

Revista Itinerario

Año 19. N° 16 (Julio 2023)



Emilio Bolinches (Serie "Los Magos")

REVISTA DEL INSTITUTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UDELAR

CONSEJO EDITOR:
PROF. DRA. GABRIELA PRIETO
PROF. ADJ. DR. JORGE BAFICO

La Revista Itinerario se encuentra realizando transformaciones en su presentación y en su organización.

A pesar de esta situación, el Comité Editor resuelve integrar el número correspondiente con un formato provisorio.

Las opiniones expresadas en la revista por los autores no representan la opinión del Consejo Editor.

ÍNDICE

EL ANÁLISIS DE PROCESO (AP) COMO INSTRUMENTO METODOLÓGICO EN UNA INVESTIGACIÓN SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIVENCIA DEL PROBLEMA EN ADOLESCENTES CONSULTANTES.	4
CONOCIMIENTOS Y OPINIONES DE DIRECTORES/AS DE INSTITUTOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO (URUGUAY) SOBRE LOS USOS DE DROGAS EN ÁMBITOS EDUCATIVOS DE ENSEÑANZA MEDIA.....	21
LOS INICIOS DEL PSICOANÁLISIS CON NIÑOS EN EL URUGUAY (1900 A 1950).....	34
ASPECTOS COMUNES DE LAS PSICOTERAPIAS DESARROLLADAS EN URUGUAY ENTRE 1960-1985: PUNTUALIZACIONES SOBRE SUS TEORÍAS DE TRANSFORMACIÓN	62
CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	74
APORTES A LA DISCUSIÓN DE LOS PROYECTOS DE LEY	97

EL ANÁLISIS DE PROCESO (AP) COMO INSTRUMENTO METODOLÓGICO EN UNA INVESTIGACIÓN SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIVENCIA DEL PROBLEMA EN ADOLESCENTES CONSULTANTES.

Silvana Contino

(scontino@psico.edu.uy)

RESUMEN

A través de un estudio de investigación cualitativa en el ámbito de la psicología clínica se pretende hacer énfasis en la metodología utilizada para ejemplificar el uso y apropiación del procedimiento de Análisis de Proceso (AP), etapa del Análisis de Contenido Temático (ACT), el cual es un método de análisis de datos utilizado en la investigación cualitativa en ciencias sociales (Strauss, Corbin, 2002). Como metodología cualitativa para el análisis de datos, es flexible, interpretativa, inductiva y reflexiva, lo que pone el acento en los procesos subjetivos de la población objetivo permitiendo una aproximación a perspectivas, significados, sentidos y conocimientos de éstos, aspecto fundamental para los procesos subjetivos en la investigación en psicología (Rodríguez Gómez, Valladeoriola Roquet, 2007). El AP permite interrelacionar de forma dinámica y secuencial las categorías teóricas, emergentes y subcategorizaciones, desprendidas de los datos, ahondando sobre los procesos de relacionamiento entre fenómenos y facilitando el análisis profundo de estos. El objetivo general del trabajo es problematizar en el uso de metodologías cualitativas aplicadas en ciencias sociales como forma de facilitar el conocimiento en la investigación en psicología clínica. Los objetivos específicos pretenden presentar el AP como etapa del método en la lectura de datos del ACT en investigación en psicología que permite observar las ventajas en la profundidad del análisis de los datos. Los resultados arrojan que el AP puede sortear posibles limitaciones metodológicas en una investigación en psicología clínica. Permite identificar la dinámica y la interrelación de los fenómenos de forma procesual. Es un análisis útil de datos en la investigación en psicología.

Palabra Claves: Investigación en psicología clínica, Análisis de Proceso en psicología, Metodología Cualitativa en psicología.

ABSTRAC

Through a qualitative research study in the field of clinical psychology, it is intended to emphasize the methodology used as a way to exemplify the use and appropriation of the Process Analysis procedure (PA), a step of Thematic Content Analysis (TCA) that is usually applied in the social sciences (Strauss and Corbin, 2002). As a qualitative methodology for data analysis, it is flexible, interpretive, inductive and reflective, which puts the accent on the subjective processes of the target population allowing an approach to perspectives, meanings and knowledge of these, a fundamental aspect for subjective processes in research in psychology (Rodríguez Gómez, Valladeoriola Roquet, 2007). The Process Analysis allows interrelating dynamically and sequentially the theoretical categories, emerging and subcategorizations, deduced from the deepening on the processes of relationship between the phenomena, facilitating the deep analysis of the data. The general objective of this paper is to problematize the use of methodologies applied in social sciences as a way to facilitate knowledge in clinical psychology research. The specific objectives intend to present the PA as a method step in the reading of TCA data in research in psychology that allows to observe the advantages in the depth of the data analysis. The results show that the PA can overcome possible methodological limitations in an investigation in clinical psychology. It allows to identify the dynamics and the interrelation of the phenomena in a processual way. It is a useful analysis of data in research in psychology.

Key Words: Clinical psychology research, Process Analysis procedure, Qualitative psychology methodology.

1. Introducción:

El trabajo pretende ejemplificar a través de un estudio de investigación cualitativa en el ámbito de la psicología clínica el uso y apropiación del procedimiento de Análisis de Proceso (AP), etapa final del Análisis de Contenido Temático (ACT) como método de análisis de datos en la investigación cualitativa. El ACT suele aplicarse en ciencias sociales (Strauss, Corbin, 2002). El AP permite interrelacionar de forma dinámica y secuencial las categorías teóricas, emergentes y subcategorizaciones, desprendidas de los datos, ahondando sobre los procesos de relacionamiento entre los fenómenos y facilitando el análisis profundo de estos. Se pone el acento en los procesos subjetivos de la población objetivo permitiendo una aproximación a perspectivas, significados, sentidos y conocimientos de éstos, en la investigación en psicología (Rodríguez Gómez, Valladeoriola Roquet, 2007).

El objetivo general del trabajo es problematizar el uso de metodologías aplicadas en ciencias sociales como forma de facilitar el conocimiento en la investigación en psicología clínica. Como objetivos específicos se pretende presentar el AP como lectura de datos en la investigación en psicología clínica permitiendo observar las ventajas en la profundidad del análisis de los datos. Los resultados arrojan que el AP, puede sortear posibles limitaciones metodológicas en una investigación en psicología clínica. Permite identificar la dinámica y la interrelación de los fenómenos de forma procesual siendo un análisis útil de datos en la investigación psicológica.

2. Generalidad metodológica: Análisis de Contenido Temático (ACT)

Las metodologías cualitativas son metodologías comprensivas y construccionistas orientadas a la interpretación y comprensión de los fenómenos. El Análisis de Contenido Temático (ACT) basado en los procedimientos de la Teoría Fundamentada es una de las formas de análisis de contenido como método de análisis de datos en la investigación cualitativa. Se trata de un método que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer el sentido de los datos en la investigación (Strauss, Corbin, 2002). Permite el empleo de un método de análisis flexible, interpretativo, inductivo y reflexivo (Valles, 1999). Básicamente es un método de análisis utilizado en la investigación social. Es aplicable a la observación, a los discursos orales (algún tipo de encuestas, entrevistas en profundidad) o escritos (documentos varios, revistas, publicaciones, etc) que se producen en el seno de las sociedades. En oportunidades el análisis de contenido, se distingue de otras técnicas de investigación sociológica porque es un método que combina, de forma compleja, la observación, el análisis del discurso directo o indirecto con el análisis documental (López-Aranguren 1986, citado en Gómez Mendoza, MA., 2012).

El corpus de la investigación lo conforma todo el material que es sometido al análisis. El análisis es de carácter constante y se produce durante todo el proceso de la investigación (Valles, 1999). En ACT planteado por Strauss & Corbin, (2002), tiene como procedimiento los criterios de codificación abierta, axial, selectiva y la de proceso. Primero se consideran las categorías teóricas como orientadoras, siendo aquellas que parten de las referencias teóricas como de los posibles antecedentes que sustentan la investigación. Las mismas se utilizan para una primera agrupación de ciertos códigos que van surgiendo a los efectos de facilitar la categorización y ordenamiento pero siempre, con una actitud abierta a la aparición de lo diferente. El análisis de los datos en el proceso de ACT, no escapa de cómo se haya diseñado y hecho la técnica de recolección de los datos es decir: el guión de la entrevista en profundidad, la coordinación de un grupo focal o de

discusión. Siempre se tiene una guía y esto está saturando el campo siendo algo inevitable. Cuando se hace un guión siempre se tiene en cuenta los antecedentes y las categorías teóricas. Este aspecto es importante tenerlo como advertencia porque ayuda al análisis, reparando sobre aquello que se repite y lo novedoso que pueda surgir. Un ACT no es un procedimiento “virgen” por más que se intente regir por los principios de la Teoría Fundamentada. Esta última permite tener una actitud de apertura y escucha frente a lo diferente como forma de proceder. El procedimiento de las codificaciones abiertas, axiales y secuenciales tienden a garantizar la actitud de apertura a lo nuevo. La codificación abierta consiste en el proceso de identificación de conceptos que se descubren en los datos. Los conceptos representan al o los fenómenos (suceso, acontecimiento, problema). Los fenómenos son ideas centrales representadas en lo que el/los sujeto(s) dice(n) en sus producciones. Se tiene como unidad de análisis frases y en ocasiones, párrafos del material a ser analizado. La codificación abierta es la que da lugar a las propiedades y dimensiones de los fenómenos, cómo se caracterizan y las diferentes formas en que aparecen, en qué contextos y con qué intensidad se advierten en el discurso de los participantes o el material de análisis. La codificación axial permite ir construyendo categorías más abarcativas. Respondiendo de forma constante al cómo, dónde, cuándo, quién, porqué del fenómeno y sus consecuencias, facilitando identificar las subcategorías. Liga lo que se va conformando como categoría más amplia con las subcategorizaciones menores, siendo estas últimas las características de las categorías centrales. Las subcategorías conforman las propiedades que facilitan el entendimiento, comprensión y caracterización de aquellas. Permite identificar las condiciones, situaciones, sucesos y acontecimientos donde se dan los fenómenos. A partir de las subcategorizaciones que comienzan a caracterizar al fenómeno, ya sea por sus propiedades y dimensiones, se empiezan a construir hipótesis. El proceso entre la codificación abierta y la axial se va haciendo de forma simultánea, por lo que en oportunidades es difícil diferenciar por la conjunción en el proceso.

La codificación secuencial hace una narrativa entre las subcategorizaciones, va integrando y afinando las categorías que se identifican como centrales o más amplias, siendo conceptos más generales que definen el fenómeno permitiendo la descripción de aquellas a través de subcategorizaciones (Strauss, Corbin, 2002; Vasilachis, 2006; Rodríguez Gómez, Valdeoriola Roquet; 2007).

El Análisis de Proceso (AP) es la etapa final del ACT propuesto por Strauss & Corbin (2002). El AP completa el análisis de datos en el que se realiza una lectura transversal y de proceso entre las categorías centrales con la presencia de sus propiedades y los elementos que las componen en el marco de una serie de condiciones que conforman la base contextual o estructural de un proceso en el que se da la interrelación de las categorías. La codificación de proceso implica un

nivel de análisis más profundo y singular para descubrir el proceso entre los datos. Se identifica la interrelación y dinámica entre categorías centrales y propiedades que los procesos de categorización anterior no lo facilitan. En el AP se identifican las condiciones de cambio y movimiento que puede darse entre los fenómenos. Lo cambiante es el proceso, la secuencia y movimientos de las acciones de los participantes/interacciones entre las acciones, la que se detecta a través una trayectoria para advertir cambios, en vez de la búsqueda de propiedades y/o dimensiones. Las acciones/interacciones son en respuesta a una situación. Las acciones se dan dentro de un conjunto de condiciones y contextos situacionales que pueden cambiar en respuesta a giros, en un contexto dado, de forma primaria en su presentación. Cuando se dan cambios en las condiciones primarias en donde se dan las categorías, pueden darse nuevas condiciones que conforman un contexto nuevo que genera nuevas acciones. Esto muestra la dinámica constante entre contexto y acciones. El AP presenta la capacidad de los individuos de responder a las situaciones en las que se encuentran inmersos y la posibilidad de modelarlas y cambiarlas. En este análisis el investigador está obligado a relacionar los procesos con la estructura la cual está dada por el contexto o las condiciones. El mecanismo analítico de proceso, es denominado “matriz condicional/consecuencial”. La matriz es una representación diagramática de condiciones que se relaciona con las acciones/interacciones que dan contextos, las que cambian en el tiempo, donde las acciones se vuelven condición de otros actos futuros conformando la idea de proceso (Strauss & Corbin, 2002).

3. Aplicación del ACT en la investigación en Psicología Clínica

El “Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario” (Contino, 2015), es una investigación en el ámbito de la psicología clínica dentro de un servicio de la Facultad de Psicología, la Policlínica Psicológica de la Facultad en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela que atiende población usuaria desde los 14 años de edad en adelante. La investigación estudia la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes por consulta psicológica. Se basa en el marco teórico de las Teorías Subjetivas de Mariane Krause (1993, 1994, 1999, 2005, 2007). Propone la identificación, descripción y análisis de los elementos que componen la construcción de la vivencia del problema y las percepciones clínicas de terapeutas de adolescentes sobre aquella, como la forma en que creen que debe ser trabajada para dar respuesta a la consulta de los adolescentes. Es un estudio descriptivo exploratorio de carácter cualitativo. Se realizaron entrevistas en profundidad a adolescentes entre 15 a 18 años de edad,

consultantes al servicio durante el período 2013-2014 y se realizó un grupo focal con terapeutas de adolescentes. Para el análisis de los datos se recurrió al Análisis de Contenido Temático (ACT) en general y en el análisis de datos de las entrevistas en profundidad a los adolescentes, se realiza el procedimiento del Análisis de Proceso (AP) como forma de compensación a una limitante metodológica en referencia a la muestra sobre la población, no prevista al momento de la planificación del proyecto de investigación. El AP redundó en la profundización de la comprensión de la dinámica interactiva entre los datos arrojados por la población adolescente, en esa parte de la investigación clínica, ya que el ACT también fue realizado a los datos arrojados por el grupo focal de terapeutas pero no el AP a los datos recogidos en el mismo (Contino, 2015).

Se constató que la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes por consulta psicológica, presenta una percepción por parte de éstos sobre un inicio del problema dentro de un contexto familiar conflictivo o social cercano de pares, no percibido como apoyo, el que orienta actitudes y acciones por parte del adolescente como forma de resolución al problema. Se parte de modos de resolución privados, donde no se tiene presente el entorno, a otros momentos, en los que se repara en los apoyos percibidos, tomándolos en cuenta para llegar a concretar la consulta psicológica.

Este estudio pretendió aportar en la mejora de instrumentos clínicos de intervención psicológica a nivel del diagnóstico de situación, para una mejor estrategia de intervención con adolescentes a los efectos de favorecer la calidad de las prestaciones en salud mental para esta población de usuarios. Se consideró un insumo para el diseño de líneas preventivas y promotoras en salud mental con adolescentes.

El análisis de datos de las entrevistas en profundidad permitió alcanzar los objetivos específicos del estudio. Primero identificar los elementos que componen las vivencias del problema de los adolescentes consultantes por atención psicológica y luego, analizar los elementos que componen las vivencias del problema que presentan los adolescentes consultantes.

La categorización implicó la interrelación entre las categorías teóricas y aquellas propiamente emergentes. La agrupación de las categorías emergentes surge a partir de la forma predominante de aparición en los datos. La identificación de las dimensiones permitió la conceptualización de las categorías.

Se pudieron identificar como categorías centrales: “Construcción del Problema” y “Experiencia de la consulta”. La categoría central “Construcción del Problema”, presenta ciertas subcategorizaciones que conforman las propiedades o características de dicha categoría. Aquellas son la “Percepción del inicio del problema” por parte de los adolescentes y lo que se decidió en

llamar “Resolución del problema”. Ambas propiedades siempre acompañadas por la descripción del componente afectivo o emocional. La categoría central: “Experiencia de la consulta” fue una categoría explorada especialmente en la investigación. Se decidió ponerle esta nominación porque la población objetivo fue entrevistada luego de la experiencia de la intervención de carácter diagnóstico. Esta categoría central presentó tres subcategorías que se conformaron en propiedades de la categoría central: “las expectativas frente a la consulta”, “el acceso a la consulta” y la “percepción de los posibles cambios”.

3.1. Matriz categorial. Categorías centrales teóricas- emergentes y dimensiones.

Construcción del Problema	Percepción del Inicio del problema	<ul style="list-style-type: none"> ▢ Desencadenantes y/o precipitantes (afectos o emociones) ▢ Contexto (afectos o emociones) ▢ Autoconcepto del adolescente
	Resolución del Problema	<ul style="list-style-type: none"> ▢ Acciones y actitudes propias del adolescente (afectos o emociones) ▢ Apoyos percibidos (emocionales/instrumentales) /Afectos o emociones
Experiencia de la consulta	Expectativa de la consulta	<ul style="list-style-type: none"> ▢ Búsqueda de bienestar (escucha, alivio, ayuda, explicación/sentido del problema) ▢ Búsqueda de cambio conductual, manejo del problema
	Acceso a la consulta	<ul style="list-style-type: none"> ▢ Iniciativa del entorno cercano ▢ Derivación por equipo de salud actuante
		<ul style="list-style-type: none"> ▢ Motivación propia de búsqueda
	Percepción en las modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▢ Disminución de tensión/regulación afectiva ▢ Modificación en sí mismo
		<ul style="list-style-type: none"> ▢ Modificación en la relación con otros

La categoría “Construcción del problema” partió de identificar un proceso de construcción de carácter dinámico y subjetivo en el que se describe una sucesión y simultaneidad de elementos a través del tiempo, que los entrevistados vinculan al problema. La categoría está compuesta por

componentes cognitivos (lo que asocian como modelo explicativo o atribucional en el que surge el problema), componentes comportamentales (las acciones implementadas por los adolescentes como formas de dar respuesta al problema) y el componente afectivo o emocional (sentimientos o estado emocional que acompañan el problema).

Las dos propiedades o subcategorías, que caracterizan y componen la categoría central: 1) “Percepción del inicio del problema” es el componente cognitivo que acompaña la vivencia de la forma en que se da la construcción del problema y 2) “Resolución del problema”, es el componente comportamental. Ambas subcategorías y/o propiedades, se encuentran acompañadas de afectos y/o estados emocionales proporcionando las dimensiones de una u otra propiedad (Cuadro 3.1)

La “Percepción del inicio del problema” aparece como la descripción y/o asociación de elementos que son presentados como aquellos que participaron el inicio del problema. El modo de presentación de esos elementos se da de forma más o menos conectiva entre ciertos componentes en el discurso de los entrevistados. La “Percepción del inicio del problema” presenta las siguientes dimensiones: 1) desencadenantes o precipitantes del problema, acompañados de afecto o emociones 2) contexto, acompañado de afectos o emociones y 3) autoconcepto del adolescente.

3.1.1. MATRIZ DE CATEGORÍAS, DIMENSIONES Y COMPONENTES

Percepción del inicio del problema	Desencadenantes o precipitantes	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Acontecimiento ▫ Situación de crisis ▫ Actitudes/acciones de los otros. ▫ Afectos o emociones (confusión, ansiedad/angustia, enojo/rabia/envidia, depresión, tristeza, culpa, miedo/dolor).
	Contexto familiar inmediato “convivencia conflictiva”	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Discusiones (diferencias, rivalidades, factores socioeconómicos, acciones/ actitudes de los padres) ▫ Estilos parentales (control, dificultad en la comunicación) ▫ Afectos o emociones (confusión, incomodidad, desconfianza, enojo/cansancio/aburrimiento, celos, soledad, culpa, angustia, depresión).

	Contexto social cercano de pares “no percibido como apoyo”	<p>Escaso, no interesado, no confiable, impotente, hostil, “Hipócrita”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▯ Acciones/actitudes del adolescente: retraimiento-agresividad directa ▯ Afectos o emociones (desconfianza, desprecio, molestia/enojo, soledad).
	Autoconcepto del adolescente	<ul style="list-style-type: none"> ▯ Valoración de aspectos personales-autoimagen ▯ Valoración de la etapa de la adolescencia ▯ Percepción de cambio en la trayectoria de vida

La dimensión “contexto” en la “Percepción del inicio del problema” se compone del contexto familiar inmediato y el contexto social cercano de pares del adolescente. El contexto familiar inmediato y el contexto social cercano de pares tienen elementos que los caracterizan acompañados del componente afectivo. El contexto familiar inmediato, es una de las formas de presentación de la dimensión “contexto”. Es presentada como de mayor relevancia entre los entrevistados como conflictiva. Se toma para ilustrar lo planteado, el código in vivo de “convivencia conflictiva” la que representa la descripción y la percepción del adolescente sobre dicho contexto. Este contexto familiar inmediato como “convivencia conflictiva”, permite percibir un ambiente familiar que es caracterizado por los entrevistados como: de discusiones y ciertos estilos parentales que no facilitan la comunicación (Oliva, 2004, 2006, 2008; Luna Bernal, Laca Arocena, Cruz Abundis, 2013; citados en Contino, 2015).

El contexto social más cercano de pares participa del problema, cuando aparece como conflictivo. Este contexto social cercano de pares como conflictivo, no es percibido como apoyo por lo que es percibido como facilitador de los conflictos. Cuando este entorno no es percibido como un apoyo afectivo, este contexto se lo caracteriza como: escaso, no interesado, no confiable, impotente, hasta hostil e “hipócrita” (código in vivo).

La subcategoría del Autoconcepto del adolescente es una subcategorización que se define como el “conjunto de percepciones relativamente estables que un individuo tiene de sí mismo y reflejan una autoevaluación de atributos y comportamientos que incluyen una dimensión cognitiva y emocional” (Contino, 2015). En los datos aparece como ciertos aspectos personales o características personales las cuales describen de sí y son valoradas por momentos como facilitadores de un ambiente familiar conflictivo las que pueden oficiar como barreras para la modificación de aquel ambiente (Cuadro 3.1.1)

La “Resolución del problema” es la segunda propiedad o característica de la categoría central “Construcción del Problema”. Se la define como el o los intentos del adolescente y su entorno, para dar solución al problema. La característica de la “Resolución del problema” que presentan los datos implicó tres dimensiones: 1) las actitudes y/o acciones implementadas por el adolescente como para resolver la situación problema, 2) los apoyos percibidos por el adolescente como para dar posible solución al problema y

3) Afectos/emociones acompañantes de los apoyos percibidos (Cuadro 3.1.2)

3.1.2. “RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA”

Matriz de categorías, dimensiones y componentes

Resolución del problema	Acciones/Actividades del adolescente	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Actitudes pasivas (silencio no hablar con padres ni pares) ☐ Actitudes activas (huída, evitación, retraimiento, cortes, IAE, acciones legales)
	Apoyos percibidos	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Apoyos emocionales (pares, profesores, pareja, vecinos, familiares no conflictivos) ☐ Apoyos instrumentales (institución liceal, judicial, profesionales de la salud) ☐ Afectos o emociones (tranquilidad, confianza, bienestar psíquico)

Las acciones y/o actitudes de los entrevistados pueden ser ubicadas en una línea dimensional que va desde actitudes más pasivas a conductas que implican acciones concretas o actitudes activas. Actitudes/acciones pasivas consisten en mantener en “silencio el conflicto o problema”. No se habla del conflicto ni con los padres, adultos referentes, ni con pares. Actitudes/acciones activas son aquellas implementadas por los adolescentes con carácter más activo, a diferencia de las anteriores pero quedando igual en el ámbito de lo privado.

Los apoyos percibidos por el adolescente son aquellos vividos como apoyos emocionales e instrumentales. Los apoyos emocionales presentados por los datos son aquellos proporcionados por pares y familiares que no participan del conflicto familiar con el adolescente. Se encuentran también dentro del apoyo emocional las relaciones sociales cercanas inmediatas como profesores, parejas, vecinos, etc. El apoyo emocional por los pares se lo caracteriza como

confiables/continentes y que sirven para la diversión/distracción del adolescente frente a su problema. Los apoyos instrumentales son aquellos proporcionados por el entorno institucional educativo, principalmente. Los apoyos instrumentales pueden ser proporcionados por: la institución liceal, en oportunidad la institución judicial y aparecen con la capacidad de: a) Identificar y ser conocedores de la situación problema del adolescente, explicitar o denunciar el problema a otros. b) Búsqueda de soluciones alternativas (suministro de información, orientación/indicación, coordinación). c) Otros fueron los profesionales de la salud que intervinieron en alguna oportunidad actuando como orientadores/derivantes.

La “Experiencia de la consulta” fue una categoría explorada especialmente en la investigación. Se decidió ponerle esta nominación porque la población objetivo fue entrevistada luego de una experiencia inicial de intervención. La categoría “Experiencia de la consulta” contempla las propiedades: A) expectativas frente a la consulta, B) acceso a la consulta y C) percepción en las modificaciones.

3.1.3. CATEGORÍA CENTRAL “EXPERIENCIA DE LA CONSULTA”

Matriz categorial. Categoría central teórica-emergente y dimensiones

Experiencia de la consulta	Expectativa de la consulta	<ul style="list-style-type: none"> ▢ Búsqueda de bienestar (escucha, alivio, ayuda, explicación/sentido del problema) ▢ Búsqueda de cambio conductual, manejo del problema
	Acceso a la consulta	<ul style="list-style-type: none"> ▢ Iniciativa del entorno cercano ▢ Derivación por equipo de salud actuante ▢ Motivación propia de búsqueda
	Percepción en las modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▢ Disminución de tensión/regulación afectiva ▢ Modificación en relación a sí mismo ▢ Modificación en la relación con otros

Las expectativas de la consulta recogidas en los datos van en una escala dimensional de: 1) búsqueda de bienestar que comprende, escucha-alivio-ayuda/explicación-sentido del problema, 2) búsqueda de un cambio conductual en el adolescente es en referencia al manejo del conflicto.

En los datos aparece la búsqueda de un cambio conductual que redunde en el manejo del conflicto. El acceso a la consulta aparece desde un menor grado de implicación por parte del adolescente a un mayor grado de implicancia, como motor para la búsqueda de ayuda concreta. Lo anterior aparece reflejado en: 1) La iniciativa de la consulta es por un familiar cercano, a veces esta acción la concreta el involucrado en el conflicto familiar con el adolescente. 2) Derivación del equipo de salud que actuó con anterioridad. 3) Motivación propia en la búsqueda profesional.

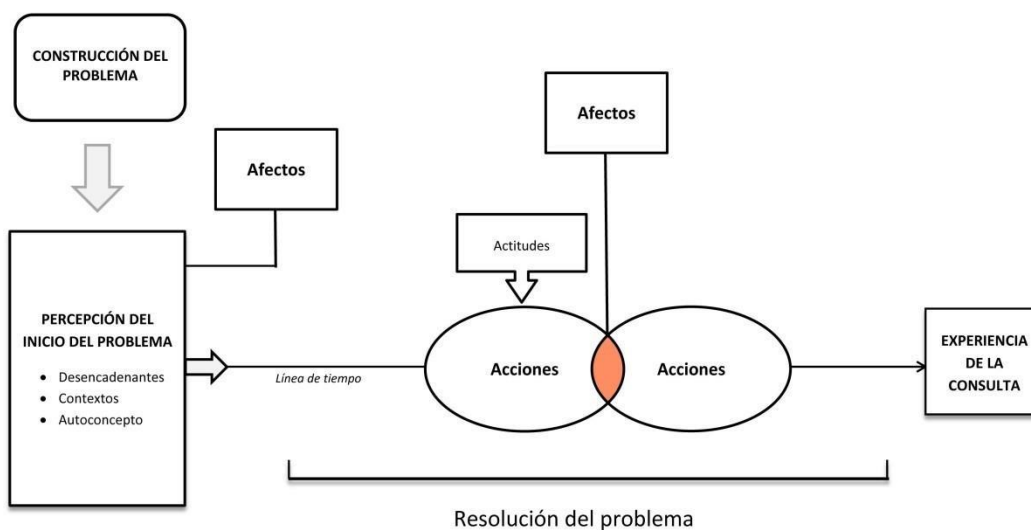
4. Aplicación del Análisis de Proceso

El análisis de proceso se le realizó con los datos proporcionados por las entrevistas a los adolescentes para lograr una mayor profundidad en el análisis de estos como consecuencia de una limitación metodológica que se presentó en el curso de la investigación. Consistió en la reducción del número de sujetos que componía la muestra, que implicó que se procediera a un análisis minucioso de los datos obtenidos para el logro de un análisis más profundo. A tales efectos se le aplicó a los datos la codificación de proceso del Análisis de Proceso de Análisis de Contenido Temático.

El análisis de proceso realizado consistió en un análisis transversal de todas las entrevistas que componían la muestra. Implicó la interrelación entre las subcategorías que se tornan presente en el transcurso que va desde la categoría central de “Construcción del problema” a la categoría central de “Experiencia de la consulta”. Se toma como un proceso en direccionalidad, como trayectoria, de la “Construcción del Problema” a la concreción de la consulta, representada por la “Experiencia de la consulta”. Se tomó como fenómeno de ese proceso, la trayectoria de las actitudes y acciones de los entrevistados que van desde la “Construcción del problema”, a partir de la “Percepción del inicio del problema”, hasta aquellas que llegan a la concreción de la “Experiencia de la consulta”. Las actitudes y acciones acompañadas de afectos o estados emocionales (véase cuadro 3.1) las que orientan las actitudes y acciones.

Se hizo una matriz condicional/consecuencial, como forma de descripción del proceso, sugerido por los autores Strauss & Corbin (2002). Las que conforman las condiciones y/o contexto donde se dan las acciones/interacciones de los entrevistados, conformando la “base estructural” del proceso (Diagrama 1. Matriz).

Diagrama 1 Matriz condicional/consecuencial



A partir de una línea ficticia de tiempo en direccionalidad que va desde la “Percepción el problema” a la concreción de la consulta, en el entendido que fuese el camino recorrido por los entrevistados para la “Resolución del problema”, el proceso se desarrolla a lo largo de toda la matriz contextual. Se conforma por la “Percepción del inicio problema”, como componente cognitivo, los “afectos o emociones” como los elementos afectivos y los componentes comportamentales, las actitudes-acciones/interacciones, que constituyen las formas de “Resolución del problema”. A lo largo de esa trayectoria se perciben permanencias y cambios en el transcurso a la siguiente categoría: “Experiencia de la consulta” como resultado final de un proceso interactivo. Se partió de la “Percepción del inicio del problema” acompañado de afectos/emocionales como confusión, ansiedad/angustia, enojo/rabia/envidia, depresión, tristeza, culpa, miedo/dolor. Se identificó la dinámica de ciertas acciones/actitudes de los adolescentes como intentos de solución a la situación problema. Las conductas implementadas fueron en principio conductas que se caracterizaron por ser del orden de lo privado o solitarias. Aparece el “silencio sobre la situación problema”, no se habla de ésta con padres, ni con pares, aspecto que implica un sufrimiento silencioso. Estas actitudes consideradas “pasivas”, se las pensó en llamar: “arreglárselas a solas” ya que no se acude al entorno cercano como para buscar apoyo para la solución al problema.

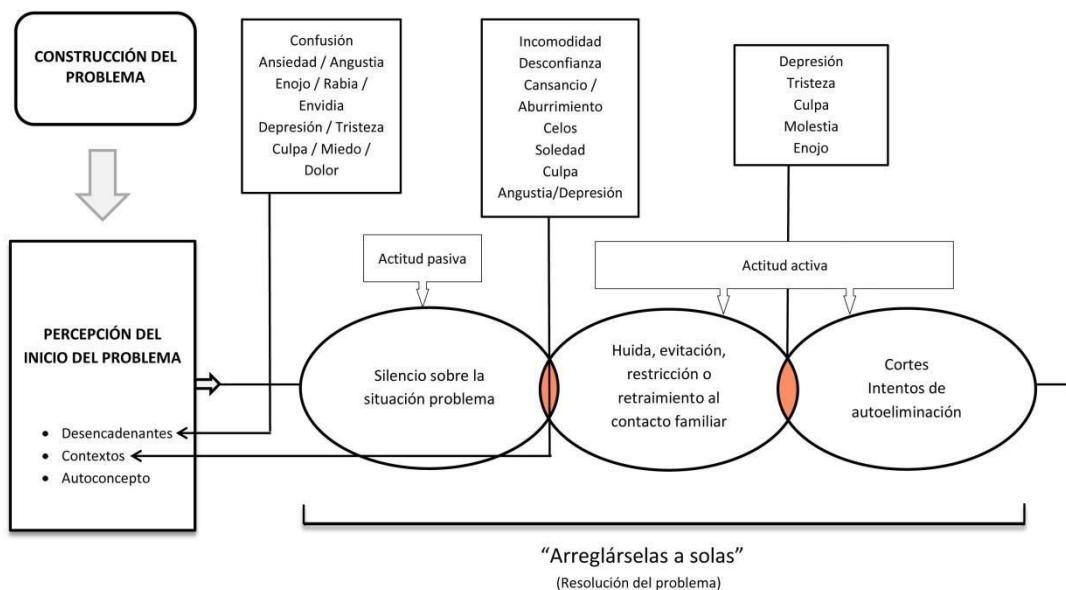
Por otra parte, se identificó actitudes asociadas a algo más “activo” en el que el adolescente hace un movimiento, si bien, queda dentro de lo privado. Aparecen las conductas de huida del ambiente familiar, evitación al contacto familiar y/o restricción o retraimiento del entorno familiar. En comparación con las actitudes anteriores, si bien puede mantenerse la actitud del silencio, estas actitudes entran en el orden de algo más activo simplemente, por retirarse del medio conflictivo.

El contexto familiar de estas conductas ubica afectos o emocionales como: confusión, incomodidad, desconfianza, enojo/cansancio/aburrimiento, celos, soledad, culpa, angustia, depresión.

Los afectos como confusión, incomodidad, desconfianza, enojo/cansancio/aburrimiento, celos, soledad, culpa, angustia, depresión son los que se dan en la intersección entre las acciones “pasivas” a las “activas”, sin que los afectos anteriores mencionados que acompañan a la “Percepción del inicio del problema”, desaparezcan.

Los afectos como la soledad, culpa, angustia, depresión, desconfianza, desprecio, molestia/enojo, dan pasaje a conductas que pueden ser ubicadas dentro del orden de las actitudes “activas” pero implican una dirección contra sí mismo, como ser: cortes en el cuerpo hasta intentos de autoeliminación (IAE). Estas últimas siguen en una descripción de “arreglárselas a solas”, como intentos de resolver el problema, siempre dentro del ámbito privado, sin recurrir al entorno circundante (Diagrama 2).

Diagrama 2 Actividades/acciones-Resolución del problema



Ante la percepción de los apoyos sociales emocionales, tanto de pares u otros sujetos del medio, los que comienzan a interesarse por la situación del adolescente, introduce un cambio en el contexto descrito hasta el momento. Este cambio marca un momento crucial de modificación en las acciones del adolescente, el que comienza con una serie de actitudes orientadas a recurrir el entorno como apoyo. La respuesta del entorno a la problemática de los adolescentes es un momento de inflexión en el que los adolescentes perciben al mismo como apoyo y les permite

hacer otras acciones que van en la dirección de hacer algo diferente como para resolver su problema.

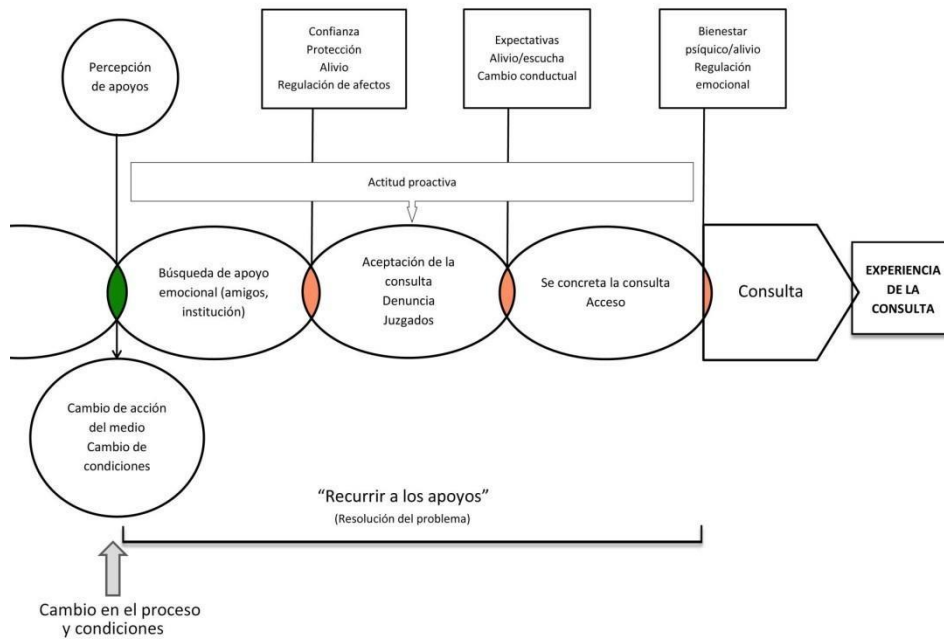
Se registra en primera instancia, una búsqueda de apoyo emocional en pares y/o adultos referentes dentro de las instituciones a las que pertenece o concurre el adolescente. Se genera la aparición de afectos como: tranquilidad, confianza, bienestar psíquico, sensación de protección, lo que sirve como alivio y regulación afectiva.

Este nuevo contexto da lugar a la aceptación del ofrecimiento de la consulta psicológica, a partir de la iniciativa de esos apoyos que pueden oficiar en casos como emocionales y/o instrumentales. Esta nueva situación introduce un cambio de actitud por parte de los entrevistados, la que se decidió en llamar actitudes “pro-activas” del adolescente. En la presente lógica aparece la aceptación activa de la consulta, en algunos casos se da la iniciativa propia por consultar y en otros, además, la búsqueda de otras soluciones alternativas dentro del entorno. En este sentido pueden aparecer conductas como las de efectuar denuncias o acudir a la intervención de otros profesionales (policías, jueces de familia, médicos, etc.).

Cuando la consulta se concreta, toman expresión las expectativas ante la atención psicológica. Las expectativas que aparecen son: la búsqueda de alivio/escucha/cambio conductual.

Al concretar o dar inicio a la consulta se genera la sensación de bienestar psíquico, alivio y regulación emocional. La línea que parte de la categoría “Construcción del problema” da paso a la dinámica del proceso de “Resolución del problema” que va de la activación de conductas “pasivas” a “activas” a “pro-activas”. Esta secuencia tiene lugar cuando el contexto y/o condiciones iniciales cambian, se reorienta la actitud del adolescente a nuevas acciones. El momento de inflexión para el cambio de actitud aparece cuando se da la articulación entre el interés del medio por lo que le sucede al adolescente y la percepción de éste, de posibles apoyos. Estas nuevas condiciones propician la direccionalidad a la consulta por atención psicológica, momento culmine del proceso (Diagrama 3).

Diagrama 3 A la Experiencia de la consulta



5. Conclusiones:

Desde el punto de vista metodológico en el análisis de datos en investigación en psicología clínica el Análisis de Proceso permite identificar la interrelación y dinámica de los fenómenos implicados. Los fenómenos subjetivos son complejos y no basta con identificar los elementos que los componen. Más allá que el ACT identifica, describe y analiza los fenómenos, el AP permite poner el acento en la complejidad que los caracteriza poniendo énfasis en la dinámica entre los mismos. Por lo anteriormente señalado se identifica el AP como un procedimiento pertinente y ajustado para el campo en la investigación de la psicología clínica. En el caso ejemplificado se pudo identificar los elementos que componen la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar. Se identifica y analiza la dinámica entre los componentes cognitivos-afectivos y las acciones/interacciones que conducen a los adolescentes a concretar la consulta psicológica. Se estimula a los investigadores en psicología a utilizar el método de Análisis de

Contenido Temático y el Análisis de Proceso para ahondar en el análisis de datos. Procedimiento que da cuenta de la dinámica de componentes la subjetividad y permite enriquecer las características y dinámicas del estudio del objeto de la psicología clínica.

Referencias bibliográficas:

Contino, S.; (2015), "Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario", Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UdelaR, recuperado en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/5478/1/Contino%2c%20Silvana.pdf>

Gómez Mendoza, MA.; (2012), Análisis de Contenido Temático, recuperado en: <https://metodologiaecs.wordpress.com/2012/05/20/analisis-de-contenidocualitativo-y-cuantitativo/>

Rodríguez Gómez, D., Valdeoriola Roquet, J., (2007), *Metodología de la Investigación*. Universitat Oberta de Catalunya, recuperado en: <http://www.uoc.edu>

Strauss, A., Corbin, J., (2002), *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía, Colombia, Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.

Valles, M., (1999), *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, 1999, España: Ed. Síntesis.

Vasilachis, I. (coord.), (2006), *Estrategias de Investigación Cualitativa, Biblioteca de Educación. Herramientas Universitarias*, España, Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

CONOCIMIENTOS Y OPINIONES DE DIRECTORES/AS DE INSTITUTOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO (URUGUAY) SOBRE LOS USOS DE DROGAS EN ÁMBITOS EDUCATIVOS DE ENSEÑANZA MEDIA

Juan Fernández Romar; Leticia Keuroglian y Claudia Sosa
(jfernandezromar@psico.edu.uy)

Resumen

Se presentan a continuación los resultados de un estudio mediante entrevistas con formulario estructurado, realizado en el año 2016 a 70 directoras/es de institutos públicos de enseñanza secundaria de la ciudad de Montevideo, sobre sus conocimientos y opiniones acerca de las diversas expresiones de usos de drogas en sus respectivos ámbitos de trabajo y competencia profesional.

Esta consulta permitió identificar y caracterizar tanto los recursos existentes como las acciones de respuesta ensayadas para afrontar problemas asociados al consumo de drogas en casi todos los establecimientos públicos de la capital (75 en total) cubriendo el 93% del universo considerado. Complementariamente posibilitó un reconocimiento del grado de información y comprensión de los directores/as en torno a la temática, su normativa específica y las herramientas disponibles para abordarla en sus entornos inmediatos de responsabilidad.

Se trata de la primera investigación específica en este campo luego del cambio marco regulatorio del cannabis en Uruguay.

Palabras claves: Drogas; enseñanza media; entrevista con formulario estructurado

Knowledge and opinions of directors of public institutes of secondary education of the city of Montevideo (Uruguay) on the use of drugs in educational settings of secondary education (2016)

Abstract

The results of a study through interviews with a structured form, carried out in 2016 with 70 directors of public high schools in the city of Montevideo, about their knowledge and opinions about the various expressions of drug use in their schools are presented below.

This consultation made it possible to identify and characterize both the existing resources and the response actions tested to face problems associated with drug use in almost all the establishments of the capital (75 in total), covering 93% of the universe considered.

Complementarily, it enabled a recognition of the degree of information and understanding of the directors regarding the subject, its specific regulations and the tools available to address it in their immediate environments of responsibility.

This is the first specific research in this field after the change in the regulatory framework for cannabis in Uruguay.

Keywords: Drugs; secondary education; interviews with a structured form

Introducción

Los marcos legales de los mercados de drogas evidenciaron profundos cambios en Uruguay durante la segunda década del siglo XXI. El más significativo fue la promulgación la Ley 19.172, en diciembre de 2013, que reguló tanto la producción, distribución y comercialización del cannabis con fines recreativos (solo para uso adulto) o medicinales, estableciendo un novedoso modelo en el panorama internacional que por la vía de la práctica y las costumbres modificó la inscripción cultural de esta planta en el país. Por esta vía y en forma complementaria, el Estado uruguayo asumió nuevas responsabilidades en la prevención del uso problemático de drogas así como en la educación e información sobre los usos y riesgos de marihuana, mediante la creación de una organización pública específica, Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA).

El novedoso marco institucional del cannabis se integró a una política más general sobre drogas que incluyó nuevas regulaciones en la comercialización tanto de bebidas como de tabaco respondiendo a la evidencia estadística de que estas drogas de comercio legal producían más problemas de salud que todas las demás drogas ilícitas juntas. Aunque el artículo 14 de la Ley 19.172 (2013) establece que tanto menores de 18 años como personas incapaces “no podrán acceder al cannabis psicoactivo para uso recreativo” un segmento de esa población la consume regularmente, abasteciéndose fuera del mercado regulado y no se han observado variaciones en las tendencias de uso luego de aplicación de la nueva ley. (OUD, 2018)

El presente estudio realizado en 2016 se propuso identificar y caracterizar los conocimientos y opiniones de directores/as de centros de enseñanza secundaria de carácter público de la ciudad de Montevideo sobre los eventuales usos de drogas en estudiantes y docentes en sus respectivos ámbitos de trabajo y competencia profesional. Fue el único de estas características que se ha

realizado luego del cambio del marco regulatorio en el país.

Por *opinión* se ha entendido en este trabajo, la expresión de verdad de un individuo sobre un tema específico en el cual no tiene porque haber recibido necesariamente instrucción específica. Complementariamente se parte de la base que toda opinión es un constructo social y no una elaboración singular de una persona ya que en su propio proceso de construcción han incidido factores institucionales, sistemas de relaciones sociales así como valores morales propios de un determinado lugar y tiempo. Asimismo, se aceptó la idea de que estas opiniones inciden a su vez en la construcción de actitudes hacia los diversos objetos sociales, físicos o simbólicos presente en el mundo. (Gros y Silva, 2006)

Metodología

Este estudio se inscribió en una serie de acuerdos de trabajo desarrollados entre 2011 y 2016 en diferentes centros educativos de la capital uruguaya enmarcados en un convenio tripartito establecido entre el Consejo de Educación Secundaria (CES), Junta Nacional de Drogas y Facultad de Psicología.

Para su realización se elaboró un formulario estructurado organizador de las entrevistas sobre la base de un estudio antecedente realizado por la Junta Nacional de Drogas/OUN (2005) para ser aplicado a Directores/as de centros públicos de enseñanza secundaria de la capital por estudiantes avanzados de Facultad de Psicología (Universidad de la República) convenientemente entrenados para esa tarea.

Aunque la información solicitada forma parte de los informes regulares que las direcciones remiten regularmente a las autoridades nacionales al incluir también algunas preguntas valorativas de diversos aspectos institucionales y contextuales se resolvió no georreferenciar las respuestas en el análisis, mantener el anonimato de los participantes, informarles sobre el carácter voluntario de su participación y solicitarles un consentimiento informado en forma previa a la consulta.

Para la sistematización, almacenamiento y procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) y la hoja de cálculo Excel 15.0.

La aplicación de la encuesta fue presencial y verbal en los respectivos centros de estudio. Al no recurrir en ningún caso a otras fuentes las respuestas dependieron de la memoria de las participantes y evidenciaron exclusivamente sus opiniones, creencias y conocimientos.

Como objetivos específicos se establecieron:

- Conocer y caracterizar las opiniones de los directores/as de centros de enseñanza secundaria de carácter público de la ciudad de Montevideo sobre el eventual consumo de

drogas en el establecimiento educativo que se encuentra a su cargo y en sus inmediaciones.

- ▢ Identificar el conocimiento de los directores/as en torno a la temática, su normativa específica y las herramientas disponibles para abordarla en el ámbito educativo.
- ▢ Identificar recursos y acciones de respuesta frente a problemas asociados al consumo de drogas que hayan sido ensayados en ese establecimiento así como los resultados obtenidos.

Las preguntas orientadoras para la elaboración de un cuestionario (organizado en torno a preguntas cerradas y abiertas) fueron las siguientes:

- ▢ ¿Qué características sociodemográficas, académicas y funcionales presenta el turno (o los turnos) del establecimiento a su cargo?
- ▢ ¿Existe conocimiento institucional sobre consumo de sustancias psicoactivas por parte de estudiantes y/o docentes de ese establecimiento?
- ▢ ¿Se ha desarrollado alguna acción institucional de afrontamiento de problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas en ese centro durante el último año?
- ▢ ¿Qué conocimiento institucional e información tienen sobre esta problemática en términos de manuales y/o diferentes herramientas de prevención existentes para abordar el tema?
- ▢ ¿Qué conocimiento tiene sobre la normativa específica existente?
- ▢ ¿Qué opina sobre la normativa vigente a partir de su experiencia profesional?
- ▢ ¿Cuál es la trayectoria profesional del director/a y que experiencia tiene en ese cargo?

Principales resultados

Perfil de las personas entrevistadas

Las 70 personas entrevistadas eran en su mayoría mujeres (55 directoras; 79%) con edades comprendidas entre los 30 y 63 años y un promedio de 51 años. En conjunto revelaron amplia experiencia docente con una media de 27 años de trabajo en ese campo. El 70% (49) tenían más de cinco años de experiencia en la dirección de algún centro de estudio y en promedio contaban con tres años de desempeño en el cargo.

En virtud de la experiencia revelada se puede concluir que se trata de profesionales con conocimiento del ámbito en que desarrollan sus funciones de dirección.

Descripción general de los establecimientos relevados según opinión de sus directores/as

Se logró entrevistar a 70 directores/as de un total de 75 existentes por entonces en la capital de Uruguay logrando así una cobertura del 93% del total de instituciones públicas habilitadas de

Montevideo.

Salvo una excepción todos los demás establecimientos contaban con dos o más turnos en horarios matutinos, vespertinos y nocturnos. Este estudio consideró las singularidades de cada turno al consultar a las direcciones y se establecieron las diferencias correspondientes.

Según las direcciones participantes de este estudio en 39 de estos centros (77%) se ofrece educación a personas de nivel socioeconómico medio-bajo o bajo y en 13 (19%) se percibieron altos riesgos de desvinculación de la institución educativa por parte de sus estudiantes.

Los niveles de conflictividad¹ reconocidos y declarados fueron mayoritariamente bajos; 45 de los participantes (64%) consideraron que el establecimiento a su cargo no presentaba situaciones preocupantes; 15 (21%) evaluaron las situaciones institucionales como de conflictividad media y sólo cuatro direcciones plantearon niveles altos de conflicto. Tres de estos casos correspondieron a zonas periféricas de la capital que evidencian grandes desigualdades estructurales en términos educativos así como en el acceso al mercado laboral y que revelan los menores índices de asistencia a la educación media del departamento (Pellegrino, 2018; Perera, 2018). El otro caso refiere a un establecimiento aluvional ubicado en una zona más céntrica al que asisten adolescentes de diversos barrios dentro de los cuales figuran algunas zonas con iguales características.

En 31 de los casos (44%) las direcciones manifestaron contar con un Equipo Educativo (antes llamado Equipo Multidisciplinario) adscrito a ese centro o bien de competencia territorial capaz de entender en situaciones conflictivas y conformado por psicólogos/as; asistente social; profesor/a orientador pedagógico (POP); educador/a social de práctica; y psicopedagogo/a.

Por regla general los padres de los estudiantes no participaban en las actividades organizadas y sólo en 19 centros (27 %) existía una Comisión de Padres activa que pudiese entender en alguno de los problemas detectados.

¹ Por conflictividad se explicitó a los participantes que debía entenderse como: "Todos aquellos fenómenos o hechos que supongan situaciones de enfrentamiento y vínculos problemáticos tanto al interior de la población estudiantil como entre ésta y sector adulto (equipo docente y no docente) de la institución."

Opiniones de las direcciones

Una gran mayoría (66; 94%) de los directores/as señalaron tener conocimiento sobre diversos tipos de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de su institución o bien de oferta de sustancias en las inmediaciones en virtud de la observación directa de estas situaciones; del hallazgo de evidencias físicas (restos de sustancias; colillas de cigarrillos; botellas de alcohol; etc) o bien a partir de denuncias realizadas por docentes (14; 20%) y/o estudiantes (20%).

Asimismo, en siete casos (10%) las direcciones reportaron la ocurrencia de alguna situación de emergencia clínica al constatar alguna intoxicación con alcohol u otras drogas en estudiantes durante el último año. Cinco de estas denuncias correspondieron a grandes establecimientos ubicados en zonas céntricas densamente pobladas y de nivel socioeconómico medio superior o alto. Las otras en cambio correspondían a liceos de nivel medio inferior según clasificación del Centro de Investigaciones Económicas (Perera, 2018). No hubo correspondencia entre estas denuncias de situaciones de emergencia con los centros de enseñanza observados como de alta conflictividad.

Los participantes observaron que en términos generales la sustancia que consideraban más consumida por los estudiantes era el alcohol (21; 30%); seguida casi en situación de paridad por el tabaco (19; 27%) y el cannabis (17; 26%). Existe una gran correspondencia entre estos guarismos y los observados en la VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (OUD, 2018) ya que en la misma se pudo apreciar un 27, 8% en la prevalencia de vida para el consumo de tabaco y de un 24,8% para el cannabis. Otra encuesta análoga realizada en 2016 reveló igualmente cifras muy similares (OUD, 2016).

Al solicitarles una eventual identificación de algún subgrupo poblacional en términos de sexo, edad o nivel escolar en el que los consumos son más evidentes cerca de una quinta parte (12, 18%) consideró que tales situaciones se tornaban más frecuentes a partir del tercer año de secundaria pero no se logró otro nivel de claridad al respecto.

Esta percepción -aunque minoritaria- resulta igualmente coincidente con lo observado en las encuestas nacionales mencionadas ya que en el entorno de los 15 años es cuando comienzan a apreciarse diferencias significativas en los consumos por razones culturales y evolutivas.

En la puerta y alrededores de los establecimientos es donde se percibe la mayor presencia de consumos de drogas entre los estudiantes ya que 59 participantes (84%) destacaron haber observado consumo de cannabis; 46 identificaron (66%) el uso de tabaco y 37 también mencionaron (53%) bebidas alcohólicas. Con guarismos sensiblemente más bajos encontramos la mención a pasta base en siete respuestas (10%); cocaína en cinco (7%) y psicofármacos en

cuatro (6%).

Consultados sobre la eventual percepción de consumos en espacios abiertos (patios, balcones, etc) en el transcurso del último año, 18 participantes (26%) respondieron haber percibido uso de cannabis; 15 señalaron lo mismo en relación al tabaco (21%) y 3 (4%) lo hicieron con bebidas alcohólicas.

La percepción de otros tipos de consumos como cocaína o psicofármacos fueron mínimos habiéndose registrado sólo dos respuestas afirmativas, una para cada sustancia.

En relación con la percepción de consumos en espacios cerrados de la institución (baños, corredores, etc) ocho de las direcciones encuestadas (11%) dijo haber constatado alguna situación de consumo de cannabis en esos espacios durante el último año y siete (10%) señalaron lo mismo sobre uso de tabaco.

El 39% (27) de las direcciones afirmaron que tenían conocimiento de la existencia de oferta de drogas en el centro educativo a su cargo y cerca de un 13% (9) creía que había oferta de cannabis a nivel intramuros tanto en espacios abiertos como cerrados del centro educativo.

El eventual consumo de drogas por parte de docentes no fue visto como algo problemático existiendo sólo algunas referencias aisladas a escasas situaciones percibidas de consumo de alcohol u otras sustancias.

La casi totalidad de directores/as (96%; 67) consideró importante o muy importante abordar reflexivamente el tema del consumo de drogas con los estudiantes y en 58 (83%) de los establecimientos considerados se habían realizado actividades con ese objetivo en el último año. Las actividades mencionadas como estrategia de afrontamiento fueron muy diversas y difíciles de generalizar ya que se trataba de una pregunta abierta que presentó numerosos matices y detalles en sus respuestas con diferentes componentes y combinatorias de ideas desplegadas por otros entrevistados. En las múltiples categorías de respuestas brindadas figuraban la instrumentación de talleres con recursos propios o eventualmente incorporando invitados; el abordaje del tema a nivel curricular en el Espacio Curricular Abierto; inclusión de padres en las estrategias preventivas; distribución de folletería; difusión y selección de participantes estudiantiles en concursos organizados por el Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de la Juventud (INJU) para sensibilizar sobre problemáticas asociadas a drogas así como la concurrencia con estudiantes a actividades centralizadas de educación en prevención de consumo de alcohol.

Siete de cada diez directores/as (49) creyó conveniente desarrollar regularmente estrategias de prevención específicas orientadas al estudiantado.

Situaciones problemáticas asociadas a drogas

La percepción del consumo de drogas en estudiantes así como la oferta de este tipo de sustancias en las inmediaciones de los establecimientos educativos y determinó que 20 centros (29%) formularan algún pedido de apoyo a la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

Dos de estas solicitudes ameritaron también un pedido complementario de apoyo a la Junta Nacional de Drogas (referente nacional en el tema) y en otro de los casos se estableció una coordinación específica con el Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (SOCAT) del Ministerio de Desarrollo; servicio público que procura la activación de redes de protección local a través de la participación de vecinos e instituciones públicas y privadas presentes en ese territorio.

Las veinte solicitudes formuladas a ANEP determinaron pedidos de apoyo multidisciplinarios para entender en conflictos específicos asociados a usos de drogas que implicaban a uno o más estudiantes. En tres de estos casos se solicitó intervención psicológica frente a problemas singularizados de consumo o violencia, así como un pedido de atención psicológica para un grupo específico de estudiantes.

Doce de las demandas formuladas (60%) no fueron satisfechas a juicio de las direcciones consultadas al no haber logrado un apoyo específico concreto o al no haber podido reforzar sus equipos y acciones con nuevos recursos.

Niveles de conocimiento e información sobre el tema

Al requerirles opinión sobre sus respectivos niveles de conocimiento e información sobre drogas, la mitad de los directores/as consideró que su conocimiento personal sobre el tema de drogas era bueno o muy bueno mientras que la otra mitad creía que el mismo era regular.

Cincuenta y tres personas entrevistadas (75%) declararon que ellos o alguien del equipo técnico del centro participó en alguna ocasión de capacitaciones en prevención de usos problemáticos de drogas y cuarenta de ellas lo hicieron aprovechando alguna instancia o curso brindado por la Junta Nacional de Drogas y cincuenta y cinco habían instrumentado alguna medida de prevención en el centro a su cargo (charlas; talleres; cartelería; folletería; cine foro; etc).

Veintiseis consultadas (37%) también habían participado de otras modalidades de capacitación desarrolladas por otras instituciones incluyendo tanto charlas como seminarios académicos específicos implementados por instituciones públicas y privadas del medio. El abanico de instituciones intervinientes en las capacitaciones descriptas es muy amplio y abarcan tanto cursos,

charlas o talleres instrumentados por el Consejo Directivo Central de ANEP; charlas solicitadas a servicios de salud públicos de referencia nacional o barrial (hospitales; cooperativas medicas; centros juveniles; policlinicas barriales); actividades promovidas por Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan en este campo; así como por universidades privadas e incluso una brindada por una Iglesia Evangélica.

La *Guía de Medidas Preventivas y Manejo de Situaciones Vinculadas a Usos Problemáticos de Drogas en Centros Educativos* (JND, 2004) configuró uno de los recursos bibliográficos más conocidos en ese ámbito. Cuarenta y nueve (70%) manifestó conocerla y de todas ellas treinta y tres (67%) la consideraron buena o muy buena. Catorce (28,5%) en cambio la evaluaron como regular, mala o muy mala en virtud principalmente de la desactualización derivada de su antigüedad.

Algo menos de la mitad (33; 47%) de los directores/as manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo con la actual regulación del cannabis; dieciseis (23%) declararon estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con la misma mientras que el resto no tenía opinión formada al respecto.

En relación al marco regulatorio del cannabis también treinta y tres de los entrevistados consideró que su conocimiento sobre el mismo era bueno o muy bueno. Contrariamente, nueve (13%) personas afirmaron que sus niveles de conocimiento e información eran malos o muy malos y el resto lo evaluó como ni bueno ni malo.

Cuarenta y dos encuestadas (60%) declararon no haber observado cambios en los tipos y modalidades de consumo de sustancias desde el establecimiento del nuevo marco regulatorio en diciembre de 2013 y cuarenta y nueve (70%) opinaron que no habían existido incrementos de las preguntas, las consultas o el interés evidenciado por los estudiantes y sus familias en torno al consumo de cannabis.

Principales conclusiones emergentes

- ▣ Más de las tres cuartas partes de los centros de enseñanza secundaria pública de Montevideo (77%) ofrecen –a juicio de las respectivas direcciones– educación a adolescentes que integran grupos poblacionales económicamente vulnerables y con altos riesgos de desvinculación.
- ▣ En la casi totalidad de los centros estudiados (94%) sus directores/as manifestaron tener conocimiento sobre consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de su institución o bien de oferta de las mismas en las inmediaciones del establecimiento.
- ▣ El 29% de las direcciones consultadas manifestaron haber realizado pedidos de apoyo a

las autoridades nacionales en educación frente a situaciones conflictivas vinculadas a drogas y en más de la mitad de los casos no consiguieron respuesta o poder sumar nuevos recursos específicos para un adecuado afrontamiento del problema. Asimismo se pudo observar que estos pedidos configuran situaciones complejas que exceden las posibilidades de acción de los equipos sus intervenciones. En tal sentido parece necesario generar dispositivos multidisciplinarios disponibles al tiempo que demandan continuidad y seguimiento en ad hoc con capacidad de respuesta rápida y potencial articulador de recursos interinstitucionales para el tratamiento de estos problemas.

- Mayoritariamente los padres no participan de las actividades organizadas por la institución y sólo en diecinueve centros (27%) existía algún grado de organización como para compartir la discusión y elucidación de los problemas que afrontan. Hay amplio consenso científico en la importancia del involucramiento familiar y que este constituye un factor de protección importante frente a los consumos de drogas sean estos tanto experimentales como regulares (Becoña, 2002; Olivera, 2008).

La institución educativa configura un polo de referencia exogámica significativo en el pasaje del universo familiar a otros ámbitos sociales y se convierte a menudo en un espacio simbólico donde se despliegan actitudes desafiantes y transgresoras frente al orden instituido de los adultos. Estos comportamientos forman parte en gran medida de los procesos evolutivos de maduración del adolescente pero muy habitualmente la institución educativa no puede por sí sola tramitar todos los problemas asociados a este proceso y se torna necesario una mayor implicación de los padres en la gestión de los conflictos y riesgos emergentes. Procurar modos de acercamiento, diálogo y acuerdos con las familias de los adolescentes en torno a estos problemas se torna imprescindible para minimizar los riesgos. No obstante, se trata de aguzar la inventiva ya que este tipo de alianzas son habitualmente difíciles de establecer.

- Menos de la mitad de los centros contaba con apoyo de un Equipo Educativo para abordar interdisciplinariamente los problemas emergentes.
- Los usos de drogas constituyen un problema de interés en los niveles de gestión y dirección de la enseñanza media pública uruguaya que aún no encuentra canales orgánicos para una adecuada tramitación y resolución.
- La casi totalidad de directores/as evaluó como importante o muy importante abordar la problemática del consumo de drogas con los estudiantes y en la gran mayoría de los establecimientos considerados ya han instrumentado alguna actividad en este sentido.
- Aunque en su mayoría los/as directoras/es (o alguien que designaron en su lugar) han

participado de instancias formativas o informativas en relación con el tema la mitad consideró que su conocimiento sobre el tema era regular por lo que convendría fortalecer y renovar la oferta sobre la base de un estudio de las nuevas realidades emergentes en la postpandemia. Escenario probablemente abigarrado de nuevas manifestaciones problemáticas que aún no se conocen.

- El 60% no observó cambios significativos en los tipos y modalidades de consumo de drogas desde el establecimiento del nuevo marco regulatorio ni un incremento de consultas al respecto. Esta percepción resulta coincidente con los datos obtenidos en las últimas encuestas nacionales sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (OUD, 2016 y 2018) en las que no se visualizaron diferencias estadísticamente significativas en cuestiones de acceso y consumo.
- Una de las limitaciones más evidentes de este trabajo ha sido circunscribirse a la capital siendo el interior del país una incógnita en relación con los temas indagados.
- El desafío más notorio sigue siendo determinar las estrategias de prevención más adecuadas en este ámbito en términos de tipo de información; formas de inclusión del grupo familiar; estrategias de sensibilización más pertinentes; participación de otras instituciones a nivel territorial; articulación interinstitucional a nivel nacional y local; formación específica de los cuerpos docentes; generación de dispositivos de escucha, seguimiento y derivación de casos especialmente problemáticos que paradójicamente no son percibidos institucionalmente como problemas de gran relevancia o bien que no hay estrategias de respuesta instituidas para un eficaz afrontamiento.
- Por último, las opiniones relevadas dan cuenta de múltiples aporías y contradicciones coexistentes en un sistema complejo como el educativo. Dado que las representaciones sociales están siempre articuladas con la praxis cotidiana y considerando la importancia que tienen las sustancias psicoactivas en la cultura contemporánea se torna necesario establecer dispositivos de actualización informativa y reflexión sobre este abigarrado constructo que permita esclarecer los problemas asociados a sus consumos y prevenir otros posibles de mayor complejidad.

Referencias bibliográficas

- ▣ Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- ▣ Olivera, G. (2008). El papel de la familia como factor de protección. SND. Montevideo, Uruguay.
- ▣ Pellegrino, L. (2018). Mercado de vivienda y segregación residencial: expresiones de la desigualdad social en Montevideo. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22312/1/TS_PellegrinoLucia.pdf
- ▣ Perera, M. (2018). Índice de Nivel Socioeconómico. Propuesta de actualización. Montevideo: CINVE. Disponible en: https://portal.factum.uy/pdf/INSE_informe_2018.pdf
- ▣ Poder Legislativo (2013). Ley N° 19.172 Marihuana y sus derivados control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013/8>
- ▣ Gros, B., & Silva, J. (2006). EL PROBLEMA DEL ANÁLISIS DE LAS DISCUSIONES ASINCRÓNICAS EN EL APRENDIZAJE COLABORATIVO MEDIADO. Revista De Educación a Distancia (RED), (16). [fecha de Consulta 19 de Febrero de 2021]. Disponible en: <https://revistas.um.es/red/article/view/24251>
- ▣ Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) (2005). Presencia y Proximidad de las Drogas en Enseñanza Media Estudio Cualitativo Complementario de Encuesta a Estudiantes. Informe de Avance. Inédito, Junta Nacional de Drogas, Montevideo.
- ▣ Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) (2016) VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-estudiantes-ensenanza-media>
- ▣ Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) (2018) VIII Encuesta Nacional sobre Consumo

de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Disponible en:

[https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VIII Encuesta Nacional consumo drogas estudiantes ense%C3%B1anza media 2020.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VIII_Encuesta_Nacional_consumo_drogas_estudiantes_ense%C3%B1anza_media_2020.pdf)

- ▯ Junta Nacional de Drogas (2004). Guía de Medidas Preventivas y Manejo de Situaciones Vinculadas a Usos Problemáticos de Drogas en Centros Educativos. Disponible en:

[http://archivo.presidencia.gub.uy/web/noticias/2005/06/guia medidas prev centros educ.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/web/noticias/2005/06/guia_medidas_prev centros educ.pdf)

LOS INICIOS DEL PSICOANÁLISIS CON NIÑOS EN EL URUGUAY (1900 A 1950)

ANA MARÍA FERNÁNDEZ CARABALLO
(amfernandez@psico.edu.uy)

RESUMEN

En este artículo se presentan los resultados del proyecto de investigación «Concepción del psicoanálisis con niños en el Uruguay de la primera mitad del siglo xx». En particular, se trató de visibilizar qué concepciones o ideas sobre la infancia se desprenden del psicoanálisis leído e interpretado en nuestro país y, a partir de allí, dilucidar los efectos que se han producido en las teorías y prácticas en la clínica psicoanalítica con niños.

Se realizó un estudio de corte histórico-discursivo, basado en técnicas descriptivas y comparativas que permitieron analizar documentos (artículos, narrativas, historiales y relatos clínicos) provenientes de las teorías y prácticas médicas (pediatría, psiquiatría infantil), y de los saberes *psi* (psiquiatría, psicología y psicoanálisis). El fin principal consistió en desentrañar los diferentes discursos que instalaron ideas sobre las prácticas clínicas en las infancias en el Uruguay para problematizar el presente.

Palabras clave: psicoanálisis con niños/as, infancia, discurso

THE BEGINNINGS OF PSYCHOANALYSIS WITH CHILDREN IN URUGUAY (1900 TO 1950)

Abstract

This article presents the results of the research project «Conception of psychoanalysis with children in Uruguay in the first half of the 20th century». In particular, the aim was to visualize what conceptions or ideas about childhood emerge from psychoanalysis read and interpreted in our country and, from there, to elucidate the effects that have occurred in the theories and practices in the psychoanalytic clinic with children.

A historical-discursive study was carried out based on descriptive and comparative techniques that allowed the analysis of documents (articles, narratives, histories and clinical reports) from medical theories and practices (pediatrics, child psychiatry), and from *psi* knowledge (psychiatry,

psychology and psychoanalysis). The main purpose was to unravel the different discourses that installed ideas about childhood clinical practices in Uruguay to problematize the present.

Keywords: psychoanalysis with children, childhood, discourse

Presentación

En este trabajo me propuse,² de manera sintética, dar cuenta de las ideas sobre infancia vinculadas al psicoanálisis, más específicamente al «psicoanálisis con niños/as», en la primera mitad del siglo xx en el Uruguay.³ En particular, he intentado desentrañar qué concepciones sobre infancia se desprenden del psicoanálisis leído e interpretado en nuestro país. Se trata de un estudio de corte histórico-discursivo (Foucault, 1969) que permitió analizar documentos (artículos, historiales y relatos clínicos) provenientes de las teorías y prácticas médicas (pediatría, psiquiatría de la infancia), y de los saberes *psi* (psiquiatría, psicología y psicoanálisis). Asimismo, me ha interesado visualizar rasgos⁴ y singularidades uruguayas sobre las nociones de infancia provenientes de dichos discursos *psi*, sus teorizaciones y las prácticas subyacentes.

Para ello, partí de las siguientes preguntas: ¿se puede decir que existan particularidades con respecto a las teorías y prácticas *psi* (psicología, psicoterapia, psicoanálisis, psiquiatría) en la infancia en el Uruguay? Más allá de la utilización de autores y teorías psicoanalíticas ya existentes, ¿hay alguna producción propia de esos saberes y discursos en el Uruguay? Es más, ¿cuál fue la incidencia de la llegada del psicoanálisis en los discursos y prácticas *psi* en la infancia? Para acercarme a dichos cuestionamientos, trabajé con documentos extraídos de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *Archivos de Pediatría del Uruguay*, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* y con el «Informe» que en 1945 Reina Reyes presenta al Consejo del Niño (publicado en 1946, en Buenos Aires, en el libro *Psicología y reeducación*) que abarcan la primera mitad del siglo xx.

Según Caetano y Rilla (1994) en *Historia contemporánea del Uruguay*, los movimientos del psicoanálisis en nuestro país siguen la siguiente periodización: 1930-1955 «Génesis del psicoanálisis en el Uruguay»; 1956-1972 «Consolidación y entrada del psicoanálisis en la

² Producto del proyecto de investigación de posdoctorado «Concepción del psicoanálisis con niños en el Uruguay en la primera mitad del siglo xx» (inscripto en CIC-P, Facultad de Psicología, Udelar). Estos resultados también serán publicados en el libro: Fernández Caraballo, A. M. (2022). *Infancias, pedagogías y saberes psi en el Uruguay de la primera mitad del siglo xx*

³ La investigación está dividida en tres partes: 1. Primera mitad del siglo xx, 2. Década del cincuenta hasta 1984, y 3. De 1985 hasta el presente. Las otras partes se desarrollarán en el proyecto «Concepción del psicoanálisis con niños en el Uruguay desde 1955 al presente bajo mi dirección, inscripto en el Instituto de Psicología Clínica y en CIC-P, Facultad de Psicología, Udelar).

⁴ En el sentido planteado por Ginzburg (1994) cuando menciona que hay saberes que son indirectos, basados en signos y vestigios de indicios que son conjeturales.

Universidad»; 1973-1984 «Dictadura militar, exclusión y formación de grupos de estudio 'no oficiales'» y de 1984 en adelante «La actualidad con una gran proliferación de escuelas y asociaciones psicoanalíticas». Entonces, de acuerdo con lo anterior, es claro que esta investigación, que abarca la primera mitad del siglo XX, cubre un período anterior a la «Génesis del psicoanálisis en el Uruguay». Por consiguiente, hay un tiempo en el que el psicoanálisis se encontraba disperso en diferentes campos de saber. Vale decir, que hay un «tiempo oficial» de la historia del psicoanálisis en Uruguay (como lo hay en Argentina, Brasil, Chile o cualquier otro país), que refiere a las fundaciones, en cada sitio, de las asociaciones o escuelas psicoanalíticas,⁵ y un período «preoficial», en el cual las teorías y prácticas psicoanalíticas se encontraban dispersas en otros campos de saber. Ahora bien, sabemos, a través de varios estudios realizados por historiadores e investigadores,⁶ que el psicoanálisis en Latinoamérica entró,⁷ inicialmente, por vías diversas: psiquiatría, psicología, educación, escritura, arte. Es más, de manera similar a otras partes del mundo, los textos y el pensamiento de Freud fueron utilizados por un público muy heterogéneo. Entonces, es posible decir que existe una recepción de las ideas freudianas «oficial» y una «no oficial», con sus particularidades. Además, el psicoanálisis se cruza con los otros *saberes psi* (psiquiatría, psicología, psicoterapias y, agreguemos, psicopedagogía) por lo tanto, las historias de cada uno de esos discursos lo contienen de alguna manera.

Ideas freudianas sobre infancia

Las conceptualizaciones modernas sobre las infancias y la entidad niño/a se constituyen desde el siglo XVI hasta el siglo XIX⁸ como resultado de diversos discursos en los que afloran procedimientos médicos, psicológicos, educativos y jurídicos. Por lo tanto, los estudios sobre las infancias (o la entidad niño/a) deben abarcar los discursos que las han constituido. Al respecto, varios estudiosos sobre las infancias en Latinoamérica (Bustelo, 2012; Carli, 2015; Espiga, 2015; Lionetti, 2018;

⁵ La Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) es la primera en fundarse en Latinoamérica en 1942, la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH) en 1949 y la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) en 1956.

⁶ En la actualidad contamos con varios libros que estudian la historia de las disciplinas *psi* en el Uruguay y disciplinas aledañas: historia de la medicina, historia de la locura, historia de la psicología, historia de la psiquiatría, de la eugenesia, de la criminología, entre otras. Al respecto ver Barrán, 1993, 1995; Bruno, 2001; Caetano y Rilla, 1994; Duffau, 2017; Medici de Steiner, 1988; Pérez Gambini, 1999; Tuana, 1993; Vomero, 2009, entre tantos otros.

⁷ Sobre la historia del psicoanálisis en la región ver Alfonso y Mandelbaum, 2017; Bloj, 2013; Faccinetti, 2018; Marín, 1995; Ruperthuz, 2013; Ruperthuz y Plotkin, 2017.

⁸ Al respecto ver: Philippe Ariès (1986, 1987), Ariès y Duby (1991), Élisabeth Badinter (1981) y Michel Foucault (1975-76).

Skliar, 2012; Zapiola, 2018, entre otros) señalan la complejidad que implica abordar dichos discursos.

Ahora bien, el psicoanálisis no ha estado por fuera de la determinación que el discurso moderno produjo en la condición de las infancias, la minoridad y *lo niño*,⁹ y, si bien desde sus comienzos ha desarticulado los planteos provenientes de la psicología y de la pedagogía, también es posible observar que se vio, muchas veces, entrampado en dichos discursos. Una de las nociones freudianas que aportó ideas sobre las infancias es la de «neurosis infantil»,¹⁰ vinculada a varios conceptos psicoanalíticos. En la obra de Freud se construye, por un lado, como una noción que se deduce en el análisis del adulto neurótico y, por otro, como la neurosis en sujetos de corta edad (vale decir, niño/a). Dicha formulación atraviesa gran parte de su obra, siguiendo los avatares teóricos sobre sexualidad (fundamentalmente, sobre los complejos de Edipo y de castración, las fases de la evolución psicosexual y las teorías sexuales infantiles), la pulsión, el síntoma y la angustia. En tres de sus casos (Dora, Hans y el «Hombre de los Lobos») se leen las concepciones de Freud sobre niño/a, infancia y «neurosis infantil». Es más, es en el caso del «Hombre de los Lobos» en el cual enuncia de forma explícita dicha noción y, de hecho, nombra el caso como «De la historia de una neurosis infantil». Ahora bien, ¿en qué ha contribuido la «neurosis infantil» en la creación de las nociones sobre las infancias?, ¿qué efectos teóricos produjo en las teorías y prácticas *psi*? Y, ¿cómo se ha abordado en nuestro país en la primera mitad del siglo xx?

Si bien es posible afirmar que Freud necesitó tiempo para interesarse en el psicoanálisis con niños/as, muy tempranamente en su investigación deduce que, para comprender la neurosis en el adulto, es fundamental «estudiar la vida sexual de los niños». Esto es, hay sexualidad en los niños y es a partir de ella y con ella que el niño construye un saber al modo de investigación y de teorías —*investigación sexual infantil y teorías sexuales infantiles* (Freud, 1996 a y c). Dice al respecto que: «A la par que la vida sexual del niño alcanza su primer florecimiento, entre los tres y los cinco años, comienza, también, una actividad que se adscribe a la pulsión de saber o de *investigar*» (Freud, 1996a, p. 175). Para Freud (1996a), es central la relación que existe entre la «pulsión de saber» y la vida sexual, no solamente del niño, ya que esta la ha deducido de los tratamientos con adultos: «por los psicoanálisis hemos averiguado que la pulsión de saber de los niños recae, en forma insospechadamente precoz y con inesperada intensidad, sobre los problemas sexuales, y aun quizás es despertada por estos» (pp. 175-176). El germen de la conceptualización sobre

⁹ Con la expresión *lo niño* hago referencia a una condición que ha sido conflictiva en los planteos del psicoanálisis. Refiere a la infancia como condición, a la niñez como un tiempo determinado de la vida, pero también a aquello que de *lo niño* se conserva en el adulto. Al respecto ver Fernández Caraballo, 2020b, 2019, 2018, 2015 y 2006.

¹⁰ Al respecto ver Fernández Caraballo, 2019.

dichas nociones se encuentra en su primera teoría sobre la histeria cuando plantea que los neuróticos habían padecido en la niñez la seducción de un adulto, indicando allí un factor causal. En el caso Dora (Freud, 1996b, p. 20), ya se visualiza el planteo sobre la «neurosis infantil» a pesar de que no se diga explícitamente. Indica que los trastornos y los «síntomas neuróticos» de Dora comenzaron a los ocho años. Y, a medida que avanzaba el tratamiento, Freud se ve llevado a indagar y explorar, cada vez más, en el material de la infancia de la paciente, localizando síntomas infantiles (migrañas, disnea asmática, enuresis infantil, etc.).

En ese mismo tiempo produce una teoría sobre la sexualidad humana que plasma en los «Tres ensayos de teoría sexual» (Freud, 1905a). Finaliza el primero diciendo que los neuróticos conservan «*el estado infantil* de su sexualidad o han sido remitidos a él». Entiende que: «nuestro interés se dirige a la *vida sexual del niño*; estudiaremos el juego de influencias en virtud del cual el *proceso de desarrollo de la sexualidad infantil* desemboca en la perversión, en la neurosis o en la *vida sexual normal*» (Freud, 1996a, p. 156).¹¹ Le dedica el segundo de los ensayos a la sexualidad infantil, definiéndola como «autoerótica» y «perversa polimorfa», además, señala que «un estudio a fondo de las manifestaciones sexuales de la infancia revelaría probablemente los rasgos esenciales de la pulsión sexual, dejaría traslucir su *desarrollo* y mostraría que está compuesta por diversas fuentes» (Freud, 1996a, p. 157). Los trastornos y síntomas en los niños son conceptualizados como marcas de su sexualidad que tendrán como efecto la formación del carácter en el adulto o puntos de fijación donde remiten los síntomas de los adultos neuróticos.

Por su parte, en 1909, en el caso Hans («Análisis de la fobia de un niño de cinco años»), Freud, si bien aún no habla de una neurosis infantil —e incluso plantea que Hans no es el único niño que produce una fobia en algún momento de su infancia—, considera que las fobias son frecuentes en los niños, ceden y se curan. Agrega un dato más, si las fobias se tratan en la niñez, entonces no predispone al sujeto a contraer una neurosis (Freud, 1996d, p. 91). El caso Hans le sirve para confirmar las construcciones que ha realizado sobre la sexualidad infantil extraídas del análisis de adultos.

Una década después, en las «Conferencias de introducción al psicoanálisis» de los años 1916 y 17 (Freud, 1996e), dirá que el síntoma repite de algún modo una modalidad de satisfacción de la temprana infancia desfigurada por el conflicto. Ahora sí, de manera explícita, habla de la existencia de neurosis infantiles que se contraen como consecuencia directa de lo que denomina las

¹¹ Todos los resaltados en cursiva de las citas son míos.

«vivencias traumáticas». No existe en estas últimas un diferimiento temporal, como en las neurosis del adulto, entre el momento traumático y la eclosión de los síntomas. De hecho, confirma que las neurosis infantiles son muy frecuentes y que, viéndolas retrospectivamente, desde algún momento posterior siempre es fácil individualizarlas. Si en períodos más tardíos de la vida estalla una neurosis, el análisis revela que es la continuación directa de aquella enfermedad infantil, constituida únicamente por indicios. Es más, hay casos en los que la neurosis infantil prosigue sin interrupción y dura toda la vida. Por otra parte, está la idea de que en el «adulto neurótico persisten *elementos infantiles* que se expresan en los síntomas» (Freud, 1996e, p. 330).

En esta época, Freud se lamenta de no haber podido analizar más que unos pocos casos de neurosis infantil, en su estado de neurosis actuales en el niño, y que, con mayor frecuencia, es a través de la enfermedad contraída en la edad adulta que se puede entender, con posterioridad, la neurosis infantil de esa persona. Es en el caso del «Hombre de los Lobos» de 1918 que Freud (1996f) tiene la posibilidad de evidenciar una neurosis infantil, es más, «lo que está en discusión es el *valor del factor infantil*. La tarea se circunscribe a *hallar un caso apto para demostrar ese valor* fuera de duda» (p. 52). Empieza por «pintar *el mundo del niño* y por comunicar de su *historia infantil* todo aquello que se averiguó sin esfuerzo y a lo largo de varios años» (p. 14). Localiza la aparición de una fobia a la imagen del lobo cuando contaba alrededor de cuatro años, una fobia que se inicia con el sueño de la ventana abierta y la visión de los lobos blancos encaramados a un árbol, mirándolo fijamente, sueño que provoca el despertar del niño gritando angustiado. Tras ese sueño se esconde la «causación de una neurosis infantil que será tema de estas comunicaciones» (p. 32). En su primera infancia el paciente «estuvo dominado por una grave perturbación neurótica que se inició, poco antes de cumplir los cuatro años, como una histeria de angustia (zoofobia)» (pp. 9-10). Esta «fobia infantil» *evoluciona*, para Freud, hacia una neurosis obsesiva grave de carácter religioso, con ritos, compulsiones y pensamientos obsesivos severos. Además, la causa de la neurosis del adulto es la incidencia de un «trauma sexual infantil» (la supuesta visión del *coito a tergo* entre los padres cuando el niño contaba con dieciocho meses y la experiencia posterior de la seducción sexual por parte de la hermana). Por tanto, Freud se ve llevado a establecer a partir de este caso la hipótesis de la existencia de una «neurosis infantil» anterior a la «neurosis del adulto». Entonces, para él, el «Hombre de los Lobos» es un caso de neurosis en la infancia que se continuó con la neurosis del adulto. Ello le sirvió para probar sus hipótesis de que en el adulto neurótico persiste la neurosis de la infancia. Y, a partir de ahora, pone a prueba dicha hipótesis mediante el acceso a la clínica directa con niños, como sucede con

Hans. De hecho, a partir de 1926, en «Inhibición, síntoma y angustia» (Freud, 1996h), realiza una nueva lectura del caso Hans, comparándolo con el caso el «Hombre de los Lobos» y deja plasmado lo que entiende allí por neurosis infantil.

Si bien todavía Freud no ha logrado la distinción entre la neurosis infantil, que se reconstruye en el análisis del adulto, y la neurosis infantil propia del niño (a través de los síntomas en el niño), es en este momento, como bien indica Porge (1990, p. 68), que «la cuestión que se plantea es saber si esta neurosis se encuentra en los niños o no». Además, el concepto de neurosis infantil resultó clave no solo para la teoría y clínica del psicoanálisis con niños, sino también para la teoría y clínica con los adultos.

Desde el historial del «Hombre de los Lobos» hasta el texto «Inhibición, síntoma y angustia», la neurosis infantil es el tiempo que el sujeto requiere para elaborar el encuentro con la castración. De hecho, la subjetivación de la castración es una condición necesaria para el logro de una construcción psíquica, salida por represión (*Verdrängung*), a diferencia de la salida por la forclusión o desestimación (*Verwerfung*), propia de la psicosis, y de la salida por la desmentida (*Verleugnung*), propia de la perversión. Por otra parte, a lo largo de la neurosis infantil se juega la culminación de la sexualidad infantil. Es un «episodio *regular del desarrollo*, trascendental, cuya duración es más o menos larga y cuya curación es espontánea en la mayoría de los casos» (Freud, 1996h p. 55). Freud recorta en su investigación clínica sobre la neurosis del adulto un doble complejo, el complejo de Edipo y el complejo de castración. El niño se encuentra confrontado, de forma necesaria, a este doble complejo, aproximadamente, entre los tres y los cinco o seis años. Al año siguiente, en 1927, en «El porvenir de una ilusión», Freud (1996i) precisa más su noción de neurosis infantil. La identifica con la crisis edípica: «acerca de los niños, sabemos que no pueden recorrer bien su *camino de desarrollo* hacia la cultura sin pasar por una fase de neurosis» y agrega: «La mayoría de estas neurosis de la infancia se superan espontáneamente en el curso del crecimiento; en particular, las neurosis obsesivas de la niñez tienen ese destino» (p. 42).

Finalmente, en las «Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis», en la Conferencia n.º 34, de 1932, realiza una diferenciación fundamental entre «estados propios de los niños» y la «neurosis». Dichos estados pasan a ser la regla en los niños y no la «neurosis infantil» (Freud, 1996j).

En estos últimos textos se leen de forma explícita las construcciones freudianas sobre niño/a y neurosis infantil y, por lo tanto, una manera de concebir la infancia. Fabrica una idea de niñez que es cronológica y a la vez no cronológica. En el recorrido de su obra, se puede visualizar la distinción entre la neurosis de la infancia o del niño/a y la neurosis infantil, que se hace evidente desde el

relato del adulto (el resto que queda de lo infantil en el adulto) como es el caso del «Hombre de los Lobos».

Por último, me interesa remarcar la insistencia freudiana en términos tales como «normalidad», «proceso» y «desarrollo», todos ellos propios de la psicología evolutiva, de las edades o del desarrollo que se despliegan y producen durante todo el siglo XX hasta hoy, afectando directamente al campo psicoterapéutico, psicológico, pedagógico y psicopedagógico. Como veremos, en nuestro país, sobre todo en las primeras décadas del 900, se leyeron más estas ideas freudianas que las novedades fundamentales del psicoanálisis.

Efectos de las ideas freudianas sobre infancias en el *psicoanálisis con niños*

Ahora bien, ¿qué consecuencias tuvieron estas ideas en los posteriores psicoanálisis?, y, ¿qué efectos produjo en la región y en particular en Uruguay? Dichas construcciones fueron aceptadas como verdades absolutas, sobre todo, en los trabajos sobre psicoanálisis con niños. Los primeros discípulos de Freud se dedicaron a buscar casos que demostraran sus postulados y construyeron algunos similares al de «Hans» o al «Hombre de los Lobos». De hecho, Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Anna Freud y Melanie Klein afianzaron las ideas freudianas sobre el/la niño/a, la infancia y la neurosis infantil. Al respecto, es muy importante indicar que en 1965 se publica un libro que compila casos de los más conocidos teóricos del psicoanálisis con niños que se leían y utilizaban en Argentina y Uruguay (nombrado muchas veces como el *psicoanálisis del Río de la Plata*) desde décadas atrás. Dicho libro se editó bajo el título *Grandes casos del psicoanálisis de niños* bajo la autoría de Klein, Abraham, Ferenczi, Spitz, Anna Freud, Ackerman, Winnicott, Erikson; con el «Prólogo» de Evelina Vengerow y Santiago Dubcovsky (1965).¹² Los prologuistas inician el texto diciendo:

El psicoanálisis de niños es una especialidad que cada vez se va difundiendo más y adquiriendo una importancia trascendental por sus implicaciones preventivas y curativas y por la influencia en la educación, la puericultura, la pediatría y la medicina en general. (Vengerow y Dubcovsky, 1965, p. 8)

¹² Si bien dicha publicación excede las décadas estudiadas, como he indicado, se publica esta compilación dado el gran interés que revestían estos autores en el Río de la Plata desde décadas anteriores. Por lo tanto, se vuelve un material especial para nuestros fines.

Esta cita muestra, de manera explícita, los discursos de la época (higienismo, eugenesia, desarrollismo)¹³ que fueron aplicados a través de la educación, la medicina y los saberes *psi*. Hubo, entonces, un psicoanálisis que se alineó a dichos discursos y se aplicó siguiendo esas propuestas.

Los prologuistas, además, reconocen que el caso Hans de Freud debería formar parte de esta colección, dado que es «el origen del psicoanálisis infantil». Seleccionaron casos de Abraham y Ferenczi por tratarse de los «precursores del psicoanálisis de niños» que «utilizan las mismas técnicas que Freud empleó con Juanito» (Vengerow y Dubcovsky, 1965, p. 8). Aunque entienden que es con Melanie Klein y Anna Freud que «nace el verdadero Psicoanálisis de niños» y ellas resultaron ser las «dos grandes psicoanalistas, líderes de dos distintas escuelas» (Vengerow y Dubcovsky, 1965, p. 9). Continúan con otros autores que no me detendré, ya que pertenecen a un tiempo posterior a la década del cincuenta. A modo de muestra presentaré algunos ejemplos que visibilizan la manera en que se leyó y se aplicó el psicoanálisis en el Uruguay.

En *Psicoanálisis clínico*; en especial en los capítulos «La niña que tenía pesadillas», «El chico que no quería pasear» y «La 'novia' de papá»; Karl Abraham (1959, p. 15) dice que tiene la oportunidad de mostrar sueños infantiles en los que «el sujeto del sueño presencié el comercio sexual a una edad temprana» y de dar cuenta de la «reacción ante ese hecho en un niño predispuesto a la neurosis». Se trata de extractos clínicos destinados a demostrar los postulados freudianos relacionados a la neurosis infantil y a la clínica con niños: la importancia de la sexualidad infantil, la influencia de la escena primaria y la represión del complejo de Edipo en las neurosis infantiles y en la formación de síntomas en los niños.

Sandor Ferenczi en *Sexo y psicoanálisis* (1959, p. 32), con el caso Arpad, un niño de cinco años, «El pequeño gallo», puede dar cuenta del «desarrollo psicológico infantil» y su relación con el análisis de adultos. Arpad es «similar» a Hans, genera una fobia a los gallos a partir de vivir la experiencia en el gallinero.

Para Ferenczi, el niño Arpad, a partir de allí, desarrolla una serie de síntomas, miedos e inhibiciones que se producen en el entramado entre la escena vivida en el gallinero y el haber sido «testigo auditivo del coito entre los padres».

Anna Freud (1951), en el texto de 1927, *Psicoanálisis del niño*, en el caso denominado «El demonio», contribuye a plantear la idea de la existencia de un *desarrollo sexual e intelectual* en el niño, ligada a la invención freudiana de las teorías sexuales infantiles y a la neurosis infantil:

¹³ Sobre este tema profundizamos en varios artículos del libro *Infancias, pedagogías y saberes psi en el Uruguay* y en la «Síntesis de investigación. Ideas sobre infancias en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX» (Ver Fernández Caraballo, 2022 y 2021).

«comprobé que una niña de seis años sufría una neurosis obsesiva extraordinariamente grave y definida para su edad» (p. 43), «el demonio comenzó a comunicarme un sinnúmero de fantasías anales» (p. 53), entiende que si la niña no hubiese tenido un tratamiento analítico a los seis años, «su neurosis infantil hubiese terminado en la curación espontánea, como sucede en tantos casos, pero como herencia de aquella neurosis hubiera quedado un superyó muy severo» (p. 60).

Anna Freud busca un método que permita adaptar la técnica creada por Freud y aplicarla a pacientes de poca edad. Introduce, en su teoría del «desarrollo libidinal y yoico», la idea de una potencialidad que llevaría al individuo a la salud entendida como logro de una vida genital y de la constancia objetal. Plantea una idea de «desarrollo normal», un progresivo crecimiento desde la inmadurez a la madurez sobre líneas congénitas. Categoriza desórdenes infantiles y perturbaciones como trastornos en el desarrollo: demoras, trabas, fracasos, inhibiciones y regresiones normales y patológicas en el proceso del desarrollo. Realiza un perfil diagnóstico detallado, una semiología del yo y del superyó, de la libido y de la agresión. El final de análisis con niños consiste en la adaptación que el individuo y el ambiente tienen en potencia. Es más, justifica la labor «pedagógica» del analista, este debe tener «conocimientos pedagógicos teóricos y prácticos y si las circunstancias lo hiciesen necesario, asumir las funciones de educador durante todo el curso del análisis» (p. 126).

En el mismo tiempo, 1932, si bien Melanie Klein emprende una reestructuración teórica de la obra de Freud y otro psicoanálisis de niños, corrobora, también, las ideas sobre la neurosis infantil. En «Erna no puede dormir» describe un caso de neurosis obsesiva en la infancia. A través del juego y materiales lúdicos extrae conclusiones teóricas sobre la intensidad de «las fantasías sádicas en los niños y su influencia en la formación de síntomas y en la creación de una neurosis infantil» (Klein, 1971, p. 62). Dice expresamente que el caso de Erna es «una analogía interesante» con el caso descrito por Freud en «Historia de una neurosis infantil» y quiere demostrar de qué modo la «experiencia de la escena primaria cuando tenía dos años y medio, combinada con factores constitucionales, desencadenó el desarrollo de la neurosis» (Klein, 1971, p. 85). Es más, entiende que «en el caso de Erna, así como en el del “Hombre de los Lobos”, la escena primaria estaba completamente reprimida, pero luego fue reactivada y traída por un momento a la conciencia» (Klein, 1971, p. 85). Es a partir del análisis que se puede afirmar que «el ver a los padres copulando desencadenó la neurosis con toda fuerza» (Klein, 1971, p. 86).

Ideas freudianas en el *psicoanálisis con niños* en el Uruguay

Presentaré algunos ejemplos extraídos de los *Archivos de Pediatría del Uruguay*, de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, de la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* y del «Informe» de Reina Reyes,

en los que se lee, claramente, la adaptación de nociones freudianas relacionadas con la infancia, aplicadas a través de la educación, la medicina y saberes *psi*, basándose en los discursos predominantes de la época: desarrollistas, eugenésicos, higienista y jurídicos con una intención de control y normalización de la población.

En los *Archivos de Pediatría del Uruguay* encontramos varios informes de «casos» de niños/as y adolescentes en los que el diagnóstico involucra nociones freudianas. Es importante destacar que en todos los casos se hace referencia a los «antecedentes étnicos», «antecedentes morales» y «antecedentes hereditarios y familiares», vale decir, que las nociones freudianas están entrelazadas y transformadas, como ya indiqué, con los discursos de la época.¹⁴

En el Tomo I, 1930, el Dr. José María Estapé presenta cuatro casos de «histeria infantil»:

1. El examen clínico de esta enfermita, el estudio de sus antecedentes y su curación completa (*restitutio ad integrum*) en 15 días, nos hicieron rectificar el diagnóstico, orientándonos, como lo hizo desde un principio nuestro Maestro el Profesor Morquio, hacia la *histeria infantil*. (p. 616)
2. Niño de 3 años [...] cuando caminaba claudicaba su pierna izquierda, atrasándola con cierta rigidez. Fue entonces que obtengo este dato interesante: días antes de aparecer la claudicación había llegado a la casa, como huésped, un pariente que tenía una hemiplejía; el niño lo veía casi diariamente subir una escalera entre los pisos, que había en la casa. Esto aclaró todo: el niño imitaba la claudicación de este hemipléjico y bastaron algunos días de reposo y el alejamiento del pariente enfermo para normalizarse definitivamente la situación. Conclusión: claudicación de la pierna izquierda, de *naturaleza histérica*, por imitación, en un niño de 3 años de edad. (p. 617)
3. Niña de 14 años de edad, ingresada al Instituto, en agosto de 1928. Conclusión: se trata de una polineuritis pitiática derecha, simulando el nervo-tabes periférico de Dejerine. La *naturaleza histérica* de este síndrome se afirmó cuando la enferma hizo una *crisis típica de histeria*, el día en que sus padres vinieron al Hospital, para llevársela. (p. 618)

¹⁴ Barrán (1993) ya había estudiado y señalado el lugar del médico y el higienismo en el 900: «El poder médico del Novecientos fue también un poder de clase, de género y cultural por estar inmerso en una sociedad dividida ostensiblemente en clases, géneros, y por la cultura, y lo fue de múltiples formas, algunas inequívocamente reveladoras de esa característica, otras, en cambio, más oscuras, como correspondía a un poder que derivaba del saber y no de la estructura económica» (p. 11).

4. Niño de 18 meses, traído al consultorio porque hace días que camina torciendo el pie izquierdo, dirigiendo la punta hacia adentro. El niño trataba de *imitar* la enfermedad del hermano. Conclusión: claudicación del miembro inferior izquierdo, de *naturaleza histérica*, por imitación, en un niño de 18 meses de edad. (p. 619)

En los cuatro ejemplos de viñetas clínicas el Dr. José María Estapé hace uso de las nociones de «histeria» e «histeria infantil» en una franja etaria amplia que va desde los 18 meses hasta los 14 años. Dichas nociones están vinculadas a otras, por ejemplo, identificación y sexualidad infantil (complejos de Edipo y de castración). Estapé reconoce en el maestro y profesor Luis Morquio la utilización de estas nociones. De hecho, Morquio fue uno de los primeros lectores de Freud en el Uruguay.

En el Tomo III, de 1932, y el Tomo V, de 1934, el Dr. Estapé relata otros casos que denomina de «complejo de Edipo» y de «complejo de Electra»:

1. *Complejo de Edipo y anorexia mental en un niño de 7 años*: A. J. B., de 7 años de edad, hijo único. Se trata de un niño precoz, de 7 años de edad, hijo único. Como el padre trabaja de noche y duerme de día, el niño siempre ha estado en contacto con la madre y como ella misma dice, «pegado a sus faldas» (p. 176). Conclusiones: 1.º Estamos frente a un caso de *anorexia mental* en un niño precoz de 7 años, hijo varón único, de un padre débil y nervioso y de una madre un poco emotiva. 2.º Esta anorexia mental precocísima, en un *niño precoz y neurótico*, responde al llamado *complejo psico-sexual de Edipo* o sea el amor incestuoso del hijo por la madre, y recíprocamente, sobre el cual insiste el profesor Freud y la escuela de Viena, como factor poderoso en la *etiología de ciertas neurosis y psico-neurosis*. 3.º En este caso de anorexia mental infantil convergen en «dantesco connubio», por una parte, el *Complejo psico-sexual de Edipo* y por otra, la «Patología del hijo único». (pp. 175-178)
2. *Complejo de Electra y neurosis ansiosa en una niña de 14 años*: A. es una enfermita de 14 años de edad cuyos padres la llevan a mi consultorio porque desde hace varios meses padece de una *afección nerviosa*. Conclusiones: Se trata de una niña de raza israelita, que por su factor étnico está predispuesta a ciertos desequilibrios nerviosos y mentales, como las constituciones psicopáticas o poli-psicopáticas (en este caso, la ansiedad constitucional). El *complejo de Electra* (amor incestuoso del padre con la hija), habiendo sido reprimido por la censura, engendró en esta enfermita (ansiosa constitucional), una *psico-neurosis ansiosa*. *Estos complejos afectivos y psico-sexuales es necesario*

despistarlos desde la pubertad y la adolescencia, para evitar la psico-neurosis y de algunos tipos de perversiones psico-sexuales. (pp. 517-519)

3. Se trata de un joven de 17 años, cuya emotividad constitucional fue sacudida fuertemente a los 11 años, por un *traumatismo psico-sexual violento*, al ser amenazado por su padre de que sería castrado si seguía masturbándose. Así surgió en el psiquismo atormentado de este adolescente un conjunto de *estados psico-afectivos o psico-sexuales*, que constituyeron *un complejo de castración*, el cual, evolucionando en el terreno de la emotividad constitucional, originó una depresión melancólica consciente. El pronóstico tenía que ser reservado, porque era de temer la evolución hacia la esquizofrenia o demencia precoz. Destaca, del punto de vista psico-pedagógico, el error gravísimo del empleo de los procedimientos clásicos de la escuela coercitiva, en la educación psico-sexual del niño y del adolescente. (p. 436)

Sin lugar a dudas las conceptualizaciones freudianas sobre la sexualidad infantil, el complejo de Edipo, el complejo de castración, las pulsiones, la histeria, entre otros, fueron las nociones más conocidas y más aplicadas en la psicología, la medicina y la educación. Barrán (1993) ya había planteado que:

El médico, por su saber —y por su prestigio social—, era el único capacitado para enseñar la higiene de la sexualidad. [...] *La higiene de la sexualidad* exigía el control estricto de las *pulsiones*, ese era el principio rector de la nueva pedagogía. (p. 117)

Las ideas freudianas, de hecho, fueron leídas a nivel evolutivo y por lo tanto con posibilidades de tratamientos profilácticos. Es más, el Dr. Estapé no escatima en recomendaciones de aplicación de estas nociones en la educación: «La educación en general y la educación psico-sexual en particular, deben orientarse suavemente, mediante la simpatía y la persuasión, evitando la intimidación brutal y explicando los hechos y fenómenos de la esfera psico-sexual de una manera natural, lógica y familiar» (p. 436).

En el Tomo VII, de 1936, se presenta el Congreso Panamericano del Niño que fue realizado en México en octubre de 1935. Allí se declara que:

Son cuatro los campos de actividad profesional que deben participar en los programas educativos, a saber: *la educación, la medicina, la psicología y el servicio social*, que debe procurarse que exista una estrecha cooperación entre ellos, la que es todavía más necesaria si la escuela debe prestar un servicio social mucho más amplio; considera

también que es preciso que haya un propósito tenaz de *colaboración entre el maestro, el médico, el psicólogo y el trabajador social, para edificar la «escuela nueva sobre la vieja»*. (p. 312)

Además, se establece que: «las recreaciones de los niños deben ser establecidas mediante el conocimiento de la psicología de la infancia y de los fines que les corresponden en relación con el mejoramiento individual y social», entienden que deben participar «los hogares, las escuelas, las autoridades municipales, las diversas agencias sociales y la comunidad en general» (p. 313). Destacan la importancia de la «*higiene escolar* en sus diversos aspectos, tanto en los *jardines de niños* como en las *escuelas primarias*» y dentro de ella «a todo lo que sirva para proteger y estimular el crecimiento y *desarrollo* de los niños». Para ello se exhorta a «una estrecha *cooperación entre los médicos y los maestros*» (p. 314).

En el Tomo xx, de 1949, encontramos que en esa época se empieza a exigir que:

Cada centro de enseñanza médica debería realizar enseñanza de psiquiatría en forma activa y vinculada a los otros sectores de estudio. La preparación de los alumnos en psiquiatría debería comprender: a. Estudio de *neurosis, psicosis moderadas, psiquiatría infantil*, en los sectores de asistencia externa de los hospitales de enseñanza. (p. 150)

Es más, «*La psicología y la psiquiatría infantiles* deberían enseñarse en colaboración con las cátedras correspondientes, a fin de que el conocimiento del niño fuera integral, aunque en grado mínimo, no sólo en lo físico, sino además en lo psíquico» (p. 243). En ese mismo número se presentan las «*Investigaciones psicoanalíticas sobre epilepsia*» realizadas por Pichon-Rivière, donde se lee un psicoanálisis medicalizado:

El Dr. E. Pichon-Rivière, en una reciente monografía de gran interés, ha expresado muy bien cuáles son los dinamismos de la epilepsia desde el punto de vista analítico. La epilepsia giraría toda alrededor de la agresividad considerada como un instinto, y sería la forma de expresarse esta agresividad (descarga o inhibición), la que le da los distintos aspectos fenomenológicos. El síntoma epiléptico de cualquier especie que sea debe ser considerado como un síntoma neurótico. (p. 501)

El Tomo xxi, de 1950, incluye un apartado sobre libros, nos interesa resaltar *La Clínica Médico-Psicológica del Hospital de Niños Dr. Pedro Visca*, del Dr. Julio R. Marcos (1949). Se trata de la producción de dicha clínica, en él se presentan los motivos de su creación y cinco trabajos: «*Psicología del niño epiléptico*», de Julio R. Marcos y Laura Achard de Barbé; «*Exploración del*

desarrollo en la primera infancia» y «La inteligencia y sus alteraciones», de Julio R. Marcos; «Aspectos psicológicos del niño lisiado» y «Técnicas exploratorias psicológicas en la segunda infancia», de la Sra. Achard de Barbé, y «Desarrollo psicosexual del niño», de Luis Prego Silva.

En estos textos se observa una de las características de la psicología en el Uruguay, se trata de un entramado de teorías diversas que conviven sin discusiones epistemológicas. Se ve, además, que el psicoanálisis comienza a tener un lugar privilegiado, a la vez que es altamente criticado. Al respecto cito:

De estos trabajos sólo diremos, en resumen, que son clara muestra del método, disciplina y espíritu de estudio que preside las actividades de la clínica y que constituyen desde ya una excelente base documental sobre los temas que tratan y aunque alguno de ellos aparece en demasía influenciado por la *ortodoxia psicoanalista*, nada pierde como seriedad de observación. (p. 322)

En la *Revista de Psiquiatría del Uruguay (RPU)* de las décadas del treinta en adelante se presentan los trabajos relacionaos con la «higiene mental» y los efectos de dicho discurso:

La directriz principal de la reeducación de los histéricos debe consistir en desviar sus intereses de la propia persona hacia los objetos externos. Naturalmente, el educando histérico se opone a la influencia reeducadora, que procura la destronación de su «YO» hipertrofiado, empleando todas las posibilidades de imponerse. Si el reeducador demuestra impaciencia con el alumno histérico, este último buscará irritarlo todavía más, para volverse objetivo de su preocupación. Por esta razón el profesor reeducador debe parecer indiferente, inafectable en el contacto inmediato con el niño histérico. (RPU, 1937, p. 16)

Se trata de un ejemplo claro en el que se propone prevenir la «histeria infantil», considerando al «educando histérico» como un sujeto que «se opone a la educación». El psiquiatra encuentra que «las anomalías de conducta» deben ser abordadas desde diversas disciplinas. Al respecto, en «Anomalías de la conducta infantil» del Prof. Agr. de Psiquiatría Dr. Fortunato Ramírez (Trabajo de la Obra Morquio), claramente, se plantea:

El niño que presenta anomalías del comportamiento en sus diversos medios de acción (familiar, escolar, social) plantea problemas que interesan y deben ser resueltos por el psiquiatra, el psicólogo, el médico pediatra, el neurólogo, el endocrinólogo, el maestro, el

juez, etc. Con ello queremos señalar, de inmediato, la multiplicidad de factores que la determinan y las consecuencias también variadas que se derivan. (RPU, 1937, p. 33)

Nuevamente, los «problemas del niño» deben ser abordados por una gran cantidad de disciplinas: psiquiatría, psicología, pediatría, educación y agrega, además, una serie de especialidades y, por supuesto, el discurso jurídico. Resalto el término «reeducación» propio de los discursos psicopedagógicos de la época que comenzaron a tener un lugar importante.

Con relación a los discursos provenientes de la psicología, me detengo en un material que considero príncipe para dar cuenta de cómo, a través de esta,¹⁵ se leyó el psicoanálisis en nuestro país. En 1946, Reina Reyes escribe su «Informe» presentado al Consejo del Niño y lo publica en el libro *Psicología y reeducación*, en Buenos Aires, por la editorial Américalee (con una segunda edición en 1963). En 1989 (a más de 40 años de la primera publicación) aparece una tercera edición titulada *Psicología y reeducación de la adolescente*, por iniciativa del Centro de Formación en Educación Especializada (CFEE)¹⁶ y de Ediciones Populares para América Latina (EPPAL).¹⁷ Es importante recordar el alto reconocimiento con el que contaba Reina Reyes en el Uruguay, pero aún más en el exterior, cuando, desde la llegada de la dictadura cívico-militar de 1973, fue prohibida. Los editores del libro, en la «Presentación», explicitan dicho reconocimiento:

La vinculación de ambas instituciones y la concreción de este libro tiene origen en la elaboración de un estudio investigativo, en el cual el CFEE identificó *Psicología y reeducación de la adolescente*, obra que por claros bloqueos y juegos de poder nunca pudo ser editado en nuestro país. Hoy su 3.ª edición, la nacional, se vuelve realidad como consecuencia de la sensibilidad e interés de EPPAL. Hemos querido rescatar de un injusto e inmerecido silencio un libro que, a nuestro juicio, mantiene una enorme vigencia. (Reyes, 1989, p. 7)

Me importa, acá, detenerme en la primera edición del libro de Reina Reyes, (1946) dado que esta se ubica en el período estudiado. En su «Informe» presentado al Consejo del Niño del Uruguay,

¹⁵ Pérez Gambini (1999), en su *Historias de la psicología en el Uruguay. Desde sus comienzos hasta 1950*, fija «el centro de atención en la primera mitad del siglo XX por ser la época en que se dio el desarrollo de la Psicología en el país, más allá de que la búsqueda de las raíces conduzca a épocas anteriores» (p. 9).

¹⁶ Institución independiente, no gubernamental, creada en 1986.

¹⁷ La cual es definida en la «Presentación» de los editores de dicho libro como «una joven editorial, con una definida vocación por los temas sociales La configuración de su especificidad en el campo de la edición está sugerido por sus colecciones: Trabajo Social, Pensamiento Social, Psicoanálisis y —la cual es inaugurada por este libro— denominada Psicología Social. Todas ellas le dan un singular perfil a su línea editorial» (p. 7).

del 1 de junio de 1946, indica, de entrada, que su propósito es «dar a ese informe una cuidada orientación psicopedagógica para que pueda tener inmediatas aplicaciones prácticas» (p. 9). El Consejo del Niño era la institución para la «reeducación de adolescentes que carecen de orientación técnica-pedagógica» (p. 9). Allí se plantea la problemática de los «menores» que cuentan con situaciones de «desamparo» fruto de «situaciones sociales adversas». Denuncia que en el Hogar Femenino n.º 1 las condiciones de vida del internado constituyen «un atentado a las más elementales normas de higiene física y mental» (p. 10).

He dedicado mi mayor esfuerzo al logro de conocimientos utilizables para restablecer científicamente las condiciones de un establecimiento con un régimen reeducativo correcto, a lo que no podrá llegarse sin una comprensión de los procesos psicológicos y las influencias sociales que determinan la conducta de las adolescentes sobre las cuales el Estado ejerce tutela. (Reyes, 1946, p. 11)

Entiende que se necesita crear un *plan pedagógico científico* y una «*Clinica de la conducta* al servicio de los padres y de las menores» (p. 11).¹⁸ Estudia a 115 mujeres menores de edad con una «marcada oligofrenia mental y afectiva» como «causante de la desviación de la conducta» (p. 69) que las llevó a ingresar al albergue. Al respecto,

Las menores ingresan al Albergue no como medio de defensa del ambiente social sino para salvaguardarlas, de acuerdo al Código del Niño, de influencias perjudiciales y es doloroso comprobar que el actual «remedio uniforme de reclusión» que se les ofrece es una droga nefasta en la inmensa mayoría de los casos. El *problema reeducativo* ofrece serias dificultades porque requiere tratamientos adecuados a cada caso particular, tratamiento tanto más difícil y necesario en la medida que las menores han sufrido traumas psíquicos desde su infancia que las hacen psicológicamente indefensas frente a las frustraciones. (p. 70)

Reina Reyes estaba familiarizada con las líneas de trabajo que se realizaban en Europa con niños «desamparados» o con «problemáticas disociales»,¹⁹ una de dichas líneas se relacionaba con las

¹⁸ Pérez Gambini (1999), en el capítulo 6, dedicado a la psicopedagogía, encuentra que «el campo en que más rápidamente se aplicó y desarrolló la Psicología nacional fue psicopedagógico» (p. 9). Élica J. Tuana (1993) también muestra que es a partir de 1925, con la creación, por parte de Sebastián Morey Otero, de la Cátedra de Psicología y Pedagogía Experimental del Instituto Nacional de Señoritas María Stagnero de Munar, que se comienza a aplicar la psicopedagogía en nuestro país. En 1933, el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal crea el Laboratorio de Psicopedagogía.

¹⁹ Términos de la época.

ideas freudianas y su aplicación en la educación y la «reeducación». Es más, Freud (1925) escribe el tan conocido²⁰ «Prólogo» al libro de August Aichhorn (1925) *Juventud desamparada*, reconociendo el vínculo entre el psicoanálisis y la pedagogía (y sus diversas «ramas»), «El libro de A. Aichhorn se ocupa de un sector del gran problema, el influjo pedagógico sobre los *jóvenes desamparados*» (Freud, 1996g, p. 297). Además, entiende que el psicoanálisis podría «enseñarle muy poco de nuevo en la práctica», pero sí aportarle «la clara intelección teórica de lo justificado de su obrar, permitiéndole fundamentarlo ante los demás» (Freud, 1996g, p. 297). Agrega tres «advertencias que derivan de las experiencias y resultados de August Aichhorn»:

La primera: que el pedagogo debe recibir instrucción psicoanalítica, pues de lo contrario el objeto de su empeño, el niño, seguirá siendo para él un enigma inabordable. [...] La segunda advertencia suena más conservadora, y es que el trabajo pedagógico es algo *sui generis*, que no puede confundirse con el influjo psicoanalítico ni ser sustituido por él. El psicoanálisis del niño puede ser utilizado por la pedagogía como medio auxiliar, pero no es apto para reemplazarla. [...] Es que un niño, aunque sea un niño *descarriado* y *desamparado*, no es en modo alguno un neurótico; y poseducación no es lo mismo que educación de alguien inacabado. [...] Agregaré una última inferencia, ya no referida a la pedagogía, sino a la posición del pedagogo. Cuando este ha aprendido el análisis por experiencia en su propia persona, habilitándose para aplicarlo en apoyo de su trabajo en casos fronterizos o mixtos, es preciso, evidentemente, concederle el derecho de practicar el análisis, y no es lícito estorbárselo por estrechez de miras. (Freud, 1996g, pp. 297-298)

²⁰ Me refiero a la conocida frase relacionada a las tres profesiones imposibles: «Mi participación personal en esa aplicación del psicoanálisis ha sido muy escasa. Tempranamente había hecho mío el chiste sobre los tres oficios imposibles —que son: educar, curar, gobernar—, aunque me empeñé sumamente en la segunda de esas tareas. Mas no por ello desconozco el alto valor social que puede reclamar para sí la labor de mis amigos pedagogos» (Freud, 1996g, pp. 296-297). Tizio (2006) recuerda que Freud retoma algo que ya había planteado Kant (1983) e introduce un tercer oficio imposible: «Efectivamente, Kant (1983), en *Pedagogía*, habla de educar y gobernar, Freud agrega curar, precisando que su oficio no le hace desconocer el valor social de la educación. Esta forma de introducir lo imposible es aclarada por Freud años más tarde, (“Análisis terminable e interminable”, 1937, p. 126, nota 10) cuando describe que se trata de cierta insuficiencia de los resultados» (Tizio, 2006, p. 13).

El texto de Aichhorn contó con una importante aceptación en su época, por lo que, además de la publicación de 1925, hubo otras ediciones en 1951 y en 1987. En el Río de la Plata se leía,²¹ además del «Prólogo» de Freud, el texto de Aichhorn, el cual comienza dando cuenta de que su libro es el resultado de la «aplicación del psicoanálisis» a «una rama especial de la pedagogía» y que:

Mostrará cómo puede ayudar a quien trabaja en el problema infantil, dándole la comprensión psicológica requerida para su tarea. El psicoanálisis capacita al educador para reconocer en las manifestaciones *disociales* el resultado de una interacción de fuerzas psíquicas, para descubrir los motivos inconscientes de los comportamientos y para encontrar los medios de devolver la conformidad social al disocial. (Aichhorn, 2006, p. 33)

Como muy bien muestra Tizio (2006) en su análisis del citado libro: «A Aichhorn le resulta difícil definir la categoría “disocial” porque engloba variedad de casos» (p. 14). Ahora bien, «la pista siempre es lo pulsional», dado que «el ser humano, en los primeros tiempos de vida, es un ser asocial porque exige una satisfacción pulsional directa sin preocuparse por lo demás» (p. 14). Dicho comportamiento «normal en los niños» se considera «disocial en el adulto». Para la época, en palabras de Aichhorn (2006), «el tratamiento del delincuente es una cuestión de reeducación» y una de las «opciones permite pensar que el desarrollo del niño es determinado, única y exclusivamente, por causas hereditarias y que la educación no puede cambiarlo» (p. 34). Sin embargo, hay otra opción que piensa que «la educación puede llevar a cabo cualquier fin deseado y vencer, además, las dificultades hereditarias» (Aichhorn, 2006, p. 35); es el psicoanálisis la teoría que le aportaría nociones relacionadas a la «regulación pulsional» propia del «proceso civilizador» cuando la educación fracasa.²² De ahí otra rama de la pedagogía, la reeducación o psicopedagogía, de la cual Reina Reyes hace uso y se basa en su trabajo con las «niñas» del Hogar Femenino n.º 1. Y, para ello, se debate entre las teorías con las que contaba, psicoanálisis, conductismo y las técnicas psicológicas propias de la psicología y la psicopedagogía, los test de inteligencia y emocionales. Al respecto, Reina Reyes (1946) realiza una crítica importante a los test de mediciones de la inteligencia. Dice:

²¹ Actualmente se sigue leyendo y reconociendo dicho texto. De hecho, hoy, contamos con una edición publicada por Gedisa del año 2006, a cargo de Hebe Tizio (2006) que se basó en las publicaciones de 1951 y 1987.

²² Para un estudio en profundidad ver Tizio, 2006.

La supervaloración de los procesos intelectuales abstractos dentro del dinamismo psíquico y la seducción que ejerce el conocimiento esquematizado y simple de la mente condujeron a exagerar la importancia de la medida de la inteligencia para determinar las características psíquicas individuales, lo que, en sí, implica el desconocimiento de que todo hecho intelectual no es un fenómeno aislado, sino un proceso «animado» y que la realidad psíquica es un conjunto complejo de procesos. (p. 80)

Quiere fundamentar las razones que la hacen desvalorizar el «cálculo del cociente intelectual dentro del estudio psicológico» y para ello en 1945 le escribe a Carlos Vaz Ferreira solicitando su opinión. El 28 de noviembre de 1945 Vaz Ferreira le envía una carta en la que expresa su perspectiva:

Explicar en detalle todo lo que habría que decir al respecto me sería imposible aquí; pero, sobre esa y otras tendencias y prácticas similares, me propongo tratar en algunas de mis conferencias del año próximo, ya que constituyen esas tendencias y prácticas, la más absurda, anticientífica y dañosa de las aberraciones en que se ha hipertrofiado el paralogismo de la falsa precisión, que yo analicé hace tanto tiempo en mi *Lógica viva*. [...] la tendencia de esta práctica es, precisamente, la contraria a la Psicología. La verdadera Psicología (individual) estudia, por sus distintos métodos, y describe, las aptitudes mentales tales como se presentan en cada persona. (Vaz Ferreira, 1945, en Reyes, 1946, p. 83)

Es posible visibilizar que por «niño/a» Reina Reyes entiende un período de la vida que incluye desde el nacimiento hasta la mayoría de edad. Si bien ya se utilizaba la palabra «adolescente», esta se incluía dentro de la entidad niño/a. Utiliza diversas teorías psicológicas, Janet, Kofka, además, el psicoanálisis de Freud, Adler, Jung, Deutsch, etc., y aplica para los psicodiagnósticos los test de Rorschach y el TAT. Con respecto al psicoanálisis reconoce la propuesta de Anna Freud, en tanto que el psicoanálisis es un método terapéutico-educativo y profiláctico a nivel «emocional» y «sexual», que deriva de la línea que había iniciado Aichhorn.

Los conceptos psicoanalíticos son los que permiten una integración mayor para la comprensión de los estados emocionales. Creo que hay que acordarle importancia al psicoanálisis, más que como método terapéutico, largo y costoso, una orientación pedagógica profiláctica. La divulgación de los conocimientos psicoanalíticos entre padres y educadores será, en el futuro, un precioso recurso preventivo. (Reyes, 1946, p. 73)

Al respecto, se lee en Reina Reyes, también, la influencia de los trabajos de Anna Freud y Dorothy Burlingham (1936), publicados en *La guerra y los niños*, para dar cuenta de los tratamientos que venían realizando, auspiciadas por el Foster Parents Plan for War Children durante la segunda guerra mundial (Plan de padres adoptivos para niños durante la guerra). Anna Freud y su colaboradora Dorothy Burlingham dirigen las *nurseries* de guerra en Inglaterra, las prácticas allí realizadas se replican en España y Francia trabajando con niños españoles, franceses, polacos, belgas y holandeses. Las repercusiones de dicho abordaje fueron tan grandes que pronto se llevaron a cabo en Norteamérica y en Latinoamérica. Es más, en 1945, en Buenos Aires, se publica dicho libro y, por supuesto, Uruguay no quedó exento de la lectura e influencia de las prácticas allí expuestas. Entienden que la labor que realizan en las *nurseries* «está basada en la creencia de que la educación y el cuidado de los niños no debe ocupar un lugar secundario en tiempos de guerra, ni estar sujetos a las condiciones creadas por las mismas» (Freud y Burlingham, 1945, p. 9). Consideran que los primeros años de la infancia son «decisivos para el desarrollo físico y mental» y «si no se satisfacen ciertas necesidades esenciales, la consecuencia será una deformación psicológica duradera», describen los elementos esenciales, «la necesidad del vínculo personal, del afecto estable y la permanencia de su influencia en la educación». Además, proponen los fines que deben cumplir estas instituciones: 1. Reparar el daño físico y mental. 2. Evitar que el niño sufra nuevos trastornos. 3. Investigar las necesidades psicológicas esenciales del niño. 4. Instruir a los que se interesan por los métodos educativos basados en el conocimiento psicológico de la criatura. Finalmente, destacan que el «personal está formado por grandes expertos en medicina, psicología, pedagogía y ciencias domésticas» (Freud y Burlingham, 1945, pp. 9-12).

En el texto de Reina Reyes se devela esta particularidad de la psicología y el psicoanálisis en el Uruguay que consistía en mezclar teorías de la época con una fuerte indiscriminación de las propuestas teóricas. Además, el psicoanálisis, entra a través de la psiquiatría (locura) por un lado y, por otro, con relación a la educación, fundamentalmente, a través de los planteos de Anna Freud. De ahí una psicoterapia psicoanalítica vinculada a la educación. De hecho, se vio al psicoanálisis como una herramienta fundamental para tratamientos relacionados con problemas «emocionales», «traumas», «sexualidad», pero este debía ser aplicado principalmente a través de la educación.

Para finalizar, me detendré en un material proveniente del «psicoanálisis oficial», es decir, a partir de la fundación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), de la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Utilizaré el trabajo que realizó Carmen Medici de Steiner (1988) y que publicó con el nombre «Hacia la construcción de una historia. El psicoanálisis de niños y los psicoanalistas de

principios de siglo», dado que allí se cita directamente aquello que es considerado por ellos como el psicoanálisis de niños y a los autores principales en el Uruguay y en el Río de la Plata. Se reconoce que los autores psicoanalíticos que han trabajado en psicoanálisis con niños y que entienden que han influido en la región y en particular en nuestro país son:

Hermine Von Hug Hellmuth, precursora en introducir el juego en la situación analítica. Sigmund Pfeifer, innovador en asimilar el simbolismo entre el sueño y el juego. Sophie Morgenstern, quien fue la primera en observar, psicoanalíticamente, el simbolismo del juego. Anna Freud, que, si bien en su actitud como psicoanalista puede suscitar controversias, supo realizar teorizaciones que fueron tomadas por el psicoanálisis, la psiquiatría, la pedagogía, la medicina y otras disciplinas más. Melanie Klein, que logró fundamentar la técnica de juego y hacer teorizaciones trascendentales sobre el psiquismo temprano. (p. 23)

Ahora bien, el «mojón final» lo tiene Melanie Klein y, de hecho, en su valoración, Medici de Steiner comienza reconociendo a Arminda Aberastury como la psicoanalista «considerada por muchos como el pivote en el Río de la Plata del psicoanálisis de niños» quien sigue la propuesta de Melanie Klein desde el año 1937. A partir de 1942, comienza su «análisis didáctico» e inicia su trabajo con la técnica de juego de Melanie Klein.

En aquel entonces, el medio carecía de asesores acerca de la misma, y lo que hizo fue confrontar los resultados de sus experiencias analíticas con su propio análisis. Había incluido entre los juguetes, el juego de construir casas, y durante los tratamientos pudo ir descubriendo las simbolizaciones que el niño construye en torno a la casa. (p. 24)

Como es muy sabido, el psicoanálisis institucional en el Uruguay (APU) estuvo fuertemente influido por el trabajo que se hacía en Buenos Aires, en la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), que se basó desde la década del cuarenta en adelante en la Escuela Inglesa, primeramente, en Melanie Klein y, posteriormente, en sus seguidores. De hecho, Medici de Steiner (1988) cita a Aberastury cuando hace explícita su afiliación a la obra de Klein: «fue en esta época, a través de una frecuente correspondencia con Melanie Klein, lo que me permitió, gracias a las generosas indicaciones, solucionar muchas de las dificultades técnicas que se me presentaban diariamente» (p. 21). Y, agrega que, en este período, otras personas de la APA

Se interesaron en el trabajo con niños y en 1948 presentan, en Inglaterra ante Melanie Klein, fragmentos de un análisis infantil. Desde esta fecha, se dictó en la citada Asociación

el primer curso de Psicoanálisis de niños, y durante años brindó Aberastury sus conocimientos en Argentina y Uruguay. (p. 21)

Además, entiende que en nuestro país «dicha especialidad fue integrada a la APU desde sus inicios. Tanto en uno como en otro país, durante prolongados años, constituyó un seminario curricular obligatorio» (Medici de Steiner, 1988, p. 22). A partir de 1957, cuando Mercedes F. de Garbarino y Héctor Garbarino asistieron en Buenos Aires a un Simposio sobre el tema; «Arminda Aberastury, con posterioridad al mismo, comenzó a dictar en nuestro medio un seminario, y a supervisar a muchos de los primeros psicoanalistas de niños del Uruguay» (Medici de Steiner, 1988, p. 22).

Es a partir de la institucionalización del psicoanálisis en el Uruguay que se puede decir que empieza a ser estudiado, teorizado y comienza a practicarse el psicoanálisis propiamente dicho. Antes de este tiempo, como hemos visto, en nuestro país, el psicoanálisis es utilizado parcialmente y en general articulado, sin distinciones epistemológicas, con teorías pedagógicas, psicológicas y psiquiátricas, aplicando a través de dichas disciplinas los discursos higienistas, eugenésicos y desarrollistas con la intención de regular y controlar a la población.

Referencias bibliográficas

Abraham, K. (1922). *Psicoanálisis clínico*. Hormé, 1959.

Aichhorn, A. (1925). *Juventud desamparada*. Gedisa, 2006.

Badinter, É. (1981). *¿Existe el amor maternal?* Paidós.

Bustelo, E. (2012). Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano. *Salud Colectiva*. 8(3), 287-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73125097004>

Carli, S. (2011). *La memoria de la infancia. Estudios sobre historia, cultura y sociedad*. Paidós.

Espiga, S. (2015). *La infancia normalizada. Libros, maestros e higienistas en la escuela pública uruguaya 1885-1918*. Antítesis.

Ferenczi, S. (1920). *Sexo y psicoanálisis*. Hormé, 1959.

Fernández Caraballo, A. M. (2006). Lo niño y el psicoanálisis: ¿Posibilidad o imposibilidad? *Educação Temática Digital, 150 años de Freud*, 8. <http://143.106.58.55/revista/index.php>

- Fernández Caraballo, A. M. (2015). Cuerpo-niño. Una lectura desde el psicoanálisis. *Cadernos de Formação RBCE*, 6(1), 27-44.
- Fernández Caraballo, A. M. (2018). El psicoanálisis con niños y sus efectos en la psicopedagogía. *Didaskomai, Revista del Instituto de Educación*, 9. <http://didaskomai.fhuce.edu.uy/index.php/didaskomai/article/view/42>
- Fernández Caraballo, A. M. (2019). Neurosis infantil: una contribución freudiana a la idea de infancia. En J. Allouch, J. Assandri, P. Behetti, M. Nebril, A. M. Fernández Caraballo, M. Novas, E. Porge y A. Villalba, *Con piel de lobo. Cien años de la historia de una neurosis infantil* (127-143). Escolios.
- Fernández Caraballo, A. M. (2020a). *Dificultades ante el aprendizaje. Un abordaje multidisciplinario*. Departamento de Enseñanza y Aprendizaje, Instituto de Educación, FHCE. Segunda edición revisada y modificada.
- Fernández Caraballo, A. M. (2020b). De la entidad niño para el psicoanálisis y los efectos en la psicopedagogía y en la educación. En A. M. Fernández Caraballo y J. Venturini (Dir.) (2020), *Estudios sobre aprendizaje. Sujeto, psicopedagogía, psicoanálisis*. Departamento de Enseñanza y Aprendizaje, Instituto de Educación, FHCE. Segunda edición revisada y modificada.
- Fernández Caraballo, A. M. (2022) (Dir). *Infancias, pedagogías y saberes psi en el Uruguay de la primera mitad de siglo xx*. CSEP, Udelar (en prensa).
- Fernández Caraballo, A. M.; Craviotto Corbellini, A.; Rodríguez, C.; Ferreira, G.; Garay, G.; Acher, I.; Santos, L. y Pastorino, M. (2021). Síntesis de investigación. Ideas sobre infancias en el Uruguay de la primera mitad del siglo xx. *Revista Temas de Profesionalización Docente*, Segunda Época, 7. ISSN 2393-7831, ANEP, CFE, IPES <http://ipes.cfe.edu.uy/index.php/publicaciones-ipes/revistas-cfe#>
- Foucault, M. (1969). *La arqueología del saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1975-76). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Freud, A. (1927). *Psicoanálisis del niño*. Editorial Imán, 1951.
- Freud, A. y Burlingham, D. (1945). *La guerra y los niños*. Editorial Imán.

- Freud, S. (1905a). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras completas*. Tomo VII, 109-121. Amorrortu Editores, 1996a.
- Freud, S. (1905b). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras completas*. Tomo VII. Amorrortu Editores, 1996b.
- Freud, S. (1908). Sobre las teorías sexuales infantiles. En *Obras completas*. Tomo IX. Amorrortu Editores, 1996c.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En *Obras completas*. Tomo X, 7-117. Amorrortu Editores, 1996d.
- Freud, S. (1916-17). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. En *Obras completas*. Tomos XVI y XVII. Amorrortu Editores, 1996e.
- Freud, S. (1918). De la historia de una neurosis infantil. En *Obras completas*. Tomo XVII. Amorrortu Editores, 1996f.
- Freud, S. (1925). Prólogo a August Aichhorn, *Verwahrloste Jugend*. En *Obras completas*. Tomo XIX. Amorrortu Editores, 1996g.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*. Tomo XX. Amorrortu Editores, 1996h.
- Freud, S. (1927). El porvenir de una ilusión. En *Obras completas*. Tomo XXI. Amorrortu Editores, 1996i.
- Freud, S. (1932). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras completas*. Tomo XXII. Amorrortu Editores, 1996j.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras completas*. Tomo XXIII. Amorrortu Editores, 1996k.
- Ginzburg, C. (1994). *Mitos, emblemas e indicios: Morfología e historia*. Gedisa.
- Kant, E. (1983). *Pedagogía*. Akal.
- Klein, M. (1932). *Contribuciones al psicoanálisis*. Hormé, 1971.

- Klein, M.; Abraham, K.; Ferenczi, S.; Freud, A.; Winnicott, D.; Spitz, R.; Erikson, E. y Ackerman, N. (1965). *Grandes casos del psicoanálisis de niños*. Hormé.
- Lionetti, L. (2018). *La historia de las infancias en América Latina*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Porge, K. (1990). La transferencia a la cantonada. *Littoral 10: La transferencia*. Editorial La Torre Abolida.
- Skliar, C. (2012). La infancia, la niñez, las interrupciones. *Childhood & Philosophy* 8(15), 67-81.
- Tizio, H. (2006). Prólogo a la presente edición. En A. Aichhorn (2006), *Juventud desamparada*. Gedisa.
- Vengerow, E. y Dubcovsky, S. (1965). Prólogo. En M. Klein, K. Abraham, S. Ferenczi, A. Freud, D. Winnicott, R. Spitz, E. Erikson y N. Ackerman (1965), *Grandes casos del psicoanálisis de niños*. Hormé.
- Zapiola, M. (2018). Estado e infancia en Argentina: Reflexiones sobre un recorrido historiográfico. En Lionetti, L. (2018), *La historia de las infancias en América Latina*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Historias

- Alfonso, R. y Mandelbaum, B. (2017). El psicoanálisis y sus pioneros en Brasil: Notas sobre el vigoroso psicoanalista Karl Weissmann. *Analytica*, 6(11), 34-68. www.analytica.ufsj.edu.br
- Ariès, Ph. (1986). *El tiempo de la historia*. Paidós.
- Ariès, Ph. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Alfaguara.
- Ariès, Ph. y Duby, G. (1991). *Historia de la vida privada. La vida privada en el siglo xx*. Tomo 9. Taurus.
- Barrán, J. P. (1993). *La ortopedia de los pobres. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*. Tomo 2. Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Tomo 3. Banda Oriental.

- Bloj, A. (2013). *Los pioneros. Psicoanálisis y niñez en la Argentina 1922-1969*. Letra Viva.
- Bruno, G. (2001). Notas para una historia del psicoanálisis en el Uruguay. *Revista Querencia*, 3. www.querencia.psico.edu.uy
- Caetano, G. y Rilla, J. (1994). *Historia contemporánea del Uruguay*. Fin de Siglo.
- Duffau, N. (2017). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Ediciones Universitarias.
- Faccinetti, C. (2018). Historia de las psicoterapias y del psicoanálisis en Brasil: El caso de Río de Janeiro. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18, número especial, 1106-1117.
- Marín, H. R. (1995). Apuntes para una historia del psicoanálisis en Argentina. *Asclepio*, 47(1), 81-100. <https://doi.org/10.3989/asclepio.1995.v47.i1.452>
- Medici de Steiner, C. (1988). *Hacia la construcción de una historia. El psicoanálisis de niños y los psicoanalistas de principios de siglo*. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Pérez Gambini, C. (1999). *Historia de la psicología en el Uruguay. Desde sus comienzos hasta 1950*. Arena.
- Ruperthuz, M. (2013). *Freud y los chilenos. Historia de la recepción del psicoanálisis en Chile (1910-1949)*. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- Ruperthuz, M. y Plotkin, M. (2017). *Estimado doctor Freud. Una historia cultural del psicoanálisis en América Latina*. Edhasa.
- Tuana, É. (1993). Psicología en el Uruguay. Vista a través de 40 años de historia de la Sociedad de Psicología. *Revista de la Sociedad de Psicología del Uruguay*, año IV, 7, 8 y 9.
- Vomero, F. (2009). *Enfermedad mental, saber psiquiátrico, cultura y orden social en el Uruguay de la primera mitad del siglo xx. Pedro Rodríguez Bonaparte, un anarquista en el Vilardebó*. (Tesis de maestría en Antropología de la Cuenca del Plata, FHCE, Udelar, Montevideo).

Fuentes

Boletín de la Sociedad de Pediatría de Montevideo (1930-50). Editorial Paul Cuter.

Marcos, J. (1949). *La Clínica Médico-Psicológica del Hospital de niños Dr. Pedro Visca*. Rosgal.

Medici de Steiner, C. (1988). *Hacia la construcción de una historia. El psicoanálisis de niños y los psicoanalistas de principios de siglo*. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Revista Uruguaya de Psicoanálisis (1955-60). <http://www.apuguay.org>

Revista de Psiquiatría del Uruguay (1930-50).

Reyes, R. (1946). *Psicología y reeducación*. Américalee.

Reyes, R. (1989). *Psicología y reeducación de la adolescente*. EPPAL, CFEE.

ASPECTOS COMUNES DE LAS PSICOTERAPIAS DESARROLLADAS EN URUGUAY ENTRE 1960-1985: PUNTUALIZACIONES SOBRE SUS TEORÍAS DE TRANSFORMACIÓN

Marcelo Gambini
(mgambini@psico.edu.uy)

Resumen

El presente trabajo busca presentar resultados preliminares del estudio discursivo de los abordajes de la transferencia desarrollados en Uruguay (1960-1985) y sus respectivas teorías de la transformación. Una teoría de la transformación permite explicar el movimiento de la estructura de la acción humana dentro de una psicoterapia, a partir de sus componentes (praxis, saber, agente, otro, fines, medios teoría de las causas) (Dunker, 2017). Con este fin mostraremos aspectos comunes de las diferentes psicoterapias, a partir del estudio de textos doctrinales de fundadores de distintas corrientes psicoterapéuticas (Bandura, 1958; Carrasco et al, 1960; Freud, 1992/1905 [1901], 1992/1905 [1904], 1992 [1912], 1991 [1914], 1992 [1915], 1991 [1916-1917], 1992/1919 [1918]; Moreno, 1961, 1995a, 1995b, ; Pichón Riviére, 1975, 1985; Wolpe, 1990 [1958], entre otros), y de los principales impulsores de estas corrientes, en Uruguay, entre 1960 y 1985 (Carrasco et al, 1960; Bauleo, 1973, Pichón Riviére, 1975, 1985, Murgía, 1953 a, 1953 b; Berta et al., 1961, 1962, 1967; *Trenchi y Silvera, 1976*; Silvera Galasso, 1977, entre otros). Haciendo énfasis en sus aspectos teóricos y prácticos, en particular en las acciones psicoterapéuticas ligadas al abordaje de la transferencia y las teorías de la transformación presentes en tales abordajes.

Palabras Clave: psicoterapia, abordaje de la transferencia, teoría de la transformación

Abstract

The present present preliminary results of the discursive study of the approaches to transference developed in Uruguay (1960-1985) and their respective theories of transformation. A theory of transformation makes it possible to explain the movement of the structure of human action within psychotherapy, based on its components (praxis, knowledge, agent, other, ends, means, theory of causes) (Dunker, 2017). To this end, we will show common aspects of the different psychotherapies, based on the study of doctrinal texts of founders of different psychotherapeutic currents (Bandura, 1958; Carrasco et al, 1960; Freud, 1992/1905 [1901], 1992/1905 [1904], 1992

[1912], 1991 [1914], 1992 [1915], 1991 [1916-1917], 1992/1919 [1918]; Moreno, 1961, 1995a, 1995b; Pichón Riviere, 1975, 1985; Wolpe, 1990 [1958], among others), and of the main promoters of these currents, in Uruguay, between 1960 and 1985 (Carrasco et al, 1960; Bauleo, 1973, Pichón Rivière, 1975, 1985, Murgía, 1953a, 1953 b; Berta et al., 1961, 1962, 1967; Trenchi and Silvera, 1976; Silvera Galasso, 1977, among others). Emphasizing its theoretical and practical aspects, particularly in the psychotherapeutic actions linked to the transference approach and the transformation theories present in such approaches.

Keywords: psychotherapy, transference approach, transformation theory

Introducción

La lectura y análisis preliminar de textos doctrinales referidos a los desarrollos en psicoterapia desarrollados en Uruguay, publicados entre 1960 y 1985, no sólo nos permite notar que ellos realizarían articulaciones entre diferentes teorías: marxismo y psicoanálisis -psicología social, psicoterapia dinámico expresiva- (Carrasco et al, 1960;²³ Bauleo, 1973,²⁴ Pichón Rivière, 1975, 1985)²⁵; conductismo y reflexología -terapias de la conducta, psicoterapias de base en la

²³ La Asociación Uruguaya de Psicología y Psicoterapia de la Expresión plantea que “El ser en situación es sujeto y objeto de la historia, *producto y productor de la misma, receptor y transformador de la situación en la que vive*” (1970, p. 7). Bajo esta concepción el aparato psíquico sería “la traducción” de la “vida cotidiana y esto no es otra cosa que la Ideología” (ibid., 9). Esa ideología estará signada por los *grupos dominantes* que definen la cotidianeidad (ibid.). Por ello Carrasco “definirá como tarea sustancial el análisis de esa cotidianeidad” (ídem), lo que permite hacer consciente “las contradicciones de ella y, por tanto, contribuir a la existencia del *Sujeto como un Sujeto Político* que pueda *re-formular su vida cotidiana*” (ídem).

²⁴ Bauleo (1973) refiere a una necesidad de rectificar el psicoanálisis desde una lectura materialista, planteando que el sujeto inconsciente-individual del psicoanálisis debería someterse a un proceso de concientización de clase, en el que la transformación consciente remite a un *esclarecimiento ideológico-político* (ibid). Bajo esta concepción el sujeto, según Bauleo (1973) se *hace cargo de lo inconsciente*; entendiendo el *insight*, como producto de la acción: “debate entre sus deseos, sus inscripciones inconscientes de lo social, sus posiciones *dentro del mercado y su proyecto consciente-inconsciente de transformación*” (p. 28)

²⁵ Si bien las articulaciones con el psicoanálisis kleiniano y el marxismo se hacen presentes en la obra de Pichón, en el texto *Del Psicoanálisis a la Psicología Social (1972)* ello se muestra de forma explícita.

(...) *la vida psíquica se sustenta o es la resultante de la operación de fuerzas instintivas innatas a las que caracteriza como: ‘fuerzas endosomáticas que tienen un representante psíquico, carga energética, factor de motricidad que hace tender al organismo hacia un fin’*. El instinto que aparece como una fuerza constante tiene su fuente en una excitación corporal, su fin es suprimir el estado de tensión de la fuente pulsional, y un objeto por el que el instinto alcanza su finalidad (descarga) (Pichon-Rivière y Pampliega de Quiroga, 1972, p. 2).

Para los autores esto *dejaría como excluido la función del contexto histórico-social*, el cual *sería determinante de la vida psíquica*, en la medida en que es “la condición específica dentro de la cual puede manifestarse como fenómeno. Es *ese contexto histórico-social el que fija como determinante los límites en los que se cumple el proceso de emergencia y desarrollo de la vida*

reflexología de Pavlov - (Bandura, 1956; Wolpe, 1990 [1958]; Bechterew,; Thénon; Murgia, 1953 b; Berta, M. et al., 1961, 1962, 1967; *Trenchi y Silvera, 1976*; Silvera Galasso, 1977); marxismo, bersognismo, y existencialismo -psicodrama- (Moreno, 1954, 1961,1995a, 1995b; Seberino, Scapusio, Goldstein, Speranza, Fleitas, entre o otros); y psicoanálisis, conductismo, reflexología y psicodrama -psicoterapias asistidas con barbitúricos y alucinógenos- (Berta et al. 1961, 1962, 1967).²⁶ Además, es notorio que en la mayoría de los desarrollos ligados al ámbito de la psicoterapia se indique un *énfasis en la acción*: refiriendo a la *respuesta* del paciente/cliente a una instrucción/estimulación (terapia de la conducta, reflexología); el *trabajo* de un grupo operativo (psicología social); la *expresión plástica* (psicoterapia dinámico-expresiva), la *orientación* del paciente (psicología funcional); y la *dramatización* (psicodrama). Estas acciones, muchas veces, articularían una *teoría de la transformación* que presentaría nexos con ideas y prácticas psicoterapéuticas que toman elementos del pensamiento medieval, antiguo o primitivo, o con teorías político-económicas modernas: Destacándose la referencia la *confesión* en psiquiatría (Gambini, 2020, Foucault, 2007 [1973-1974], 2011[1979-1980]), la *persuasión* en psicología funcional y psicoterapia dinámico expresiva (Radecki, 1938; Carrasco et al, 1960); la *catarsis* en psicodrama y psicoterapia dinámico expresiva (Moreno, 1961, 1995a, 1995b); la *disciplina* en conductismo, psiquiatría y psicoterapia funcional o la *hechicería*, que parecería ser aludida en psicoterapia asistida con barbitúricos y alucinógenos, en la que se refiere a la manipulación de los paciente por vía de la acción del médico, quien ejerce sobre tales personas un control o influencia gracias a la acción del fármaco, que en este caso elimina las resistencias, y facilitan la cura (Ellemerger, 1970). Así mismo, vemos la influencia del platonismo (Dunker, 2011), ya que se refiere a la adaptación (psicología del yo, psicología funcional, terapia de la conducta, psicología social), a partir de ideales universales del liberalismo, en el caso del conductismo (Montgomery Urday, 2021); y del marxismo, en el caso de la psicología social, la psicoterapia dinámico-expresiva y la reflexología (Pichon-Rivière y Pampliega de Quiroga, 1972; A.U.P.P.E., 1970; García, 2015).

Desarrollo

psíquica” (ídem). Desde de esta perspectiva, la construcción histórico social “opera como conjunto de condiciones de producción y desarrollo del sujeto, en la medida en que es también el conjunto de condiciones de producción y desarrollo de la necesidad” (ídem). Esto permitiría “traducir”/rectificar las concepciones psicoanalíticas bajo una lectura marxista, que comprende que “[m]uchos de los rasgos que la teoría psicoanalítica atribuye al instinto: ‘...fuerzas endosomáticas, factor de motricidad...etc.’, caracterizan a la necesidad, *pero nuestro planteo la desplaza del ámbito de una teoría económica*” (íbid., pp. 2-3).

²⁶ Es muy interesante encontrar referencias a Freud, Pavlov, Wolpe en los textos de Berta et al publicados en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*

Los elementos antes referidos permitirían mostrar la existencia de una dominancia discursiva de un trasfondo pragmático/funcionalista, ya que notamos, al leer los textos doctrinales sobre las diferentes prácticas psicoterapéuticas, que se tendería a comprender que: a) cada ser humano o grupo tiene una verdad en sí mismo, que se debe conocer/ hacer consciente *de manera eficaz*: al expresarla mediante la *pintura* (psicoterapia dinámico expresiva); hacerla trabajar (psicología social); *representarla/dramatizarla* (psicodrama); o introducir un patrón de conducta eficaz (terapia de la conducta). b) que el ser humano sería referido, en la mayoría de los desarrollos psicoterapéuticos presentados, como un individuo/sujeto capaz de *orientar o ser orientado* en su actividad, según fines individuales o colectivos (psicoterapia funcional, psicoterapia asistida con barbitúricos y alucinógenos, psicología social, psicodrama). c) que las acciones, los resultados y los fines de la psicoterapia constituirían *un eje de la actividad interpretativa* (psicoanálisis, psicología social, psicoterapia dinámico expresiva, psicodrama). Y d) que la verdad refiere a la *radical historicidad de la experiencia* (psicoanálisis, psicología social, psicoterapia dinámico-expresiva, psicodrama), o a la forma en que el hombre *reconoce* sus conductas desadaptativas y las trasforma (conductismo, reflexología).

Vemos, además, que en las psicoterapia *las acciones y palabra ocuparía un lugar de importancia*, ya sea en la realización de instrucciones o en respuestas a estímulos (terapia de la conducta, psicoterapias asistidas por barbitúricos y alucinógenos, Rêve Éveillé Dirigé); en la asociación libre (psicoanálisis); la dramatización (psicodrama); durante un grupo operativo (psicología social); o en interpretaciones (psicoanálisis, psicoterapia dinámico expresiva, psicología social, psicodrama). La palabra es así *fuentes* de órdenes, consejos, persuasiones e interpretaciones, así como del material que permitiría acceder a la experiencia interior de los pacientes “por medio de las proposiciones articuladas verbalmente por estos” (Bin, 2003, p. 71).²⁷ Además, sería posible referir a la posibilidad de traducir presencia de fenómenos no verbales (o no puramente verbales) (Bin, 2003), presentes prácticamente en todas las psicoterapias: la expresión plástica (psicoterapia dinámico expresiva); la representación dramática (psicodrama); un patrón de conducta (terapia de la conducta); los sueños y pasajes al acto (psicoterapias de base psicoanalítica); elementos del trabajo en un grupo operativo (psicología social).

Otro elemento común en los desarrollos en psicoterapia sería la referencia a un “yo” consciencia (ibid.), que aparecería como una entidad reflexiva capaz de hablar, interrogarse, dar cuenta de sus conductas, dar lugar al desempeño de una rol, una dramatización, o de sus expresiones plásticas. Entidad que, en la mayoría de las psicoterapias se buscaría reforzar (terapia

²⁷ La traducción del original en portugués en español es nuestra.

de la conducta, psicoterapia con base en reflexología); o transformar (psicología social, psicoterapia dinámico expresiva, psicodrama), aunque, en general, sería entendida como mediadora con el mundo.

Esta instancia, en psicoanálisis, según Bin (2003), podría desempeñar el papel de representante del aparato psíquico, y es a través de este sesgo, que el inconsciente también se escucha. Por eso, el objetivo de una psicoterapia de base psicoanalítica, podría implicar, según Bin (2003), reforzar al yo. Si bien ello no sería necesariamente el objetivo de toda psicoterapia de base psicoanalítica, si este objetivo organiza la dirección de la cura, según Bin (2003), con ello se buscaría “ampliar la capacidad de todo el aparato psíquico de articularse y revelarse verbalmente. Así, (...) el paciente será capaz de dominar suficientemente lo irracional de su inconsciente y de colocarlo sobre el control de la razón” (p. 72).

Conclusión

Nótese que en general, en las psicoterapias que hemos presentado se alude a la experiencia del paciente o el terapeuta. Eso significaría que el ser humano construye o interviene en la realidad, por lo que podría verbalizar su experiencia. Siendo ello, según Bin (2003), un elemento principal de las culturas occidentales, en las cuales se refiere a lo intersubjetivo como un dominio comunicable. Como plantea Bin (2003) “En el diálogo psicoterapéutico, recogemos información sobre el paciente por medios verbales y no verbales y, al mismo tiempo, nosotros mismos producimos efectos sobre él por medios igualmente verbales y no verbales”(ibid., p.75).²⁸ Por lo que las observaciones que se hacen en psicoterapia se realizarían a través del lente las acciones terapéuticas, que determinarían la gramática de reconocimiento sobre lo que se interviene y sobre lo que no (Dunker, 2011).

A partir del interjuego intersubjetivo, propio de las psicoterapias, sería posible recoger información y, al mismo tiempo, producir efectos sobre el paciente. “El proceso global de la psicoterapia se teje así a partir de un entramado (...) de *entradas y salidas*, que en ningún caso deben entenderse como funciones autónomas en sí mismas, independientes entre sí” (idem).²⁹ A partir de ello, las psicoterapias que presentarían alguna relación con el psicoanálisis (psicología social, psicoterapia dinámico expresiva, psicodrama) se esforzarían en incidir en “la relación inconsciente aún no verbalizada consigo mismo y con los demás, para modificar, de este modo,

²⁸ La traducción del original en portugués en español es nuestra.

²⁹ La traducción del original en portugués en español es nuestra.

la influencia de esta dimensión (...) en las relaciones conscientes consigo mismo y con los demás”(ibid., p. 80)³⁰. Mientras las psicoterapias de base conductista o en reflexología, buscarían modificar patrones de conducta, y hacer consciente al sujeto de su desempeño.

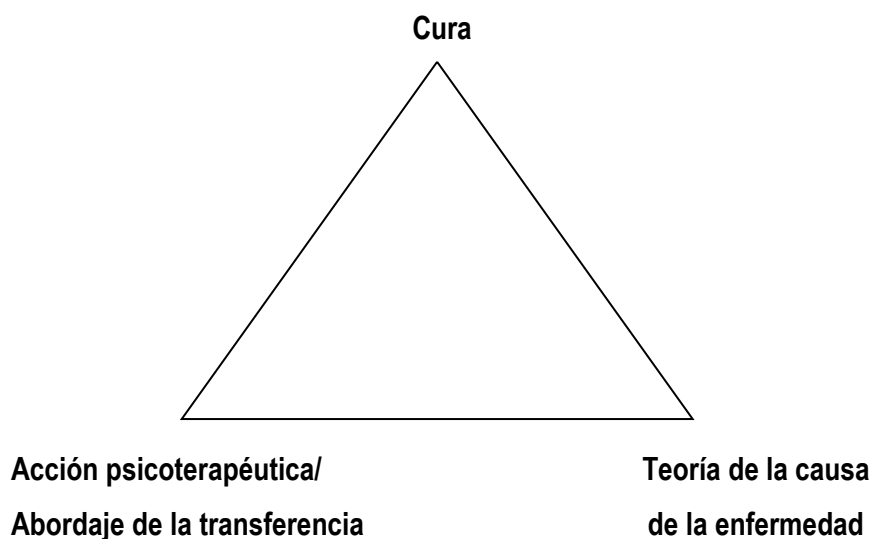
Este interjuego subjetivo remitiría al abordaje de transferencia, fenómeno que se presentaría en cada práctica psicoterapéutica, en la medida que el paciente se ubica frente a alguien, quien en principio, ocupa el lugar del saber, y frente al cual el paciente busca responder de acuerdo a las exigencias o requisitos del psicoterapeuta. *De modo que la transferencia es el medio mediante el cual la teoría de transformación se hace posible o se obstaculiza*. Nótese que en psicoanálisis la transferencia es el motor del análisis (Freud, 1916-1917), en psicología social la transferencia es referida como “*un proceso de adjudicación de roles inscriptos en el mundo interno de cada sujeto*” (Pichón Riviére, 1975, p. 193) y como “la manifestación de sentimientos inconscientes que apuntan a la reproducción estereotipada de situaciones, característica de la adaptación pasiva” (ídem), por lo que a través del proceso psicoterapéutico, “se pueda rectificar la naturaleza de estas imágenes y hacer del aprendizaje de la realidad, el aprendizaje en sentido general” (ídem). En psicoterapia dinámico expresiva se considera que el material pictórico “se hace en el curso de una (...) relación de carácter transferencial” (Carrasco, 1960, p. 32), que constituye a ésta situación en una *verdadera situación terapéutica* en donde el *material analizable* no es verbal sino plástico representativo” (ídem). siendo este la vía regia del inconsciente, la interpretación y el proceso de cura; y en psicodrama, la transferencia es vista como un obstáculo, pues provoca la distorsión de la percepción, tanto de la propia persona, del otro y de la situación compartida (Moreno, 1995b), lo que entorpece el proceso psicodramático, por lo que se buscaría que el paciente pueda hacerse consciente mediante la dramatización, interrogación e interpretación de los roles y modalidades vinculares que transfiere. Por lo que es visible que en estas corrientes la transferencia no sólo sería un fenómeno que *debería abordarse para favorecer las transformaciones subjetivas*, sino que además, *dependiendo de la comprensión de la transferencia, se organizaría la finalidad del proceso psicoterapéutico*.

En el caso de la reflexología, la terapia de la conducta o la psicoterapia asistida con barbitúricos y alucinógenos la transferencia tendría lugar, a pesar de no ser siempre tematizada. En las psicoterapias de base en la reflexología se buscaría exhortar al paciente a ser *un colaborador consciente por la humanización del hombre* (García, 2015), en la desensibilización sistemática de Wolpe se busca *establecer una cooperación entre el terapeuta y el cliente* (Kritz, 1985), Badura ,por su parte, propone *estimular y reforzar los comportamientos no*

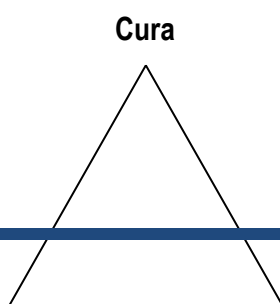
³⁰ La traducción del original en portugués en español es nuestra.

violentos, (Keegan y Holas, 2010; Bandura, 1956). mientras que en la psicoterapia asistida con alucinógenos se maniobra al paciente para que no operen las resistencias, lo que lo ubicaría en un lugar donde solo le quedaría responder de acuerdo a la demanda del psiquiatra. Como se nota, en estas prácticas el paciente sería ubicado en cierto ideal de cooperación, lo cual sería una forma de aludir a la transferencia.

. Vemos así que cada psicoterapia realizaría/pondría en práctica cierto abordaje de la transferencia, el cual *articularía una teoría de transformación*. La cual estaría en relación con cierta teoría de la causa de la enfermedad, que permitiría comprender las entidades patológicas. Por ello vemos que, cuando un individuo o grupo presenta determinada patología (visible a partir de cierta teoría de la causa de la enfermedad), se operaría sobre la misma a partir de cierta acción psicoterapéutica, que articularía una teoría de la transformación orientada hacia la cura. Esto mostraría una articulación entre cura, acción psicoterapéutica y cierta teoría de la causa de la enfermedad, que podemos presentar mediante el siguiente esquema.



Este esquema se encuentra inspirado en el estudio de las configuraciones premodernas de las estrategias de tratamiento del alma realizadas por Dunker (2011), donde es posible ubicar la articulación de tres formas de saber (terapia, cura y clínica), que dan lugar a superficies discursivas:



Terapia

Clínica

A partir de dichas superficies sería posible ubicar “*prácticas y compromisos basados en la transformación de si como esfuerzos de enunciación de una verdad propia* (ibid., p. 245); acentuaciones “*de los efectos de transformación basados en una ética de la eficacia*” (idem) ; y “*prácticas que más nítidamente se comprometen con una estrategia política, en la cual se ven fácilmente subordinadas*” (idem). Lo que permitiría ubica las diferentes psicoterapias. Notemos, por ejemplo, que en las psicoterapias de base en la reflexología, la psicología social, la psicoterapia dinámico expresiva, y el psicodrama, los dispositivos terapéuticos parecerían subordinarse de manera explícita a una teoría política transformación social, en particular al marxismo. Tales prácticas, si bien harían foco en este aspecto, se interesan en los procesos de transformación subjetiva, ante lo cual desarrollan los procedimientos que entienden más eficaces o acordes para ello.

En relación a los nexos con procedimientos psicoterapéuticos primitivos, sería posible reconocer gracias al trabajo de Dunker (2011), que las articulaciones entre la superficie de la cura, la terapia y la clínica permitirían localizar, por ejemplo, aquellas prácticas que hacen énfasis en la efectividad, y la influencia del terapeuta o de ciertas sustancias³¹ presentarían una asimilación de elementos provenientes del chamanismo, la confesión religiosa, la medicina hipocrática y la hechicería (Elleberger, 1970; Dunker, 2011). Mientras que, si el eje está en el compromiso político, sería posible localizar nexos con sistemas de trasmisión basados en la *tragedia* y la *catarsis* (Dunker, 2011), (aspectos que se énfatizarían, por ejemplo, en el psicodrama y la psicoterapia dinámico expresiva, en los que hay referencias explícitas a estos elementos).

Como puede notarse el campo psicoterapéutico moderno presentaría sus expectativas de eficacia y reducción del sufrimiento bajo cierto ideario de cura (*Kure, Sorge*), que tiende a materializar aspectos de la psicoterapias primitivas, tales como prácticas de salvación, confesión, purificación, o restablecimiento (Dunker, 2011). En relación al psicoanálisis ello estaría

³¹ Tales prácticas parecerían mostrar elementos presentes en la psicoterapia asistidas con barbitúricos y alucinógenos, o en las terapias de la conducta.

representado por “la temática de inicio y fin de análisis, de las condiciones de formación del deseo del analista, de las modalidades únicas o regulares de transferencia y de su manejo” (ibid., p.250).

Referencias Bibliográficas.

Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913 .
Revista Latinoamericana de Psicología, 45, (2), 315-319. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia

A.U.P.P.E (1970). Características y propósitos de la Asociación Uruguaya de Psicología y Psicopatología de la Expresión. En: A.U.U.P.E. (1970). *Psicología de la expresión*. (3-8) Montevideo: A.U.P.P.E.

Berta, M. et al. (1961) Psicoterapia por «Rêve Éveillée Dirigé» *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 25 (154), 3-36. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.

Berta, M. et al. (1962). Rêve Éveillée» Lisérgico Dirigido. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 27 (158), 3-50. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.

Berta, M. et. al. (1967). Psicosis Dirigida (Conclusión). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 32 (191), 3-42. Montevideo. Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.

Bandura, A. (1956). Psychotherapist's anxiety level, self-insight, and Psychotherapeutic Competence. *The Journal of Abnormal an Social Psychology*, (52), 3, 333-337.
<http://www.uky.edu/~eushe2/BanduraPubs/Bandura1956JASP.pdf>

Bauleo, A. (1973). Marxismo y psicoanálisis. En: *Vicisitudes de una relación* (29-53). Buenos Aires: Granica.

Bin, K. (2003) Significação e limite da linguagem na formação psicoterapêutica *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*,6 (3),70-82 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental São Paulo, Brasil.
<https://www.redalyc.org/pdf/2330/233018065005.pdf>

- Carrasco, J. et al (1960). Método de Psicoterapia Dinámico-expresiva en grupo. En: A.U.U.P.E. (1970). *Psicología de la expresión*. (31-34). Montevideo: A.U.P.P.E.
- Cautin, R. L. (2011). A Century of psychotherapy, 1860–1960. En: Norcross, J. C., VandenBos, G. R. y Freedheim, D. K. (ed.). (2011). *History of Psychotherapy: Continuity and Change*. Washinton, D. C. American Psychological Association
- Dunker C. I. L. (2011). *Estructura e constituição da clínica psicanalítica. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Pablo: ANNABLUME
- Ellemerger, H. F. (1970). *El descubrimiento del inconsciente*. Madrid: Gredos
- Foucault M. (2007 [1973-1974]). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault M. (2011[1979-1980]). *Del gobierno de los vivos*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En : *Obras completas, Vol. VII*: 1-108. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1905 [1904]) Sobre psicoterapia. En: *Obras completas, Vol. VII*: 243-257. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En: *Obras completas, Vol. XII*: 93- 106. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En: *Obras completas, Vol. XII*: 145-158. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Freud, S. (1915). Lo inconciente. En: *Obras completas, Vol. XIV*: 153-213. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud. S. (1916-1917). 27. conferencia. La transferencia. En: *Obras completas, Vol. XVI*, 392-407. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

- Freud, S. (1919 [1918]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En: *Obras completas, Vol. XVII*: 151-163. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Gambini, M. (2020). “*Echin, tepe, emoreja*”: Trazos lingüístico-discursivos de la transferencia en la escritura de caso clínico psiquiátrico (Uruguay, 1899-1940) (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, Udelar, Uruguay.
- García, L. (2015). La psiquiatría comunista argentina y las psicoterapias pavlovianas: propuestas y disputas, 1949-1965. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, (5), 220- 243. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Cuajimalpa. Distrito Federal, México.
<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=455644905011>
- Keegan, E. y Holas, P. (2010). Cognitive-Behavior Therapy. Theory and Practice. En Carlstedt, R. *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine. Perspectives, Practices and Research* (605-630). New York. Springer.
- Kritz, J. (2012 [1985]). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Moreno, J. (1995 b). *Las bases de la psicoterapia*. Buenos Aires: Home.
- Pichon-Rivière, E. (1975). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (I). Buenos Aires: Nueva visión.
- Pichon-Rivière, E. y Pampliega de Quiroga, A. (2003 [1972]). Del Psicoanálisis a la Psicología Social. *ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES* (9).
<http://www.area3.org.es/Uploads/a3-9-pichon-quiroga-psicoanalisis-a-psicologia-social.pdf>
- Pichon-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva visión
- Radecki W. (1938). Contribución a la psicoterapia de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 3 (16), 5-11. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.
- Silvera Galasso, H. (1977). La desensibilización sistemática en Psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 42 (250), 129-142. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría. Hospital Vilardebó.

Trenchi, H. M. y Silvera, H. E. (1976). Técnicas de Terapia de la conducta asociadas al *Rêve Éveill  Dirig *. *Revista de Psiquiatr  del Uruguay* (244), 26-38. Montevideo: Sociedad de Psiquiatr . Hospital Vilardebó.

Tortosa, F. y Civera, C. (2006). *Historia de la Psicolog *. Valencia: Mc Graw Hill.

Wolpe, J. (1990 [1958]). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.

Xavier Cançado, P. R. et al. (2005) behaviorismo: uma proposta de estudo do comportamento En: Jac -Vilela, A. M. et al. *História da Psicolog :rumos e percursos*. 179-194. Río de Janeiro: Nau.

CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Ana Luz Protesoni, Sofía Grillé
(protesoni@psico.edu.uy)

Resumen

Se estudiaron las creencias y percepciones que las mujeres con cáncer de mama tienen sobre la enfermedad y los tratamientos y se indagó la asociación que éstas guardan con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se realizó un estudio descriptivo y correlacional, en 228 pacientes adultas del sistema público asistencial. Se utilizó un formulario sociodemográfico y clínico, el cuestionario IPQ-R para valorar percepción y creencias y el FACT-B para valorar CVRS. A partir de los datos recabados se realizaron análisis descriptivos y de estadística inferencial utilizando el SPSS.

Los diferentes tipos de tratamientos no registraron diferencias significativas en la CVRS, sin embargo si se registraron diferencias en los tipos de cirugía a largo plazo, disminuyendo la CVRS en las mujeres con mastectomía sin reconstrucción. Las mujeres perciben que el tratamiento contribuye a controlar la enfermedad. La percepción de severidad se incrementa en aquellas que finalizaron los tratamientos. Las creencias y percepciones guardan una relación estadísticamente significativa con la CVRS. Las atribuciones del 80 % de las pacientes refieren a causas psicológicas y en un 32.8% a causas biológicas.

Se concluye que durante el tratamiento las mujeres tienden a minimizar la gravedad de la enfermedad y su duración. Estas creencias y percepciones se asocian con la CVRS, en especial las dimensiones relativas a la comprensión y control sobre la enfermedad y los tratamientos. Las atribuciones de la enfermedad se ubican en causas psicológicas, (que generan vulnerabilidad o sobrecarga) o se atribuyen a causas biológicas. Sin embargo los hábitos no se asocian como causales de la enfermedad.

Palabras claves: cáncer de mama, creencias y percepciones, calidad de vida

Abstract

The beliefs and perceptions that women with breast cancer have about the disease and its treatments and their association with health-related quality of life (HRQoL) were investigated. A descriptive and correlational study was carried out in 228 adult patients from the public healthcare system. A sociodemographic and clinical form, the IPQ-R questionnaire to assess perception and beliefs, and the FACT-B to assess HRQoL were used. Statistical analyzes were carried out using SPSS.

The different types of treatments did not show significant differences in HRQoL, however, types of surgery was associated with HRQoL. Women with mastectomy without reconstruction had a decreased HRQoL. Women perceive that the treatment contributes to controlling the disease. The perception of severity increases in those who completed the treatments. Beliefs and perceptions have a statistically significant relationship with HRQoL. 80% of the patients attribute it to psychological causes and 32.8% to biological causes.

It is concluded that during treatment women tend to minimize the severity of the disease and its duration. These beliefs and perceptions are associated with HRQoL, especially the dimensions related to understanding and control over the disease and treatments. The attributions of the disease are located in psychological causes, (which generate vulnerability or overload) or are attributed to biological causes. However, habits are not associated as causes of the disease.

Key words: breast cancer, beliefs and perceptions, quality of life

Introducción

El cáncer de mama, por su incidencia, prevalencia, mortalidad y sobrevida, a nivel mundial y nacional (CHLCC, 2019), se lo considera un problema de salud pública que amerita ser estudiado desde las diferentes áreas que involucra y en diversas culturas.

El diagnóstico de cáncer de mama, como evento disruptivo (Benyakar, 2003), puede generar repercusiones en todas las áreas de la vida (física, emocional, cognitiva, social, laboral). A su vez luego del diagnóstico tienen lugar una serie de tratamientos prolongados e invasivos (radioterapia, quimioterapia, cirugías), que generan efectos secundarios adversos (náuseas, alopecia, mucositis, infecciones, ingresos hospitalarios y otros), instalándose un entorno disruptivo (Benyakar, 2003). Por otra parte, el cáncer a nivel cultural se asocia con la muerte, el deterioro y el dolor, por lo que es posible que desencadene un estado de temor persistente y la convivencia con la posible vulnerabilidad del sí mismo.

En este escenario de quiebre de la homeostasis e incertidumbre, la mujer elabora modelos explicativos a partir del diagnóstico, los síntomas y los cambios corporales (Álvarez, 2002; Weinman, Petrie, 1996). Estos modelos explicativos están conformados por representaciones cognitivas y emocionales sobre la patología, que incluyen información acerca de la identidad de la enfermedad, sus consecuencias, sus causas, su duración, sus síntomas y los tratamientos, así como expectativas en relación a la cura (Beléndez, Bermejo y García, 2005; Taylor, 2007). Los constructos que las mujeres elaboran en relación a la enfermedad pueden ser desde muy imprecisos e inadecuados hasta amplios, técnicos y completos. Su importancia radica en que influyen en las conductas de cuidado, en las reacciones frente a los síntomas, en la adherencia a las recomendaciones del tratamiento, en las expectativas futuras (Vinaccia, Quiceno, Remor, 2012) y en la calidad de vida durante el proceso de enfermedad (Bayés, 1991; Crespo y Cruzado, 1997; Stanton, Danoff-Burg y Huggins, 2002). Este estudio trata de describir las creencias y percepciones sobre la enfermedad y los tratamientos de las mujeres con cáncer de mama, e indagar su asociación con la CVRS entendiendo por tal la distancia entre el bienestar percibido y las expectativas construidas.

Dumalaon, Canaria, Hutchinson, Prichard y Wilson (2014) encontraron que las creencias sobre las causas del cáncer de mama entre las mujeres afectadas no siempre son consistentes con el juicio de los expertos. Registraron que predomina la creencia de atribución del cáncer a los antecedentes familiares, factores ambientales, el estrés, el destino o el azar, mientras que el estilo de vida se identifica con menor frecuencia. Observaron que cuando predominan atribuciones causales centradas en aspectos incontrolables se activan comportamientos de evitación, mientras que cuando predominan atribuciones centradas en causas modificables y controlables se propician comportamientos orientados a enfrentar la afección. Peuker, Armiliato, Souza y Kern (2016) y Lizama, Rogers, Thomson, et. al. (2016) también encontraron que las creencias sobre la enfermedad no se corresponden con los conocimientos académicos y además parecerían variar en función de aspectos sociodemográficos. En el estudio realizado, predominan las atribuciones a causas psicológicas, como el estrés, problemas familiares y personales, así como la atribución a factores incontrolables externos. También plantean que cuando las atribuciones causales se asocian a factores incontrolables puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres, ya que se asocian con desajuste psicosocial y aumento de la angustia.

Varios estudios reportan una asociación entre percepción y creencias sobre la enfermedad y calidad de vida (Gercovich, López, Bortolato, et. al., 2012; Rozema, Vollnik y Lechner, 2009), concluyendo que cuando la percepción sobre la enfermedad es amenazante, la CVRS es igualmente baja, y a la inversa. La dimensión de control (control sobre la enfermedad y control

sobre el tratamiento) sobresale en los diferentes estudios como variable predictiva (Kern, Lawrenz, Romeiro, et. al. 2016; Mc. Corry, Dempster, Quinn, Hogg, et. al., 2013; Rozema, Vollnik y Lechner, 2009). Creer que se tiene la capacidad de controlar la enfermedad posibilita una percepción de la CVRS más favorable. Esta permite menor presencia de emociones negativas (ansiedad, depresión, estrés), mejor uso de estrategias de afrontamiento y un uso adecuado y racional de los servicios de salud. La percepción de control sobre la enfermedad y el tratamiento hace que la paciente perciba el curso de la enfermedad con menor cronicidad, de forma más realista y optimista. La paciente que tiene incrementada la dimensión control, percibe menos síntomas de dolor, menor temor a la estigmatización social relacionada con la condición de enfermedad y mayores creencias positivas. Otra de las dimensiones que se encontraron significativas como predictivas de calidad de vida es la de durabilidad (Kern, et. al., 2016; Mc. Corry, et. al., 2013). Las mujeres reportan mayor angustia cuando tienen la convicción de que el cáncer durará mucho tiempo, que es una afección crónica, y a su vez consideran que los tratamientos no serán efectivos. En la literatura se concluye que la percepción y creencias sobre la enfermedad son constructos de gran valor que se investigan en las pacientes con cáncer de mama, por considerarlos variables relacionadas con la calidad de vida, el afrontamiento, el estado anímico y las prácticas de autocuidado. Las representaciones que construyen las pacientes sobre el cáncer y los tratamientos parecen jugar un papel importante en la salud percibida y en la evolución de la enfermedad. El objetivo de este trabajo fue evaluar en mujeres con cáncer de mama la asociación entre CVRS (variable dependiente) y el tipo de tratamiento y cirugía realizado y las creencias y percepciones sobre la enfermedad

3. Método y Población

Se utilizó un diseño metodológico correspondiente con los estudios descriptivos y correlacionales, (Dankhe, 1986, en Fernández Collado y Dankhe, 1986).

Se seleccionó una muestra de 228 pacientes adultas en tratamiento ambulatorio por cáncer de mama, usuarias del sistema público de asistencia (Hospital de la Mujer, Instituto Nacional del Cáncer, Hospital de Clínicas) ubicado en Montevideo, Uruguay. Se realizaron entrevistas presenciales con investigadores entrenados, en las policlínicas luego de la consulta médica. Se invitó a las pacientes a participar voluntariamente de la investigación, se les informó del estudio y se obtuvo el consentimiento informado. Se procedió a realizar las entrevistas cara a cara,

aplicando los protocolos que llevaron un promedio de 30 minutos.

- *Instrumentos:*

1) Se diseñó un formulario de datos sociodemográficos y clínicos con el fin de valorar las características de la muestra. Se relevó información respecto a: edad, lugar de residencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, núcleo familiar, antecedentes neoplásicos personales y familiares, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama, tratamiento actual y tratamientos recibidos por el cáncer de mama, consulta a un profesional de la salud mental (psiquiatra/psicólogo), ingesta de psicofármacos, intentos de autoeliminación (IAE), creencia religiosa.

2) Se utilizó el Cuestionario de percepción de enfermedad en su versión abreviada: (The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-R) desarrollado originalmente por Broadbent, Petrie, Main y Weinman, (2006). La traducción al español fue desarrollada por Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick (2002) y validado a nivel lingüístico y psicométrico para población española (Pacheco-Huelgo, 2007), para valorar las creencias y percepciones en relación a la enfermedad. Este cuestionario está basado en el Modelo de Autorregulación de sentido común de Leventhal, Leventhal y Cameron (2001). El cuestionario está formado por tres dimensiones que contienen ocho ítems que se responden utilizando un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0-10. (Figura 1)

DIMENSIONES	ÍTEMES	DESCRIPCIÓN
1 - Representación cognitiva de la enfermedad	1 -Consecuencias	Implicaciones físicas, sociales, económicas y emocionales que ocasiona la enfermedad
	2- Dimensión temporal	Expectativa sobre evolución y duración de la enfermedad
	3- Percepción de control sobre la enfermedad	Expectativa sobre su incidencia en la cura
	4- Percepción de control sobre los tratamientos	Percepción sobre efectividad de los tratamientos
	5- Identidad atribuida a la enfermedad	Variables que identifica la presencia o ausencia de enfermedad
2 - Representación	6 - Preocupación	Preocupación que ocasiona la afección

emocional sobre la enfermedad	conciencia de enfermedad	
	7 – Representación emocional	Impacto emocional
3 - Comprensión	8 – Coherencia interna	Concordancia entre diagnóstico y tratamiento

Figura 1: Se describen las dimensiones e ítems que indaga el cuestionario IPQR

La última dimensión que valora la escala, se compone de una pregunta abierta ordinal con tres posibilidades de respuesta. Esta dimensión valora las atribuciones causales que el paciente otorga a la enfermedad a través de una respuesta abierta. Las pacientes informan las tres atribuciones asociadas a la etiología según su apreciación. Las respuestas de este ítem se agruparon en 7 categorías: 1) Atribuciones psicológicas; 2) Hábitos; 3) Factores biológicos; 4) Mala suerte o destino; 5) Falta de recursos; 6) Agentes químicos, 7) Lesiones (Peuker, Armiliato, Vital, Kern, 2015). Para evaluar la validez de este instrumento se utilizaron tres jueces —de forma independiente y a ciegas— quienes agruparon todas las respuestas de las pacientes según las categorías antes mencionadas. Posteriormente, se realizó un análisis de concordancia entre los jueces, utilizando el índice de concordancia de Kappa de Fleiss, entre los tres investigadores (Fleiss, Cohen y Everitt, 1969). Se obtuvo un coeficiente de 0.92 entre las categorizaciones realizadas por los tres jueces de la primera atribución causal. En la segunda atribución causal, el coeficiente de concordancia Kappa de Fleiss fue de 0.87 y en la tercera atribución causal fue de 0.86 %.

3) *Cuestionario FACT-B* (Cella, 1995 4a Versión) para pacientes oncológicos, que evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en poblaciones adultas, adaptado al Uruguay. La escala está compuesta por 36 ítems distribuidos en dos componentes: uno general (27 ítems) y otro relacionado con los síntomas del cáncer de mama (nueve ítems). El cuestionario evalúa cinco dominios: bienestar físico (7 ítems), bienestar social/familiar (7 ítems), bienestar emocional (6 ítems), bienestar funcional (7 ítems) y una subescala específica relacionada con la enfermedad y con el tratamiento del cáncer de mama (9 ítems). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert con cinco niveles que van de 0 (nada) hasta cuatro (muchísimo). El análisis de confiabilidad muestra una alta consistencia interna como lo indican los coeficientes alfa de Cronbach que van desde 0.-78 a 0.-91 (Dapueto, 2016) .

Análisis de Datos

Los resultados fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 21. Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de resumen y dispersión (mediana, rango intercuartil y frecuencias). Para determinar la concordancia (Kappa de Fleiss) entre observadores se utilizó el índice de concordancia de Kappa de Fleiss, (referencia Fleiss JL, Cohen J, Everitt BS. Large sample standard errors of kappa and weighted kappa. Psychol Bull 1969; 72: 323-327). Se consideró la concordancia como: 0 pobre, 0.01-0.20 leve, 0.21-0.40 aceptable, 0.41-0.60 moderada, 0.61-0.80 considerable 0.81-1 muy buena/casi perfecta. Se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis para evaluar la significancia estadística entre grupos. Para evaluar la dependencia lineal entre 2 variables cuantitativas se utilizó la correlación de Spearman y para establecer la relación entre una variable dependiente cuantitativa y un conjunto de variables independientes cuantitativas se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. En todos los casos se consideró como significativo un valor de p menor a 0.05.

Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue aprobado por los comité de ética de las instituciones participantes: Instituto Nacional del Cáncer, Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de Clínicas. Todos los pacientes recibieron información detallada acerca de la investigación y firmaron el consentimiento informado.

4. Resultados

Características sociodemográficas y clínico-biológicas:

La edad promedio de la muestra se ubica en los 58 años, abarcando desde los 32 a los 89 años. La mayoría de las mujeres se encuentran casadas, han tenido hijos y conviven con familiares. (Tabla I)

Tabla I. *Características socio-demográficas de la muestra*

N= 205

Edad, mediana \pm (RIQ)* , años 58.0 \pm 11.1 (50-66)

Residencia

Montevideo (%) 101 (49.8 %)

Interior (%) 102 (50.2 %)

Estado Civil

Casada o unión libre (%) 81 (39.7 %)

Divorciada (%) 53 (26.0 %)

Soltera (%) 39 (19.1 %)

Viuda (%) 31 (15.2 %)

Nivel Educativo

Primaria (%) 114 (56.1 %)

Secundaria (%) 70 (34.5 %)

Situación Laboral

Inactiva (%) 143 (71.1 %)

En actividad (%) 58 (28.9 %)

Religión

Creyente (%) 201 (88.2 %)

No Practicante (%) 102 (65.8 %)

RIQ: Rango intercuartil

Con respecto a los datos clínicos, se encontró que el 37.6 % estaba em tratamiento de quimioterapia y el 31.7 % en tratamientos de hormono e inmunoterapia. El 14.1 % de las mujeres se encontraba en control por cirugía reciente, habiendo sido intervenidas el 95.6 % de la muestra. De ellas, la mayoría tiene conservada la mama (lumpectomía, mastectomía parcial), aunque un porcentaje muy bajo (7.9 %) se realizó reconstrucción mamaria. (Tabla II)

Tabla II. *Características clínico-biológicas del cáncer de mama*

n=228	(%)
Tipo de Tratamiento al momento de la entrevista	205 (89.5 %)
Quimioterapia	77 (37.6 %)
Hormonoterapia y/o Inmunoterapia	65 (31.7 %)
Radioterapia	34 (16.6 %)
Cirugía reciente	29 (14.1 %)

Tipo de Cirugía realizada para tratamiento del cáncer de mama

n=205	(%)
Cirugía con menor afectación de imagen	131 (68.6 %)
Lumpectomía	47 (24.6 %)
Mastectomía parcial	69 (36.1 %)
Mastectomía radical con reconstrucción	15 (7.9%)
Mastectomía radical sin reconstrucción	60 (31.4%)

Calidad de vida relacionada con la salud y variables clínico-biológicas:

En la escala global de calidad de vida (que va de 0 a 148) se registró una mediana de FACT-B Global de 105 (RIQ 82-118) (Tabla III).

Tabla III. CVRS: *FACT-B*

Rango de escala Mediana (RIQ)*

n=203

Estado físico	0 – 28	22.0 (16.0 - 26.0)
Ambiente familiar y social	0 – 28	20.0 (15.0 - 24.0)
Estado emocional	0 – 24	18.0 (14.0 - 22.0)
Funcionamiento personal	0 – 28	20.5 (15.0 - 25.0)
Síntomas vinculados cáncer de mama	0 – 40	26.0 (21.0 - 30.0)

*RIQ: rango intercuartil

Los diferentes tipos de tratamientos onco específicos no registraron diferencias significativas en la CVRS, sin embargo los tipos de cirugía (conservadora o no), por las que pasaron las mujeres, si registraron diferencias significativas en la CVRS.

La valoración que hacen las mujeres con mastectomía sin reconstrucción se encontró sensiblemente descendida con respecto a los otros tipos de cirugía. (Tabla IV)

Tabla IV. *FACT-B* en función del tipo de cirugía realizada

n=203	Lumpectomía Mediana (RIQ)*	Mastectomía parcial Mediana (RIQ)*	Mastectomía radical reconstrucción Mediana (RIQ)*	Mastectomía conradical reconstrucción Mediana (RIQ)*	Valor sin de p**
Estado Físico	25.0 (20.0-27.0)	20.0 (15.0-25.0)	24.0 (16.0-26.0)	21.5 (14.5-25.0)	0.009
Ambiente familiar y social	20.0 (15.0-24.0)	20.5 (15.0-26.0)	20.0 (12.0-25.0)	19.0 (14.5-22.0)	0.45
Estado emocional	18.0 (14.0-21.0)	18.0 (14.0-22.0)	18.0 (15.0-23.0)	17.5 (12.0-23.0)	0.81
Funcionamient	21.0 (16.0-22.0)	20.0 (13.0-25.0)	20.0 (14.0-25.0)	21.0 (16.5-24.0)	0.98

o					
personal					
Síntomas					
cáncer de mama	25.0 (20.0-31.0)	26.0 (22.0-29.0)	27.0 (22.0-34.0)	24.0 (22.0-31.0)	0.88
FACT-Global	107.0 (85.0-119.0)	104.5 (79.0-118.0)	115.0 (81.0-124.0)	103.0 (86.0-113.0)	0.63

*RIQ: rango intercuartil

**Prueba Kruskal-Wallis

Creencias y percepciones en relación a la enfermedad y calidad de vida:

La dimensión percepción de control sobre la enfermedad y el tratamiento, en una escala que va de 0 (nada) a 10 (mucho), registró una mediana de 10 (RIQ 8 -10) denotando que las mujeres perciben que el tratamiento contribuye a controlar la enfermedad. Resultados similares se obtuvieron con respecto a la dimensión de comprensión del diagnóstico y los tratamientos, lo cual determina una coherencia interna que evidencia que las mujeres comprenden la afección. (Tabla V)

Tabla V. *Percepción y Creencias sobre la enfermedad*

IPQ-R n=196	Mediana (RIQ)
Consecuencias	4.8 (2-8)
Duración enfermedad	4.6 (2-7)
Control sobre la enfermedad	7.3 (5-10)
Control sobre el tratamiento	10 (8-10)
Identidad	3.7 (1-6)
Preocupación por la enfermedad	5 (0-8)
Coherencia sobre la enfermedad	9 (6-10)
Respuesta emocional	4.4 (1-8)

IPQ-R: Illness Perception Questionnaire, RIQ: rango intercuartil

Con respecto a la percepción global sobre la enfermedad, se registró en una escala que va de 0 a 80, que las mujeres manifestaban una percepción de amenaza de la enfermedad que se ubica por debajo de la media en la escala (mediana de 27.8±16.7).

Por otra parte se registró que predominan las representaciones de tipo cognitivo, por sobre las emocionales con respecto a la enfermedad.

Al estudiar la relación entre las creencias y percepciones sobre la enfermedad y las características sociodemográficas de la población estudiada, se registró asociación entre el nivel educativo y la percepción de control sobre los tratamientos. Las pacientes que contaban con primaria completa o incompleta obtuvieron una mediana de 8 (RIQ 7-10), mientras que aquellas que tenían mayor nivel educativo, una mediana de 10 (RIQ 9-10), p=0.045).

Al compararse los resultados de la escala IPQ-R entre las mujeres que se encontraban en tratamiento al momento de la entrevista con aquellas que no estaban recibiendo tratamientos oncoespecíficos, se encontraron diferencias significativas con respecto a la percepción de la duración de la enfermedad. Aquellas que no estaban recibiendo tratamientos oncoespecíficos reportaron una percepción mayor de duración que aquellas que estaban en algún tratamiento oncoespecífico (p=0.026). (Tabla VI)

Tabla VI. IPQ-R en función de la variable en tratamiento o tratamiento finalizado

Percepción y creencias sobre la enfermedad	En tratamiento actual (mediana-RIQ)	Tratamiento finalizado (mediana-RIQ)	Valor de p*
Consecuencias	5.0 (2.0-8.0)	6.0 (1.0-10.0)	0.51
Duración enfermedad	5.0 (2.0-7.0)	9.0 (2.0-10.0)	0.026
Control sobre la enfermedad	9.0 (5.0-10.0)	8.5 (5.0-10.0)	0.77
Control sobre el tratamiento	10.0 (8.0-10.0)	10.0 (5.0-10.0)	0.68
Identidad	3.5 (1.0-6.0)	5.0 (1.0-9.0)	0.17
Conciencia la enfermedad (preocupación)	5.0 (1.0-8.0)	5.0 (1.0-8.0)	0.69
Coherencia sobre la enfermedad	9.0 (6.0-10.0)	10.0 (7.0-10.0)	0.42

Respuesta emocional	4.0 (1.0-8.0)	3.5 (1.0-9.0)	0.77
IPQ Global	28.0 (14.0-38.0)	39.0 (16.0-45.0)	0.16
<i>Representaciones cognitiva y emocional</i>			
Representación Cognitiva	30.0 (24.0-34.0)	31.0 (25.5-42.5)	0.13
Representación Emocional	8.0 (3.0-15.0)	7.0 (5.0-16.0)	0.95

RIQ: rango intercuartil *Prueba U Mann Whitney

Hemos observado que existe una correlación lineal estadísticamente significativa entre IPQ-R y CVRS global (Tabla VII, figura 2). Se registraron correlaciones moderadas e inversas entre la CVRS global y la percepción de consecuencias, duración de la enfermedad, identidad, conciencia de enfermedad, respuesta emocional, representación cognitiva y representación emocional. Los ítems *control sobre la enfermedad, control sobre el tratamiento y comprensión sobre la enfermedad* registraron correlaciones moderadas y directas con la CVRS a nivel global.

Tabla VII. *Análisis de correlación de IPQ-R con FACT-global*

<i>Percepción y creencias sobre la enfermedad</i>	r Spearman	Valor de p
Consecuencias	-0.55	0.0001
Duración de la enfermedad	-0.34	0.0001
Control sobre la enfermedad	0.15	0.027
Control sobre el tratamiento	0.33	0.0001
Identidad	-0.49	0.0001
Conciencia la enfermedad (preocupación)	-0.39	0.0001
Coherencia sobre la enfermedad	0.22	0.0013
Respuesta emocional	-0.48	0.0001
IPQ-R Global	-0.60	0.0001
<i>Representaciones cognitivas y emocionales</i>		
Representación Cognitiva	-0.44	0.0001
Representación Emocional	-0.48	0.0001

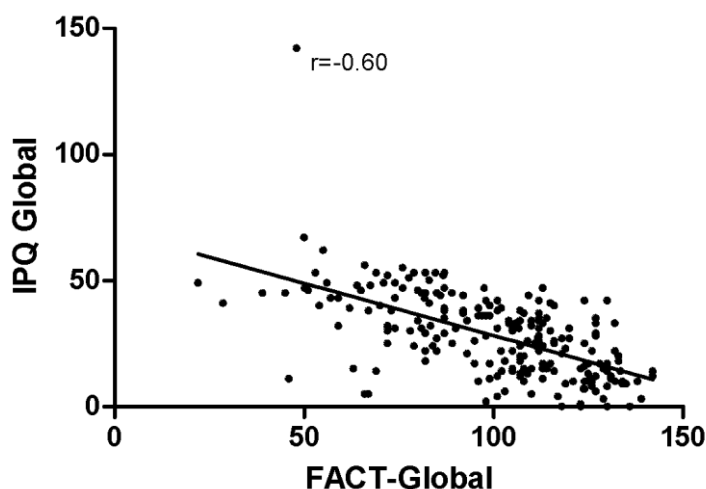


Figura 2: correlación lineal entre Fact-Global y IPQ-R Global.

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente a la CVRS y utilizando como variables independientes todas las variables del IPQ-R, ya que eran significativas. Se observó un coeficiente de determinación R^2 corregido de 0.44 con un valor de $p=0.0001$. El análisis excluyó la variable Representación emocional en tanto se registró que no agrega datos para predecir la CVRS.

En la tabla VIII se muestra el modelo con el valor del coeficiente β indicando la intensidad y la dirección de la relación entre cada variable independiente y CVRS. Se observa una correlación inversa en todas las variables excepto con representación cognitiva y las variables con mayor valor β fueron Consecuencias y representación cognitiva.

Tabla VIII. *Análisis de regresión lineal múltiple entre FACT-Global y las diferentes variables de IPQ-R*

	β	IC 95% inferior	límite superior	Valor de p
<i>Percepción y creencias sobre la enfermedad</i>				
Consecuencias	-0.57	-5.9	-2.1	0,0001
Duración de la enfermedad	-0,37	-4.5	-0.84	0.005

Control sobre la enfermedad	-0,26	-3.7	-0.47	0.012
Identidad	-0.52	-5.6	-2.04	0.0001
Conciencia la enfermedad (preocupación)	-0,22	-0.176	3.11	0.08
Coherencia sobre la enfermedad	-0,035	-1.5	0.90	0.61
IPQ Global	-0.11	-0.69	0.36	0.53
<i>Representaciones cognitivas y emocionales</i>				
Representación Cognitiva	0.56	0.66	3.4	0.004
Representación Emocional	-0.27	-2.04	0.11	0.080

Modelo global: $F=20.05$, $p = 0.0001$; $R^2 = 0.47$; R^2 corregida = 0.44

Las atribuciones causales se indagaron a partir de una pregunta abierta. La referencia a causas psicológicas apareció como la más frecuente, seguida de causas biológicas.

Los resultados se presentan en la tabla IX

Tabla IX. IPQ-R Atribuciones causales

IPQ-R n: 178	Primera atribución %	Segunda atribución %	Tercera atribución %
Psicológicas	83 (48.3 %)	19 (22.6 %)	8 (9.5 %)
Biológicas	38 (22.1 %)	7 (8.3 %)	2 (2.4 %)
Destino, mala suerte	20 (11.6 %)	7 (8.3 %)	1 (1.2 %)
No identifica la causa	16 (9.3 %)	47 (56.0 %)	70 (83.3 %)
Hábitos	6 (3.5 %)	3 (3.6 %)	3 (3.6 %)
Lesión	4 (2.3 %)	1 (1.2 %)	
Productos químicos	3 (1.7 %)		
Falta de recursos	2 (1.2 %)		

5. Discusión

La edad promedio de las mujeres de este estudio es de 58 años, la mayoría estaban casadas, habían tenido hijos, convivían con familiares, se encontraban inactivas y eran creyentes. La mayoría estaba recibiendo tratamiento quimioterápico, seguido de hormono-inmunoterapia, radioterapia y post cirugía. Sin embargo, la gran mayoría había pasado por una cirugía.

La valoración que realizan las mujeres en tratamiento sobre la CVRS a nivel global es buena, ubicándose por encima de la media de la escala. Sánchez, Sierra-Matamorosa y López-Daza (2012), encontraron que la expectativa de bienestar en las mujeres de más de 50 años plantea menores exigencias en relación con las más jóvenes.

Por otra parte en este estudio no se encontraron diferencias con respecto a la CVRS entre las mujeres que se encuentran cursando distintos tratamientos oncológicos. Similares resultados encontró Dapuetto, Servente, Francolino y Hahn (2005) en población oncológica uruguaya.

Sin embargo, en este estudio aparecen diferencias significativas según el tipo de cirugía a largo plazo y la CVRS. Al igual que encontraron Ruiz Carreño y Almansa Martínez (2012), la CVRS en mujeres con cirugía mamaria es una variable sensible con el paso del tiempo. La valoración de la CVRS que hacen las mujeres con mastectomía sin reconstrucción difiere de forma significativa y negativa con respecto a los otros tipos de cirugía. Resultados similares encontraron Bajuk y Reich (2011), Reich y Remor (2011) y Gargantini y Casari (2019). En todos estos estudios y en este también, se encontró que las pacientes que se sometieron a cirugía sin reconstrucción presentaron niveles de CVRS significativamente más bajos en especial en la subescala física, en comparación con las mujeres a las que se le realizó lumpectomía o mastectomía con reconstrucción.

Por otra parte y consecuentemente con la valoración sobre la CVRS, la mayoría de las mujeres de este estudio refieren una percepción de severidad con respecto a la enfermedad que se ubica por debajo de la media de la escala. Así también refieren una buena comprensión de la enfermedad, perciben que los tratamientos contribuyen con la salud y sienten que pueden controlar la enfermedad. La mayoría de las mujeres utilizan representaciones de tipo cognitivas, destacándose el manejo racional por sobre el emocional. La percepción de duración de la enfermedad es mayor en aquellas mujeres que finalizaron los tratamientos. Por el contrario las mujeres que se encuentran recibiendo tratamiento oncoespecífico parecen focalizar su preocupación en la situación inmediata. Se encontró que en términos generales las mujeres que se encuentran en tratamiento conciben que la enfermedad es medianamente larga y que genera consecuencias que impactan a nivel emocional a largo plazo. También Mc. Corry et. al., (2013) y Kern et. al., (2016) encontraron en sus estudios que la duración, la percepción de cronicidad e ineficiencia de los

tratamientos incide en los niveles de angustia, siendo predictiva de calidad de vida. Las mujeres reportan mayor angustia cuando tienen la convicción de que el cáncer durará mucho tiempo, que es una afección crónica y cuando consideran que los tratamientos no serán efectivos.

Algo similar se registró con respecto a la *preocupación o conciencia de enfermedad e identidad de la enfermedad*. Las mujeres que finalizaron los tratamientos o se encontraban en tratamientos de hormono-inmunoterapia valoran con mayor preocupación la enfermedad. Sin embargo aquellas que transitan los tratamientos oncoespecíficos más agresivos (quimioterapia y cirugía), realizan una valoración de menor preocupación. Quizás éstas deban recurrir a defensas que minimizan la gravedad de la enfermedad a los efectos de sostener la adhesión a los tratamientos. Una vez que salen de los tratamientos oncoespecíficos con mayores efectos secundarios y que se alejan de la inmediatez de los tratamientos, reconstruyen lo vivido, dimensionan el proceso, valorando una mayor gravedad. Esta hipótesis explicativa se fundamenta en el uso que se registra con mayor intensidad de las representaciones emocionales por parte de las mujeres que se encuentran en quimioterapia en comparación con los otros tratamientos oncoespecíficos, evidenciando que este tipo de tratamiento coloca a la mujer en una situación de vulnerabilidad emocional generando mayores respuestas de ansiedad y angustia.

Del estudio realizado se puede afirmar que las creencias y atribuciones sobre el cáncer influyen en la valoración de la CVRS. Estas creencias pueden favorecer u obstaculizar el ajuste a la enfermedad, tal como también lo constataron Vinaccia, Quiceno y Remor (2012); Giraldo-Mora y Arangano (2009), Rozema, Vollnik y Lechner (2009) y Gercovich, et. al. (2012), quienes también reportan una asociación entre percepción y creencias sobre la enfermedad y la CVRS.

En este estudio se encontró que cuanto menores son los síntomas que ocasiona la enfermedad, cuanto menor es la percepción sobre consecuencias a nivel físico, social y emocional que ocasiona la enfermedad y menores son las reacciones emocionales adversas (ansiedad y angustia), mejor es la percepción que tienen las mujeres sobre la CVRS a nivel global.

Se encontró también que la percepción de control sobre la enfermedad se asoció como variable predictiva de la CVRS. En ese sentido, cuanto mayor es la percepción de control sobre los tratamientos, la enfermedad y la comprensión de la situación, mejor es la valoración de la calidad de vida que realizan las mujeres. Estos resultados coinciden con los hallazgos obtenidos en los estudios de Rozema, Vollnik y Lechner (2009); Mc. Corry, et. al. (2013) y Kern, et. al. (2016), por lo cual se confirma la hipótesis que cuando la mujer tiene la percepción de ser capaz de controlar la enfermedad, esto incide en la percepción que realiza de la CVRS, siendo esta más favorable.

Con respecto a las variables sociodemográficas y las creencias sobre la enfermedad, se encontró que la percepción de control sobre los tratamientos es mayor en las mujeres con mejor nivel

educativo, variable que también se observó asociada, en los estudios de Kern, et. al. (2016). Seguramente el nivel educativo incide en la comprensión de los tratamientos y favorezca las conductas de cuidado de sí.

Con respecto a las atribuciones causales, el estudio demuestra que la gran mayoría de las mujeres tienden a elaborar alguna hipótesis explicativa de la enfermedad. Estas atribuciones no se corresponden con los conocimientos académicos, al igual que encontraron Peuker, et. al, (2016) y Lizama et. al (2016) en otros estudios.

Las atribuciones causales del 80 % de las pacientes refieren a causas psicológicas, luego se ubican las causas biológicas (32.8 %), los hábitos (15.4 %) y el destino (14 %) casi en igual porcentaje, las lesiones (8.9 %), la incidencia de productos químicos o ambientales y la falta de recursos en último lugar. También Peuker, et. al.,(2016) y Lizama, et. al., (2016), encontraron que en la primer respuesta el 50% de las mujeres refieren a atribuciones psicológicas (situaciones de angustia por pérdidas, estrés prolongado, conflictos familiares). Se registra una tendencia a ubicar el cáncer dentro de la historia biográfica, en conexión con situaciones de duelo, estrés o violencia sostenida. El disgusto, la pena, el dolor afectivo y la tensión sostenida se ubican como desencadenantes de la enfermedad. Las segundas y terceras atribuciones causales siguen la misma secuencia de prioridad (causa psicológica, biológicas, hábitos, destino).

Las atribuciones a causas referidas a factores biológicos (herencia), destino o lesiones, resultan de muy difícil control y generan imposibilidad de acción, representando más del 50% de las respuestas generales. Las respuestas que atribuyen como desencadenante de la enfermedad comportamientos y hábitos (trabajo pesado, mala alimentación, pocas horas de sueño, exceso en el consumo de tabaco y alcohol), son aquellas sobre las que se podría incidir, sin embargo, se presentan en una frecuencia muy baja (15.4 %). A su vez, dentro de estas en muy pocos casos surge la atribución a la falta de conductas de control preventivo, dando cuenta que esta no es una práctica incorporada por estas mujeres en su vida cotidiana.

6. Conclusiones

A partir del estudio se concluye que el cáncer como evento disruptivo, activa creencias y atribuciones a causalidades psicológicas que se asocian con la CVRS.

Se puede concluir que la calidad de vida de las mujeres en tratamientos oncoespecíficos no guarda asociación con las variables sociodemográficas, tampoco con los tipos de tratamiento, aunque sí con el tipo de cirugía. La cirugía genera efectos a largo plazo. El tipo de cirugía que genera mayor afectación, ya sea por la amputación o la asimetría en la imagen corporal y que

parece incidir de modo negativo en la valoración del bienestar es la mastectomía sin reconstrucción.

La percepción de bienestar en la calidad de vida durante la enfermedad, parecería asociarse con el papel que juegan fundamentalmente ciertas variables psicológicas tales como las creencias y percepciones en relación a la enfermedad y los tratamientos. La percepción de poca severidad y duración se asocian con una mejor valoración sobre la calidad de vida, así como las dimensiones relativas a la comprensión y control sobre la enfermedad y los tratamientos. Por lo tanto la participación de las pacientea en los tratamientos, el propiciar información, el buen relacionamiento y comunicación del equipo de salud con las pacientes, inciden en las creencias y percepciones sobre la enfermedad y los tratamientos y por lo tanto en la CVRS.

Por otra parte se concluye que las mujeres tienden a construir teorías de sentido común en las que atribuyen causalidades a la enfermedad. Entre las de mayor predominio se encuentran las causas psicológicas, vale decir aquellas relativas a la exposición a situaciones de vulnerabilidad o de sobrecarga. Sin embargo las conductas de autocuidado (controles) y los hábitos saludables, no se asocian como causales de la enfermedad. Esta desvinculación con las conductas de autocuidado, debería constituir una alerta para las políticas de salud preventiva.

7. Referencias Bibliográficas

Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México: Trillas.

Bajuk, L., y Reich, M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 19-30. Recuperado de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/96/85>

Bayes, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.

Beléndez, M., Bermejo, R. M., y García, D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3106.pdf>

Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos.

Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., y Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-R. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. doi: [10.1016/j.jpsychores.2005.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020)

Cella, D. F. (1995). Measuring quality of life in paliative care. *Seminars in Oncology*, 22(2 Suppl. 3), 73-81.

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2019). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Incidencia del cáncer en el quinquenio 2011-2015. Tendencia de la mortalidad por cáncer hasta 2017*. Montevideo, Registro nacional de cáncer Uruguay. Recuperado de [http://Informe_RNC_mayo_2019_inc_2011-2015_Mort_hasta_2017_-_WEB%20\(1\).pdf](http://Informe_RNC_mayo_2019_inc_2011-2015_Mort_hasta_2017_-_WEB%20(1).pdf)

Crespo, M. y Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23(92), 797-830. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071279>

Dankhe, G. L. (1986). Investigación y comunicación. En C. Fernández-Collado y G. L., Dankhe (Eds). *La comunicación humana: ciencia social* (pp. 385-454). México: Mc Graw Hill.

Dapuetto, J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica del Uruguay*, 32(3), 197-204.

Dapuetto, J., Servente, L., Francolino, C. y Hahn, E. (2005). Determinants of quality of life in patients with Cancer a South American study. *American Cancer Society*, 103(5), 1072- 1081. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.20870>

Dumalaon-Canaria, J. A., Hutchinson, A.D., Prichard, I. y Wilson, C. (2014). What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes Control*, 25(7), 771-778. doi:10.1007/s10552-014-0377-3

Fleiss, J. L., Cohen, J., y Everitt, B.S. (1969). Large sample standard errors of kappa and weighted kappa. *Psychological Bulletin*, 72(5), 323-327. <https://doi.org/10.1037/h0028106>

Gargantini, A. y Casari, J. M. (2019). Imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. *Psiconcología*, 16(1), 43-60. doi: <https://doi.org/10.5209/PSIC.63647>

Gercovich, D., López, P., Bortolato, D., Margiolakis, P., Morgenfel, M., Rosell, L. y Gil Deza, E. (2012). El rol del estrés psicológico en la relación entre percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 403-414. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40911

Giraldo-Mora, C. V. y Arango, M. E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2), 191-200. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a04.pdf>

Kern de Castro, E., Lawrenz, N., Romeiro, F., Britz de Lima, N. y Abduch Haas, S. (2016). Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), 1-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32324>

Leventhal, H., Leventhal, E. A. y Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. En A. Baum, T. A. Revenson y J. E. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L., y Robitaille, Ch. (1997). Illness representations: theoretical foundations. En K.J. Petrie y J. Weinman (Eds.). *Perceptions of health and illness: current research and applications* (pp. 19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Lizama, N., Rogers, P., Thomson, A., Slevin, T., Fritschi, L., Saunders, C. y Heyworth, J.

(2016). Women's beliefs about breast cancer causation in a breast cancer case– control study. *Psycho-Oncology*, 25(1), 36-42. doi: [10.1002/pon.3869](https://doi.org/10.1002/pon.3869)

Mc. Corry, N., Dempster, M., Quinn, J., Hogg, A., Newell, J., Moore, M., ... Kirk, S. (2013). Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post-diagnosis. *Psycho-Oncology*, 22(3), 692–698. doi: 10.1002/pon.3054

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., y Buick, D. (2002). *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)* (Trad. E. Guic). Recuperado de <http://ipq.h.uib.no/pdf/B-IPQ-Spanish.pdf>

Pacheco-Huergo, V. (2007). *Validación de un cuestionario de percepción de enfermedad: Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) and Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)*. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (FIS PI031649).

Peuker, A., Armiliato, M., Souza, L. y Kern, E. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(4), 1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0007-y>

Peuker, A., Armiliato, M., Vital de Souza, L. y Kern de Castro, E. (2015). Causal attribution to cervical cancer. *Psicooncología*, 12(2-3), 249-257. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51007

Reich, M. y Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: Caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8(2-3), 453-471. Recuperado de https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37892

Rozema, H., Vollnik, T. y Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psychooncology*, 18(8), 849-857. doi: [10.1002/pon.1488](https://doi.org/10.1002/pon.1488)

Ruiz Carreño, P. y Almansa Martínez, M. P. (2012). Calidad de vida en mujeres que

conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera. *Index de Enfermería*, 21(4), 190-193. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300003>

Sánchez-Pedraza, R., Sierra-Matamoros, F. y López-Daza, D. (2012). Validación colombiana de la escala FACT-B para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología*, 63(3), 196-206. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195225192001.pdf>

Stanton, A., Danoff-burg, S. y Huggins, M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102. doi: 10.1002/pon.574

Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. ed.). México: Mc Graw-Hill.

Vinaccia, S., Quiceno, J. y Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28(2), 366-377. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.28.2.148821/133241>

Weinman, J., Petrie, K., Moss Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(4), 431-445. doi: <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>

APORTES A LA DISCUSIÓN DE LOS PROYECTOS DE LEY

Michel Dibarboure, Margarita Fraga, Liliana Suárez
(micheld@psico.edu.uy)

Tenencia compartida responsable y Corresponsabilidad en la tenencia

▮ *Argumentos de porqué surge la ley*

En la actualidad, tanto en la región como en Uruguay se está produciendo una serie de cambios y transformaciones en las familias que ha hecho que la forma como las personas conviven y se dividen las tareas de cuidado sea diversa. Se ha investigado que debido a los diferentes cambios sociales, económicos y culturales vivenciados a lo largo de los últimos tiempos en la sociedad en general, existen cada vez más diferentes arreglos parentales que se alejan de aquel modelo de “familia tradicional nuclear” conformada por un padre, una madre y sus hijos o hijas, que conviven bajo un único arreglo conyugal en pro del cuidado de estos últimos (Cabella & Nathan, 2012; Puyana et. al, 2003). Un reflejo de esta situación es que en las últimas décadas “se ha registrado una caída significativa de los matrimonios, un fuerte aumento de las uniones consensuales, se incrementaron los nacimientos extra-matrimoniales y se produjo un fuerte aumento de las separaciones y divorcios” (Cabella & Nathan, 2012, p.29).

Estas particularidades y cambios han despertado un gran interés a nivel sociopolítico, generando el planteamiento de diferentes programas, políticas y leyes que buscan apoyar una parentalidad co-responsable no solo en las familias que conviven juntas sino también en aquellas que han atravesado una ruptura, una separación, o un divorcio, tal como es el caso de los proyectos de ley “Corresponsabilidad en la crianza” y “Tenencia compartida responsable” que se pretende discutir próximamente en Uruguay.

Se entiende que estos proyectos de Ley surgen frente al pedido de algunos padres que argumentan que después de una separación o divorcio, son ellos quienes en su mayoría han tenido que salir del hogar y dejar de convivir tiempo completo con sus hijos o hijas, perdiendo en muchos casos sus derechos como padres. Sumado a esto, algunos varones han llegado a plantear que debido a diferentes razones (p. ej. conflictos con la

madre del hijo(a), cambio de ciudad de residencia, desencuentros de horarios, etc.) el contacto frecuente con sus hijos disminuye hasta el punto en el que se les imposibilita o niega la oportunidad de involucrarse en la crianza de sus hijos, compartir las diferentes tareas de cuidado y tomar decisiones frente a la educación y bienestar de estos.

No obstante, este tema resulta complejo de abordar dado que diferentes disciplinas como la sociología, la antropología o la psicología han planteado que analizar y/o intervenir desde la política pública la forma de ejercer la parentalidad co-responsable después de un divorcio o separación, es una tarea difícil debido a que existen diversos factores multidimensionales que la describen y la explican.

Según Cabella y Nathan (2012) cuando las familias se enfrentan a separaciones o divorcios, o cuando estas ejercen la parentalidad de manera monoparental, experimentan no sólo una reacomodación de las tareas y roles de cuidado sino también relaciones parentales complejas, eventuales recomposiciones conyugales, reconfiguración de los vínculos familiares, y posibles consecuencias en el bienestar de los hijos. En este sentido, estos autores puntualizan que dichos cambios familiares impactan profundamente en **la continuidad del sostén económico de los hogares que se han reconfigurado en una madre y su hijo(s)/hija(s); la continuidad del contacto padres e hijos después de la ruptura y el ejercicio de la parentalidad luego del divorcio.**

Adicionalmente, se ha identificado que la desavenencia conyugal que provoca la ruptura del lazo de pareja pone de manifiesto las tensiones y conflictos que existen en todo vínculo, incluidos los de pareja. La idealización de dichas relaciones oculta las tensiones y los conflictos que surgen de la convivencia de dos personas con diferentes trayectorias vitales, más allá del vínculo amoroso.

Resulta necesario discriminar que en muchas de estas rupturas llegan a haber manifestaciones de violencia que motivan la disolución del lazo amoroso, llegando a expresiones indiscutibles de la violencia de género. Al respecto, Castro Pérez (2012) cita a Johnson para mostrar la necesidad de discriminar dos tipos de violencia al interior de las relaciones de pareja: el “terrorismo patriarcal” y la “violencia común” en la pareja (no

por ello justificable ni aceptable). Resulta necesario recurrir a estos matices de la violencia conyugal para una accionar oportuno, eficaz y certero de la justicia cuando se presenta el litigio en la ruptura conyugal, evitando intervenciones iatrogénicas de una sola lectura sesgada del conflicto. Es preciso hacer visible las prácticas profesionales dotadas del poder de la ciencia dictaminando sentencias que pierden de vista la complejidad de los conflictos en juego, rozando con cuestiones éticas que es necesario revisar.

▮ *Conflictos presentes tras la ruptura del lazo conyugal*

Los conflictos en la crianza de los hijos son esperables a partir de la separación de la pareja conyugal, en parte porque ya existían y suele ser una de las causas de la separación y en parte porque en las nuevas circunstancias aparecen las diferencias de ambos protagonistas sobre reglas, permisos, métodos de crianza; todo lo cual repercute en los niños, ya que ellos también están tratando de adaptarse a la nueva situación.

Tradicionalmente, desde un estereotipo de género sostenido culturalmente, el cuidado de los hijos ha estado en manos de la madre, y cuando la pareja se separaba solía suceder frecuentemente que el hombre se “desentendía” de los hijos, la justicia actuaba para reclamar pensiones y responsabilidades en la crianza.

Actualmente asistimos a cambios culturales en las relaciones de género, donde las tareas de crianza son compartidas por ambos integrantes de la pareja parental. Al producirse la ruptura de esta, los padres quedan reclamando su derecho de seguir criando a sus hijos. Sin embargo, sigue primando el estereotipo de género que atribuye a la mujer esa función.

En el otro polo, existen varones violentos que ejercen violencia de género (sexual, física, emocional, patrimonial) y generaciones (maltrato infantil). En algunos casos se llega a violencias extremas como el varón feminicida o asesino de los hijos por venganza hacia la mujer. No se desconoce que algunas madres también ejercen maltrato sobre los niños, niñas y adolescentes, en la misma categoría que los padres violentos, pero no se constata que haya un porcentaje similar entre estas mujeres y varones sobre ejercer violencia, o matar a sus (ex)parejas o a sus hijos.

Los conflictos entre la pareja traen consecuencias negativas en los hijos tanto en su desarrollo

cognitivo, académico, emocional y social. Si tienen una gravedad como la recién mencionada, los niños, niñas y adolescentes quedan con marcas de importancia a nivel emocional que repercutirán también en su adultez, es decir, afectarán la construcción de su subjetividad.

Es importante aclarar que en el actual contexto estas Leyes surgen del reclamo de ambos tipos de varones, **los padres de crianza amorosos y los violentos**, reclamos legítimos en los primeros y vengativos en los segundos. Ante esta realidad no se debe eludir el hecho de que durante “los meses de enero y octubre del 2019, se registraron 32.721 denuncias por violencia doméstica”, de las cuales el 64% correspondían a conflictos con ex-parejas, mientras que solo el 35,7% de los casos hacían referencia a conflictos con familiares que tuvieran algún grado de consanguinidad (Ministerio del Interior del Uruguay, División Políticas de Género & Observatorio Nacional sobre violencia y criminalidad Uruguay, 2019). Asimismo, no se debe perder de vista que aún sigue habiendo altas cifras de maltrato hacia los NNA, quienes no solo son víctimas de métodos de disciplina violentos, sino también son testigos de la violencia de pareja. En este sentido, las personas que más los violentan son sus familiares directos o los integrantes de su núcleo de convivencia. Por ejemplo, para el año 2019 el SIPIAV registró que las principales personas que agreden a los NNA son el padre (38%) la madre (24%) y la pareja de la madre (15%) (SIPIAV, 2020, p.64). Este hecho pone de manifiesto que a la hora de determinar cómo salvaguardar el bienestar psicológico de los NNA que atraviesan por un proceso de separación y divorcio, se debe realizar una adecuada evaluación y seguimiento profesional de cada caso. Es necesario dar cuenta de las dinámicas del núcleo familiar, la prevalencia de violencia doméstica, el tipo de vulneración de derechos y afectación de los niños, niñas, adolescentes y mujeres, así como el grado de involucramiento y responsabilidad asumida por los varones en la crianza y cuidado de sus hijos(as).

El reclamo sobre la custodia compartida es un reclamo válido a la luz de los cambios a partir de la equidad de género y la crianza de los hijos. Esto se encuentra garantizado en la legislación actual, en la cual si ambos padres se encuentran de acuerdo se puede pedir esta forma de tenencia. El problema en sí no parece encontrarse en la legislación sino en la aplicación de esta, donde los conflictos adultos no son resueltos en forma adecuada para todos, muchas veces termina siendo una resolución iatrogénica.

▮ *Aportes desde la psicología*

Diferentes disciplinas y teorías psicológicas han estudiado e investigado las relaciones padres-hijos, donde resaltan la importancia de promover cuidados de calidad hacia los hijos(as) que

garanticen y promuevan de una manera integral el desarrollo y bienestar de estos. La Teoría del apego es una de las conceptualizaciones que actualmente se están utilizando a nivel mundial para dar cuenta porqué es importante promover cuidados sensibles en la primera infancia y fomentar la corresponsabilidad de la custodia basada en el respeto y la empatía hacia lo que hace y piensa el niño o niña.

Esta teoría conceptualizada por Bowlby (citado por Carrillo, 2008) basado en sus experimentos y experiencia clínica define el apego como "...un vínculo afectivo entre el cuidador y el niño, que se desarrolla gracias a las interacciones repetidas entre ellos ..." (p. 104). Galán (2010) considera que sería el inicio de un esquema que marcaría las futuras formas de relacionamiento del sujeto, "el apego ejercería un efecto continuo durante el crecimiento, si bien sus manifestaciones externas cambian a lo largo del desarrollo." (p. 583).

Según las experiencias tempranas que tenga el niño o la niña con sus cuidadores, este podrá construir diferentes tipos de apego. El apego seguro garantizará que los niños y niñas puedan regular sus afectos, aprendan a confiar en las demás personas, y se relacionen con estos de manera empática, lo que se traducirá en la vida adulta en menor prevalencia de estados psicológicos depresivos, relaciones interpersonales más efectivas y mejores estrategias de cuidado hacia los demás (Sroufe, Steren & Causadias, 2014).

Diferentes investigaciones han identificado que los niños y niñas construyen apegos tanto con sus madres como con sus padres, por lo que la necesidad del niño de ambos es indiscutible; forman parte fundamental de una red de apoyo afectivo, marcando las características de interacción en las relaciones que establecerán con el entorno social.

En este sentido, la presencia de un ambiente sano, colaborador, de compañía y cercanía al interior de la familia aporta significativamente al desarrollo emocional de los miembros. Por el contrario, cuando esto no ocurre, un ambiente hostil, agresivo, alienado y despreocupado provoca alteraciones en el desarrollo emocional que afecta el modo de interacción con el mundo externo (Sroufe, Steren & Causadias, 2014, p.7)

Este ambiente no tiene por qué cambiar cuando la pareja parental se separa. Si bien puede haber un tiempo de conflictos, muchas exparejas logran poder manejarlos para tener una relación de padres. En otras ocasiones, como fue planteado, esto no se logra.

Feinberg (2002) resalta que es de suma importancia que padres y madres (convivan o no), logren trabajar juntos en sus roles parentales pudiendo ejercer una coparentalidad en los cuidados. Este autor plantea que las parejas que cuidan a un niño(a) deben trabajar en pro de

una relación de apoyo y cooperación mutua, donde cada uno de ellos tenga satisfacción con la equidad y la división de las tareas de cuidado. En este sentido la coparentalidad implica apoyarse en el rol parental en vez de debilitarlo, trabajar sobre las diferencias que puedan existir respecto a los valores y pautas de crianza; dividirse las tareas de cuidado y tener un adecuado diligenciamiento de las interacciones familiares donde se evite exponer a los hijos(as) a los conflictos interparentales.

La tenencia compartida implica entonces tener una relación adecuada entre los padres para poder sostener afectivamente a sus hijos, llegar a acuerdos, compartir las obligaciones de salud, educación, y todo aquello que hace a una crianza saludable.

Es decir, para que la custodia compartida sea positiva para los y las menores es necesario que ambas personas, padre y madre tengan unos mínimos de madurez emocional, además de recursos económicos, afectivos y las habilidades básicas necesarias para cuidarles y educarles. (Muruaga López de Guíñerú, 2011, p. 16)

La misma autora considera que es un porcentaje bajo quienes piden la tenencia compartida. Los padres y madres que la solicitan, son aquellos que se ponen de acuerdo en reclamarla, en los que no hubo violencia de género en la convivencia, la crianza de las hijas e hijos ha sido ejercida por ambos en partes iguales (pueden continuar haciéndolo) ambos tienen un nivel económico similar (pueden seguir manteniendo a los NNA en un nivel de vida parecido o pueden llegar a un acuerdo si no es así) ambos pueden vivir en forma cercana a las instituciones educativas, de recreación, deportivas y cerca de sus amistades (manteniendo su cotidianidad), ambos tienen pautas de crianza similares, ambos son maduros para no depositar en sus hijos sus frustraciones y sentimientos de odio.

En otras ocasiones, lo que sucede es que solo una de las partes desea la tenencia compartida, por lo que la situación conflictiva continúa. Muruaga López de Guíñerú (2011) plantea que frente a esta situación pueden haber consecuencias negativas en los hijos/as tales como miedos (a la pérdida de alguno de sus padres, miedos inespecíficos y otros), síntomas regresivos (actuar como un niño/a más pequeño, enuresis, encopresis, por ejemplo), problemas en la socialización (agresividad, inseguridad), dificultades escolares (bajo rendimiento, dificultades atencionales, disminución del rendimiento), síntomas depresivos (llanto, tristeza, baja autoestima), síntomas relacionados con trastornos disociativos (manifestación de lo traumático), respuestas emocionales inadecuadas (naturalización de la agresividad y el sufrimiento, aprendizaje de modelos violentos, cambios repentinos de humor, enojos) parentalización de los niños y niñas

(niños que ocupan el lugar de padres con respecto a sus hermanos/as) (p. 18).

Frente al pedido de la tenencia compartida de una sola de las partes, surgen cuestionamientos como el Síndrome de Alienación Parental, que se encuentra implícito en estos proyectos de Ley. La Facultad de Psicología se ha expedido a este respecto por intermedio de la Prof. Agda. Mag. Ana Luz Protesoni (2015) la cual, en su calidad de directora del Instituto de Psicología Clínica, destaca en primer lugar que el llamado Síndrome de Alienación Parental no está incluido en ninguno de los manuales clasificatorios de enfermedades psicopatológicas. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión 5 (DSM) no lo incluye en su nosografía; tampoco es reconocido por la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10). Para Protesoni

no se configura como síndrome, sino que da cuenta de una conflictiva vincular entre padres que involucra a un menor, y que entraría en la órbita de la violencia doméstica, por lo que correspondería que fuera atendida por un equipo interdisciplinario y cada caso en su particularidad. (<https://psico.edu.uy/novedades/portada-de-sitio/en-relaci%C3%B3n-al-s%C3%ADndrome-de-alienaci%C3%B3n-parental>)

En este aspecto, es necesario saber escuchar el discurso de los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta que no siempre se expresan con palabras, o las mismas pueden encubrir otros sentidos que podrán revelarse a través del dibujo, el juego, los gestos y actos; particularidades del discurso infantil que hay que saber elucidar. Negar la escucha a los niños es anularlos como sujetos de derecho, es volver al paradigma de la “minoridad” donde los niños son “objetos de tutela”.

Asumir esta perspectiva, tiene varias implicaciones en el momento de diseñar políticas públicas con y para ellos: al ser reconocido como ser en permanente evolución, posee una identidad específica que debe ser valorada y respetada como parte esencial de su desarrollo psíquico y cultural. Al reconocer en el niño su papel activo en su proceso de desarrollo, se reconoce también que no es un agente pasivo sobre el cual recaen acciones, sino que es un sujeto que interactúa con sus capacidades actuales para que, en la interacción, se consoliden y construyan otras nuevas (“Conpes social”, 2007. pg. 33, Citado por Franco, 2015, p. 4).

Es importante considerar que la política pública y los proyectos de ley que aborden temas de infancia, cuidado y familia, lo hagan desde el interés superior del niño y no primando los

intereses de los adultos. Los padres deben adaptarse a las necesidades del niño y no al revés (éstos adaptarse a la conflictiva entre los padres). Ser padre/madre implica tener disponibilidad para los hijos/as, no importando en qué lugar estén. La confianza de los hijos e hijas en esta disponibilidad hace que se sientan seguros, confiados, protegidos.

Cuando la tenencia compartida se impone sin tener en cuenta al niño/a (sus necesidades y el disfrute que proporcionan vínculos seguros) puede dar lugar a lo que Carrasco (s/f) llama "Síndrome de inseguridad en el niño". Este se presenta cuando el niño se ve enfrentado a cambios en su cotidianeidad, perdiendo referentes afectivos y ambientales, lo cual genera en él inestabilidad y miedo. La situación de separación ya es difícil para él, quien debe realizar un duelo por la previa convivencia con ambos padres. A esto se le suman los cambios derivados de vivir en dos casas, con diferentes reglas, con pertenencias divididas en dos hogares, con el sentimiento de ausencia de continuidad en sus referencias cotidianas. Son niños "mochila" que cargan sus pertenencias de una casa a otra, intentando adaptarse a los adultos, los cuales le exigen que haga lo que no harían ellos (vivir simultáneamente en dos casas).

▮ *Conclusión*

En síntesis, se considera que el conflicto no se resuelve con la legislación, por el contrario, estos proyectos de Ley introducen problemas de difícil solución y potencialmente dañinos hacia los NNA: ampara a los varones violentos y abusadores, o a las madres maltratadoras y abusivas. Dichos proyectos de Ley no dan lugar a la resolución del conflicto, sino a la perpetuación de este. Conllevan a dejar solos a los NNA en el centro del conflicto parental sin resolver, en el medio de la violencia de pareja, de las disputas entre ellos.

Si bien se considera que cada vez son más las familias que están ejerciendo diferentes formas de cuidar a sus hijos, donde las separaciones y divorcios se han vuelto

más comunes y donde los varones han empezado a manifestar un interés por involucrarse más activamente en el cuidado instrumental y afectivo de sus hijos, se considera que no todas las familias y no todos los contextos sociales están teniendo un adecuado acompañamiento para lograr el desarrollo de un ejercicio coparental (tal como ha sido descrito en este documento), que les garantice transitar una tenencia compartida libre de manipulaciones y situaciones de violencia. Por lo tanto, se considera que las situaciones en las que están involucrados niños, niñas y adolescentes no pueden ser generalizadas, hay que abordar cada situación familiar

singular, cada actor en la misma y tomar al niño como protagonista de esta, escuchando su decir.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se considera que los dos proyectos de ley, tal como están planteados, no aportarían a promover un adecuado desarrollo y bienestar de todos y todas las niñas, niños y adolescentes del Uruguay. Se debe seguir trabajando juntamente con las diferentes organizaciones, entidades, universidades y expertos en infancia para la creación de equipos especializados en la temática que puedan dar una solución a las problemáticas por las que se estaría planteando la ley.

Algunas de las alternativas que se han pensado, es que a nivel político se pueda apoyar la creación de una agencia o dependencia que se encargue de seguir, evaluar y acompañar cada uno de los casos que llegan a la justicia solicitando la tenencia compartida. Esta agencia debería estar conformada por un equipo interdisciplinario que pueda aportar no solo una visión jurídica sino también psicológica, social y económica de la situación particular por la que atraviesa un niño, niña o adolescente, evaluando las dinámicas del núcleo familiar, la prevalencia de violencia doméstica, el tipo de vulneración de derechos y afectación de los diferentes miembros de la familia, así como el grado de involucramiento y responsabilidad asumida por los varones en la crianza y cuidado de sus hijos(as).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabella, W. & Nathan, M. (2014). Cambio familiar, parentalidades y bienestar en la infancia y la adolescencia. En: Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (Autor corporativo). *Parentalidades y cambios familiares: enfoques teóricos y prácticos*, 19-39. Montevideo.

Carrasco, J. C. (s/f) El síndrome de inseguridad en el niño.

Carrillo, S (2008) Relaciones afectivas tempranas, supuestos teóricos y preguntas fundamentales. En Larramendy, J. (2008) *Claves para pensar el cambio: ensayos sobre Psicología del desarrollo*. Bogotá: Uniandes.

Castro, R. (2012) *Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y debates a tomar en cuenta*. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/279447743_Problemas_conceptuales_en_el_estudio_de_la_violencia_de_genero_Controversias_y_debates_a_tomar_en_cuenta

Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical child and family psychology review*, 5(3), 173-195.

Franco, L. (2015) *Una reflexión sobre la teoría del apego y su consideración como aporte para pensar la realidad de violencia, maltrato y abandono de la infancia en Colombia*. Repositorio Institucional de la Universidad Católica de Pereira-RIBUC. Recuperado

de:

<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/3312/2/DDEPCEPNA27.pdf>

Galán Rodríguez, A. (2010) El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (4). Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextHYPERLINK

["http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003"&HYPERLINK](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003)

["http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003"](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003)

Muruaga López de Guereñu, S. (2011) Efectos de la custodia compartida en la salud de los hijos e hijas. En Themis. *Revista Jurídica de Igualdad de Género*. N° 10. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/496057>

Protesoni, A. L. (2015) *En relación al Síndrome de Alienación Parental*. Recuperado de: <https://psico.edu.uy/novedades/portada-de-sitio/en-relaci%C3%B3n-al-s%C3%ADndrome-de-alienaci%C3%B3n-parental>

Puyana, Y., Mosquera, C., Micolta, A., Maldonado, M. C., Lamus, D., Useche, X., Morad, P., Jimenez, B. & Dominique de Suremain, M. (2003). Padres y madres en cinco ciudades colombianas: cambios y permanencias. *Estudios de familia*. Bogotá: Adulmena escritores.

Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (2020).

Informe de Gestión 2019. Recuperado de:

<https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>

Sroufe, A., Sterezn, L. & Causadias (2014). El apego como un sistema dinámico: fundamentos de la teoría del apego. En B. Torres, J. Cusadias & G. Posada (Eds) *La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas*, 27-39. Madrid: Psimática.