 22% si es docencia, selección de personal, etc.
- Presenta Declaración Jurada anual FONASA
- Presenta Declaración Jurada anual por IRPF e IVA

*** Por vencimientos consultar en Oficinas de DGI**

*** DGI | Asistencia al Contribuyente: Tel. 1344 | www.dgi.gub.uy**

› Ciclo de talleres

TEORÍA Y CLÍNICA DEL PSICOANÁLISIS LACANIANO

Lic. Ma. Noel Gazzano y Lic. Lucía Moleri

› Junio de 2018 › Montevideo

Taller teórico-clínico:

Estructuras Clínicas

› Viernes 15 de Junio, 19 a 20:30
› Viernes 22 de Junio, 19 a 20:30

› Agosto de 2018 › Montevideo

Taller teórico-clínico:

Real, Simbólico e Imaginario

Dos encuentros, fecha a confirmar

› Octubre de 2018 › Montevideo

Taller teórico-clínico:

Inhibición, Síntoma y Angustia

Dos encuentros, fecha a confirmar

COORDINADORA DE PSICÓLOGOS DEL URUGUAY

MÁS INFORMACIÓN | INSCRIPCIONES:

www.psicologos.org.uy/cursos
socios@psicologos.org.uy | 2410 6624 | 099 32 98 92