



Facultad de
Psicología

Maestría en Psicología Clínica.

Título: Sufrimiento psíquico y deterioro de vínculos intrafamiliares de policías de Montevideo diagnosticados con TEPT. Cambios percibidos a partir de la psicoterapia y de la aplicación de EMDR.

Autora: Lic. María del Pilar Ríos Saavedra.

Director de Tesis y Director Académico:

Prof. Agdo. Dr. Daniel Camparo Avila.

Montevideo, 24 de junio de 2026.

Resumen

La presente investigación aborda el sufrimiento psíquico y el deterioro de los vínculos intrafamiliares en policías ejecutivos en actividad en Montevideo, diagnosticados con Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), así como los cambios percibidos a partir de la intervención psicoterapéutica y del método Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) para mejorar su salud mental y reparar dichos vínculos .

Se abordan tópicos como subjetividad, vínculo, sufrimiento psíquico, riesgos ocupacionales, contexto familiar, cultura organizacional, y trauma desde las perspectivas más relevantes para este trabajo.

El estudio tuvo un diseño preexperimental, cualitativo y exploratorio. La intervención consistió en estudio de casos, en psicoterapia individual y aplicación del método EMDR. Se utilizaron entrevistas psicoterapéuticas, escalas de clima Familiar para evaluar vínculos, y las escalas internas del EMDR .

La investigación valora que el trabajo policial implica riesgos físicos y psicológicos significativos que afectan la salud mental y los vínculos familiares. La cultura organizacional y la falta de espacios para expresar vulnerabilidades dificultan la detección y tratamiento oportuno del sufrimiento psíquico. La formación específica en psicotraumatología y en EMDR es necesaria para atender eficazmente este problema .

Finalmente, se plantea la urgencia de desarrollar programas preventivos, formación continua y estrategias interdisciplinarias para fortalecer la resiliencia y el bienestar del personal policial, considerando tanto su contexto laboral como familiar y social .

Palabras clave: riesgos ocupacionales, sufrimiento psíquico, TEPT, EMDR.

Summary

This research addresses the psychological suffering and deterioration of intra-family ties in active police officers in Montevideo, diagnosed with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), as well as the changes perceived from the psychotherapeutic intervention and the application of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) method to improve their mental health and repair these bonds.

They are addressed topics such as subjectivity, bonding, psychic suffering, occupational risks, family context, organizational culture, and trauma from the most relevant perspectives for this work.

The study had a pre-experimental, qualitative and exploratory design. The intervention consisted of case studies, individual psychotherapy and application of the EMDR method. Psychotherapeutic interviews, Family Climate scales were used to assess bonds, and the internal EMDR scales.

The investigation value that police work involves significant physical and psychological risks that affect mental health and family bonds. The organizational culture and the lack of spaces to express vulnerabilities make it difficult to detect and treat psychological suffering in a timely manner. Specific training in psychotraumatology and EMDR is necessary to effectively address this problem.

Finally, the urgency of developing preventive programs, continuous training and interdisciplinary strategies to strengthen the resilience and well-being of police personnel, considering both their work and family and social context, is raised.

Keywords: occupational risks, mental suffering, PTSD, EMDR.

Resumo

Esta pesquisa aborda o sofrimento psíquico e a deterioração dos vínculos intrafamiliares em policiais ativos em Montevideu, diagnosticados com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD), bem como as mudanças percebidas a partir da intervenção psicoterapêutica e do método de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR) para melhorar sua saúde mental e reparar esses vínculos.

Temas como subjetividade, vínculo, sofrimento psíquico, riscos ocupacionais, contexto familiar, cultura organizacional e trauma são abordados sob as perspectivas mais relevantes para este trabalho.

O estudo teve um desenho pré-experimental, qualitativo e exploratório. A intervenção consistiu em estudos de caso, psicoterapia individual e aplicação do método EMDR. Entrevistas psicoterapêuticas, escalas de Clima Familiar foram utilizadas para avaliar os vínculos e as escalas EMDR internas.

Pesquisa valoriza que o trabalho policial envolve riscos físicos e psicológicos significativos que afetam a saúde mental e os vínculos familiares. A cultura organizacional e a falta de espaços para expressar vulnerabilidades dificultam a detecção e o tratamento do sofrimento psíquico em tempo hábil. O treinamento específico em psicotraumatologia e EMDR é necessário para abordar efetivamente esse problema.

Por fim, levanta-se a urgência de desenvolver programas preventivos, treinamento contínuo e estratégias interdisciplinares para fortalecer a resiliência e o bem-estar dos policiais, considerando tanto o trabalho quanto o contexto familiar e social.

Palavras-chave: riscos ocupacionais, sofrimento mental, PTSD, EMDR.

Dedicatoria

A mi esposo, mi pilar, mi calma, amor de mi vida, padre de mi hijo, compañero incansable en todos mis derroteros y mi mayor apoyo en este proyecto. Esta tesis es un tributo a la colaboración, paciencia y comprensión que me has brindado a lo largo de este viaje académico. Gracias por elegirme todos estos años, por tu amor infinito y por la mansedumbre y ternura con la que cuidas de mí y de nuestro hijo todos los días. Este logro es nuestro, en equipo.

In Memoriam

En honor a mi sobrino Gonzalo. Aunque te fuiste demasiado pronto, tu espíritu y tu amor me acompañan todos los días y son fuente de inspiración.

Agradecimientos

A Dios, por ser el motor y la guía en cada paso de mi vida.

A mi Director de Tesis y Director Académico, Dr. Daniel Camparo Avila, por su paciencia y por sus señalamientos respetuosos y empáticos, por ayudarme a construir reflexiva y honestamente sobre un tema tan complejo. Valoro su exigencia y rigurosidad metodológica.

Asimismo, expreso mi más sincero agradecimiento a los miembros del tribunal evaluador, Dra. Pilar Bacci, Mag. Irene Barros y Dr. Matheus Viana, por el tiempo dedicado a la lectura minuciosa de este manuscrito y por sus valiosas observaciones, las cuales contribuyeron significativamente a enriquecer la calidad de esta investigación.

A la Universidad de la República, específicamente a la Facultad de Psicología, por abrirme sus puertas y poner a mi disposición las herramientas académicas necesarias para consolidar esta investigación.

Un agradecimiento especial a las autoridades y al personal de la Dirección Nacional de Sanidad Policial, puntualmente al Departamento de Salud Mental y a la Unidad de Estrés, quienes facilitaron el acceso y los recursos necesarios para llevar a cabo el trabajo de campo.

A los usuarios que aceptaron generosa y desinteresadamente ser parte de la investigación.

A mi familia extendida, la asignada y la elegida por su apoyo constante y por celebrar cada uno de mis logros.

***¿Juráis por vuestro honor defender a la Patria, la Constitución
y las leyes de la Nación, con la práctica constante
de una vida digna, consagrada a cumplir vuestro
deber de tutelar el orden de la República, aún
con el sacrificio de sus propias vidas?***

¡Sí, juro!

Este Juramento es el que hace cada policía de nuestra República.

ÍNDICE

Resumen	2
Dedicatoria	5
In Memoriam	5
Agradecimientos	6
Índice	8
Capítulo 1. Introducción	12
 Capítulo 2. Fundamentación y Marco teórico	13
2.1 Antecedentes.....	15
2.2 Referentes teóricos.....	18
2.3 ¿De qué hablamos cuando hablamos de trauma?.....	23
2.4 ¿De qué hablamos cuando hablamos de TEPT?.....	25
2.5 ¿Qué herramientas utilizar para el tratamiento del sufrimiento psíquico?.....	28
2.6 ¿Qué es y cómo actúa el EMDR?.....	30
2.7 ¿Cómo explorar los vínculos intrafamiliares?.....	34
2.8 Los trabajadores policiales y el riesgo ocupacional.....	37
2.9 Los policías y sus familias.....	38
2.10 Delimitación conceptual en la evolución clínica: Salud Mental, Remisión Sintomática y Reparación Vincular.....	40
2.10.1 Salud Mental: Una Perspectiva Integral y Subjetiva.....	40
2.10.2 Remisión Sintomática: La Estabilización del Cuadro Clínico.....	41

2.10.3 Reparación Vincular: La Reconstrucción del "Entre" Interpersonal.....	42
2.10.4 Articulación e Interdependencia Clínica.....	43
2.11 Sistematización comparativa.....	44
2.11.1 Heterogeneidad de la Muestra y de los Eventos Disruptivos.....	44
2.11.2 Evaluación Psicométrica y Evolución Clínica (EMDR y FES).....	45
2.11.3 Discusión Crítica: El Eje Deterioro - Reparación Vincular.....	46
2.11.4 Procedimiento de Análisis de Contenido Cualitativo.....	47
2.11.5 Construcción de Categorías de Análisis.....	48
2.12 Criterios de Interpretación de los Datos.....	51
 Capítulo 3. Problema de investigación.....	 53
 Capítulo 4. Método.....	 57
4.1 Estrategia o Diseño Metodológico.....	57
4.2 Análisis de datos.....	61
4.3 Consideraciones éticas.....	62
4.4 Preguntas de investigación.....	65
4.5 Objetivo general.....	65
4.6 Objetivos específicos.....	65
 Capítulo 5. Estudio de casos.....	 66
5.1 Caso AN.....	66

5.2: Caso FP.....	70
5.3: Caso GN.....	78
5.4: Caso JB.....	82
5.5: Caso LC.....	87
5.6: Caso LG.....	90
5.7: Caso PF.....	102
 Capítulo 6. Análisis.....	 111
6.1 Estatutos de los datos producidos.....	111
6.1.1. Datos primarios subjetivos: núcleo del análisis cualitativo.....	113
6.1.2. Datos secundarios y métricas de control: triangulación y validez ecológica..	113
6.2 Análisis general de casos.....	114
6.2.1 Grupalidad e individualidad.....	118
6.3 Revisión de la literatura.....	123
6.4 Experiencia clínica.....	125
6.5 Discusión.....	129
6.6 Preguntas.....	135
 Capítulo 7. En suma.....	 135
7.1 Conclusiones.....	135
7.2 Limitaciones del estudio y nuevas interrogantes.....	136
7.3 Resultados esperados.....	138

7.4 Reflexiones finales: Discusión Crítica, Alcance Situado y Líneas de	
Exploración.....	143
7.4.1 Carácter Exploratorio del Estudio.....	143
7.4.2 Matización de Hallazgos Clínicos y Multicausalidad en la Evolución.....	144
7.4.3 Observaciones Clínicas vs. Inferencias Analíticas.....	145
7.4.4 El Estatuto Situado de la Muestra: Heterogeneidad y Vulnerabilidad	
Estructural.....	146
7.4.5 Cierre de Reflexión Final.....	148
Referencias.....	150
Apéndices.....	164
A. Glosario de abreviaturas.....	164
B. Hoja de información.....	165
C. Consentimiento informado.....	167
D. Escala de clima familiar. Relaciones interpersonales de Moos, Moos y	
Trickett.....	168
E. Cronograma de ejecución.....	175

Capítulo 1. Introducción

El Trastorno por Estrés Post Traumático o TEPT, puede desarrollarse en cualquier individuo, independientemente de su edad o de la labor que desempeñe.

Este trastorno, a la luz de lo que plantea el DSM-5, está asociado a la exposición a un evento crítico de particular violencia, que atraviesa el afectado y le produce síntomas clínicamente significativos, como pueden ser; irritabilidad, distorsiones en la autopercepción, desregulación emocional, entre otras. Cuando en su tarea habitual las personas afrontan eventos con características violentas, como puede ser el caso de los policías, esta exposición aumenta y puede coadyuvar al desarrollo de este trastorno. A la mayor exposición se suman la cultura organizacional, las características institucionales, la jerarquización de los roles y el proceso de socialización para devenir en policía.

Sin perjuicio de este enfoque, es fundamental considerar en cada situación la singularidad de las personas involucradas, así como la interacción entre su subjetividad y lo fáctico interno-externo (Benyakar, 2005). Además, debe evaluarse la respuesta del entorno sociofamiliar e institucional, ya que puede contribuir tanto a mitigar el sufrimiento como a la posible revictimización.

El EMDR, siendo un método caracterizado por la OMS como de categoría A para realizar el tratamiento del TEPT, se presenta como una de las herramientas más eficaces y rápidas para su resolución. Esto se ve enriquecido con la posibilidad de ser un método que puede integrarse con otros enfoques y llevar a una remisión total de los síntomas.

Atendiendo a estos extremos, al sufrimiento psíquico y al deterioro de los vínculos visto en la práctica clínica con policías, así como sus particularidades, y a la escasa literatura sobre este tema en particular, es que se despliega la presente investigación.

Capítulo 2. Fundamentación y Marco Teórico

Este proyecto pretende estudiar el sufrimiento psíquico y deterioro de los vínculos intrafamiliares de policías ejecutivos en actividad en Montevideo, diagnosticados con Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT). Por otra parte, procura visibilizar los cambios en la salud mental y la reparación de los vínculos intrafamiliares de estos policías, después de un tratamiento psicoterapéutico y de la aplicación del método Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Este tema es importante en distintos aspectos:

En cuanto a la relevancia académica, es cardinal hacer este estudio porque en la búsqueda bibliográfica solo fueron encontrados cuatro TFG, dos TM, dos artículos en revistas y un libro (todos consignados en la bibliografía del presente trabajo), no teniendo conocimiento de más estudios en el país, por tanto, hay pocos trabajos académicos referidos a esta población objetivo en Uruguay. Hay estudios en Norteamérica y Europa principalmente, destacándose Brasil en la región en cuanto a número de investigaciones.

Por tanto, si bien existe información sobre el tema, hay problemas puntuales del país que son diferentes de otros países, atribuciones más regionales, culturales y psicológicas que corresponden a la Policía de Uruguay que no están exploradas. Existen preguntas sin respuesta adecuada, por ende, la producción de conocimiento acerca del sufrimiento psíquico y el deterioro de los vínculos intrafamiliares de policías es importante.

Además, si bien es un sujeto de estudio particular, esto amplía el saber del sufrimiento psíquico en otras situaciones de trabajo similares como pueden ser emergencistas, paramédicos,

bomberos¹, rescatistas, etc., por lo tanto, podría ser aplicado a otras situaciones o complicaciones para poder dar respuestas más apropiadas a las distintas problemáticas, o abrir nuevos espacios de investigación para las nuevas interrogantes que surjan.

En relación con la relevancia social y cultural, es importante saber más sobre esta cuestión para el trabajo de las políticas públicas vinculadas a la seguridad interna nacional y la convivencia ciudadana pacífica. Para propender a una formación policial desde una perspectiva más integral, que impulse la promoción y prevención de la salud mental de los funcionarios policiales. Para mejorar las condiciones laborales, ambientales, de seguridad y de salud de los policías. Para potenciar las aptitudes de esta población con relación a los vínculos familiares, laborales, organizacionales, institucionales y sociales. Para optimizar la atención al ciudadano afectado y también al ofensor, logrando mayor efectividad y eficacia en su labor. Por último, pero no menos importante, para propender a una mayor confianza de la población general.

Con respecto a la relevancia clínica, saber más sobre el sufrimiento psíquico y deterioro de los vínculos intrafamiliares en esta población, puede ayudar a los profesionales y técnicos involucrados en la atención clínica, a tener mayores condiciones de prevención y promoción de salud mental y a su vez, mejores modelos de atención y tratamiento para incidir en la calidad de vida de estos damnificados.

¹ En Uruguay los bomberos pertenecen al Ministerio del Interior, son policías en un escalafón diferente.

2.1 Antecedentes

La labor de la policía es una de las más estresantes, según Puelles (2015), que investigó la exigencia emocional de trabajo y estilos de afrontamiento en las unidades de intervención policial de Madrid, quien explicita que la función policial afronta hechos críticos, lo cual comporta tareas o exige trabajar en contextos que son potencialmente evocadores de emoción. Estos eventos conflictivos son específicos del policiamiento, forman parte de la actividad habitual, cotidiana y rutinaria, por tanto, son inevitables.

Esto remite a la labor de primeros respondedores de los funcionarios policiales, siendo generalmente los primeros en llegar a las escenas de los crímenes, especialmente los más violentos como pueden ser violaciones, homicidios, violencia de género y generaciones, siniestros de tránsito fatales, suicidios, incendios fatales, etc., encontrándose con el caos que ocasiona el evento disruptivo, que en principio afecta a otros sujetos.

En este punto, se produce el encuentro con lo ominoso, debiendo en forma rápida y eficaz dar diversas respuestas, a saber; cumplir con todos los pasos administrativos, sin olvidar ninguno, siendo eficientes auxiliares de la justicia, ya que será relevante a la hora de la judicialización del caso, haciendo posible que el orden jurídico actúe plenamente y a la vez protegiéndose de posibles resultados adversos que deriven en la afectación de su integridad física², cuidando también su condición de ciudadanos libres, ya que un error podría llevarlos a la cárcel. Esto consiste en hacer registro ocular, efectuar las comunicaciones radiales teniendo cabal

² Muchas veces, estos espacios de encuentro con la criminalidad están convulsionados, hay manifestaciones contra la policía, apedreas o incluso disparos con armas de fuego cortas, largas o de guerra, que se encuentran en manos de la delincuencia.

conocimiento de las claves policiales para evitar errores comunicacionales y acelerando el despliegue de los protocolos pertinentes a cada ocasión.

Al mismo tiempo, evaluar la necesidad de asistencia y solicitarla lo más velozmente posible, sopesar si es factible esperar o tomar la decisión de hacer un traslado, per se peligroso, aún sin tener los conocimientos necesarios para tal evaluación³, siempre teniendo como guía el bien mayor de la víctima.

Preservar el escenario donde se produjo el delito, de manera que se pueda diligenciar la prueba en forma correcta, coleccionar la mayor cantidad de datos posibles, ahondar en los detalles de estos, aunque sean repulsivos⁴, muchas veces ofrecer el primer auxilio psicológico⁵ a los damnificados, familiares o sobrevivientes. O sea, en medio del caos y con celeridad deben resolver exitosamente problemas que exceden a su formación, a la vez que cuidan, se cuidan, repelen agresiones, persiguen, detienen, hacen el relato que luego leerá el juez⁶ y, por si fuera poco, deben reestablecer el orden.

Además de niveles elevados de exigencia en lo laboral, como sostiene Corbo (2014), el funcionario policial está inmerso en lo denominado “cultura policial”, lo que implica adherir a una manera peculiar de pensar, de abrazar el uso de tácticas policiales agresivas y que conlleva a sufrir un agotamiento emocional, lo cual suele transformarse en conductas autoritarias y

³ En ocasiones es preciso sacar a la persona del lugar del hecho porque no es posible salvaguardarla debido a la peligrosidad de lo que está aconteciendo, aunque el traslado sea riesgoso, porque también sucede que las ambulancias no arriban al lugar, por el mismo motivo.

⁴ Para el DSM-5 la exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s), es uno de los criterios diagnósticos del TEPT.

⁵ En el Hospital Policial, Departamento de Salud Mental, Unidad de Estrés, se imparten para todo el país, talleres de PAP (primer auxilio psicológico) como apoyo a esta labor.

⁶ Este relato es muy importante que esté bien realizado ya que es insumo para el ejercicio de la justicia, como auxiliar de la misma el trabajador policial funge como “los ojos” del juez que deberá tomar decisiones penales, civiles, familiares, etc.

desbordes de violencia en la familia. Este autor vincula estresores como la exposición a la violencia, el autoritarismo ejercido hacia ellos, la hostilidad percibida por parte de la sociedad civil, entre otros, como algunos de los factores que inciden en ese desborde violento en el hogar.

Concomitantemente, los datos publicados por el Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior, que revelan una presencia significativa de la criminalidad⁷, exponen la exigencia de este tipo de trabajo, la cual puede propiciar el sufrimiento psíquico y dificultar el desarrollo de vínculos saludables.

Por otra parte, Hyemin et al. (2013) en su investigación sobre el ambiente laboral violento y salud mental en los policías de la zona metropolitana de Guadalajara, expresan que hay indicadores periodísticos y sociales que muestran que el trabajo de los policías es muy peligroso y vincula la exposición constante a acontecimientos riesgosos, al desarrollo de diferentes traumas, entre ellos el TEPT.

Asimismo, Violanti (2020) en su artículo Sobre la policía: una cuestión de supervivencia psicológica, explicita que, si bien hay consenso respecto a la peligrosidad física del trabajo policial, no así en relación con los peligros psicológicos. Por tanto, se escinde parte del problema y no se contemplan las dificultades afrontadas por estos damnificados en toda su complejidad.

Además, Soares et al. (2020) en su artículo Experiencia de ser esposa de un policía militar: un estudio fenomenológico, expusieron que además de los riesgos que afrontan y ante los cuales deben estar expectantes, los policías adoptan una conducta hipervigilante en todos los aspectos

⁷ En 2024 en todo el territorio uruguayo hubo 379 homicidios, 39.990 delitos de violencia doméstica o de género, 17.480 rapiñas, 107.845 hurtos y 852 abigeatos. Los datos correspondientes a Homicidios refieren a hechos intencionales consumados, mientras que para todos los demás delitos se reportan tentativas y consumados, constatados por la autoridad judicial y policial. La última publicación a la fecha de este trabajo corresponde al año 2024.

de su vida. Agrega que las familias se acostumbran a las repercusiones de los riesgos, a la hipervigilancia y terminan sufriendo, incluso más que ellos mismos.

Lo antes expresado, muestra que el ejercicio de esta profesión requiere una entrega que va más allá, muchas veces de las posibilidades y capacidades personales, demandando por encima de otros tipos de tareas, lo cual aísla, entumece lo emocional y muchas veces, dispone al trauma.

Es de importancia tener en cuenta que los y las policías ejecutivos⁸, y aquellos que, sin pertenecer a dicho escalafón, desarrollan tareas ejecutivas, como los telefonistas y visualizadores del CCU entre otros, están continuamente expuestos a situaciones violentas, intra e interinstitucionales. Esta exposición prácticamente permanente a la violencia, considerables veces se convierte en el modo de vincularse a diario, lo cual arroja consecuencias no deseadas a nivel familiar, por tanto, es de relevancia ahondar en esta problemática.

2.2 Referentes teóricos

Según Nussold (2017) riesgo psicosocial y sufrimiento no significan lo mismo. Uno de los principales problemas a enfrentar cuando se relacionan el concepto de sufrimiento y la noción de estrés, o de riesgo psico social, es una negación del lugar que la subjetividad tiene en el sujeto.

Entonces, ¿de qué hablamos cuando nos referimos a sujeto y a subjetividad?

⁸ El funcionariado policial está unificado en el Escalafón L, que a su vez se divide en los subescalafones Ejecutivo, Especializado, Administrativo y Técnico Profesional. Los policías ejecutivos son los que están abocados a la seguridad ciudadana, los que tienen derecho a portar uniforme policial y arma de reglamento, los bomberos también son parte del Ministerio del Interior y pertenecen al escalafón ejecutivo. Los otros subescalafones son los policías que desarrollan tareas administrativas, técnicas, de salud, etc.

Para Zeleman (2010) el sujeto resulta en una subjetividad constituyente, lo cual requiere entenderse en términos de cómo se concretiza en distintos momentos históricos. Al abordar a la subjetividad como dinámica constituyente, el sujeto es siempre un campo problemático, difícil de abordar, por no ser un objeto de estudio definido. Plantea que debe abandonarse la pretensión teórica de universalidad del concepto, sostenida en la díada sujeto-objeto, ya que no es posible apropiarse una objetividad externa en un corpus permanente, porque incluye múltiples relaciones y despliegues de los sujetos.

Entonces, por un lado, el sujeto es ese otro singular, diferente, concreto y real que actúa, se manifiesta, reflexiona, se comunica y desarrolla conductas que lo van conformando, configurando, construyendo su vida, su historia, su experiencia y su subjetividad. Esta subjetividad influye a sí mismo y a los otros, tal cual como fue influida al edificarse, explayándose el intercambio entre constructor y construido.

Por otra parte, la subjetividad es ese *topos* habitado por el sujeto, que a la vez lo habita y que no es pasible de aprehensión mediante los métodos experimentales. Es decir, no podemos medir, pesar, mensurar, cuantificar la subjetividad. Pero sí es factible estudiarla, en tanto la entendamos como la instancia que nos posibilita entender las diversas formas de experimentar, distinta en cada sujeto.

Entendiendo la subjetividad como singularidad y modo de existencia, comprendemos que se constituye básicamente a partir de la relación de cada sujeto consigo mismo y de la relación entre los sujetos. Si bien la subjetividad es singular, tiene un sesgo de reciprocidad, se constituye y se forma como intersubjetividad, asequible únicamente desde la perspectiva de que no hemos llegado solos a ser lo que somos, y a la vez hemos transformado a otros. Por tanto, la subjetividad es ante todo un acontecimiento relacional.

Además, Berenstein (2002) propone considerar al yo como otro entre otros, mediante una diferencia radical, una ajenidad a ser trabajada, como un hacer que determina a los sujetos. Este autor también plantea que desde el psicoanálisis se propone paciente individual y paciente vincular, siendo los primeros aquellos que hacen tratamiento clínico aisladamente y los segundos los que están comprendidos en un nuevo encuadre que puede ser de grupo, familia o pareja. Conjuntamente plantea que un paciente vincular no es una suma de familiares, sino un paciente distinto del paciente individual. Lo que se introduce para la interpretación de los síntomas es el vínculo, el entre, entre los sujetos y la estructura que produjo esa relación específica.

Ahora bien, ¿a qué nos referimos con vínculo? El término vínculo ha sido usado desde hace mucho tiempo por diferentes autores; Siguiendo con el planteo de Berenstein (2002) que lo utiliza en sentido amplio, es una situación inconsciente que liga a dos o más sujetos y está apoyada en una relación de presencia. Es a partir de esta concepción del término vínculo que deriva lo que él llama “lo vincular”, concepto acuñado junto a Puget en 1998. Esta visión del sujeto supone atender al sujeto, al lugar del otro, a la vez de tener en cuenta la realidad interna y su relación con la realidad externa, la semejanza, la diferencia y la ajenidad, la multiplicidad del sujeto.

Atendiendo al deterioro de los vínculos intrafamiliares que presentan los policías diagnosticados con Trastorno por Estrés Pos Traumático, es que parece de preeminencia a la hora del abordaje tener en cuenta los diferentes aspectos que engloba lo vincular.

Volviendo al lugar del riesgo psico social, desde una visión psicoanalítica, la subjetividad pierde visibilidad ante el trauma y se visualizan en su lugar las estrategias de defensas individuales y colectivas. Defensas desarrolladas por los trabajadores para flexibilizar la realidad, tratando de hacerla soportable, para poder continuar trabajando y para no enfermar.

Estas estrategias defensivas poseen un lugar central en la percepción de los trabajadores y

lleva a respuestas globalmente positivas respecto del trabajo, lo que no necesariamente implica que así sea, sino que estas respuestas pueden estar influenciadas por la negación e impedirle al trabajador identificar los riesgos. De hecho, afirma Nussbold, (2017) si estuviera consciente de ciertos riesgos quizá no pudiera seguir trabajando.

Desde una perspectiva dejouriana (Dejours, 2011), se puede afirmar que el trabajo nunca es neutro con relación a la salud mental, es capaz de generar lo peor y lo mejor; Puede conducir a crisis, incluso a suicidios o puede servir como impulso para la realización personal, llegando a ayudar a hacer aportes a la cultura y a la civilización.

Habiendo establecido con lo expuesto más arriba, que la relación con el trabajo es subjetiva, que estimula las mejores aptitudes o refuerza las peores actitudes, es de relevancia analizar la noción de sufrimiento en el trabajo. Para ello, tomaremos a Guerrero et al. (2017) quienes plantean que se tiende a generalizar el sufrimiento a las condiciones propias de la vida, a una remuneración económica insuficiente para afrontar los costos de vida, o al padecimiento por las condiciones de trabajo, por lo que desarrollan una conceptualización de sufrimiento que refiere a una relación específica entre subjetividad y organización del trabajo, la cual a su vez implica la noción de reconocimiento.

Guerrero refiere un tipo de sufrimiento que afecta directamente la identidad del trabajador y que puede actuar como sustrato de la patología laboral, ya que día a día obliga al sujeto a desplegar su creatividad para enfrentar la realidad construyendo así un saber de oficio, es decir, desarrolla estrategias específicas para poder llevar adelante el trabajo y soportar el sufrimiento.

Retornando a la perspectiva dejouriana, cabe destacar que el sufrimiento en el trabajo no puede entenderse como colectivo, si bien pueden desarrollarse estrategias colectivas de defensa, para luchar contra la paralización y el sufrimiento, apoyada en la cooperación entre los trabajadores, el sufrimiento es siempre individual y único (Dejours et al., 1998). Esta dinámica

produce lo que Dejours denominará la normalidad sufriente en el trabajo, que corresponde a un sostenerse en un sufrir crónico en el trabajo: esta normalidad sufriente sería el resultante de mantener un equilibrio entre el sufrimiento y las defensas utilizadas para soportarlo. Solución inestable, comprometida y que puede ser próxima o amenazar con una descompensación psicopatológica.

En este contexto también surge el vocablo reconocimiento como una de las fuentes principales de satisfacción o sufrimiento en el trabajo. En este punto es importante advertir que lo que ha advenido como novedoso en la era moderna, no es la necesidad de reconocimiento, que siempre fue necesario para las personas, sino las condiciones en que este puede fracasar, en la medida en que no está garantizado. El rechazo, el menosprecio, la humillación pueden causar perjuicios a quienes no se sienten reconocidos.

La relevancia del concepto de reconocimiento se ha modificado y se ha visto intensificada su necesidad, pues han cambiado las coordenadas políticas, económicas y epistémicas. Axel Honneth (1997) elabora una teoría de la intersubjetividad de la autonomía personal en clave de reconocimiento mutuo, donde es la sociedad la que reconoce y el individuo espera ese reconocimiento, no sólo desde las jerarquías sino desde los pares, a la vez que reconoce y así se retroalimenta la identidad en la otredad.

Desde otro punto de vista, Alves (2020) afirma que las ciencias dedicadas a temas ocupacionales muestran que las precarias condiciones sociales y laborales son un fenómeno nuevo y antiguo, directamente relacionado con las enfermedades psíquicas. Agrega, además, que el trabajo y sufrimiento psíquico dicen algo sobre la historia del colectivo, esta historia de contradicciones y crisis es lo que hace que el significativo trabajo afecte a todos, pero con significados diferentes en cada sujeto.

Entonces, el sufrimiento psíquico puede ser pensado desde una visión bio-psico-social, ya

que su génesis responde a diversos elementos intrapsíquicos e intersubjetivos, que despliega cada sujeto en su singularidad y que aportan contenido al concepto de sufrimiento.

Teniendo en cuenta los demás conceptos presentados hasta ahora, parece importante destacar que, si bien el sufrimiento psíquico y el riesgo psicosocial no son lo mismo, están estrechamente ligados. Los individuos desarrollan mecanismos de defensa que ayudan a sostenerse en el trabajo, pero que simultáneamente coadyuvan a la patogenia, lo que los pone en riesgo.

A su vez, cada sujeto despliega su subjetividad en el intercambio social, donde es parte, instituido e instituyente. Es en este *lugar* de reciprocidad donde se despliegan los *entres*, que se da la ligazón (lo que sucede en la relación entre los sujetos) que nombramos vínculo y que es parte importantísima en la construcción de subjetividad. Otro elemento muy significativo y salutogénico es el reconocimiento, que cuando no está presente horada la auto percepción y coopera con el pathos.

Por tanto, a la luz de lo explicitado y atendiendo a las particularidades del tipo de tarea, los trabajadores policiales estarían expuestos a desarrollar diversos tipos de enfermedades laborales, síndromes o trastornos, entre los cuales se encuentra el Trastorno por Estrés Pos Traumático.

2.3 ¿De qué hablamos cuando hablamos de trauma?

De acuerdo con Benyakar y Lezica (2005), resulta relevante analizar qué ocurre en una persona sometida a un estímulo extremo que excede sus capacidades de elaboración. El centro de interés se ubica en la intersección entre el acontecimiento real y los aspectos intrasubjetivos, es decir, la delicada interacción entre elementos internos y externos, fácticos y psíquicos. En este contexto, la referencia al fenómeno traumático se vuelve inevitable.

Enuncian que es curioso observar como un término se vuelve tan útil, práctico y aceptado, y paulatinamente va adquiriendo significados tan diversos que, precisamente como consecuencia de su uso indiscriminado, acaba por perder buena parte de su potencia conceptual. Plantean que un concepto que se expande en exceso, puede llegar a abarcar aspectos centrales de cualquier patología sin especificar ninguno en particular, que cuando un concepto comienza a perder precisión, es recomendable analizarlo y desarrollarlo nuevamente en relación con el ámbito clínico del cual se origina y al que busca aportar explicación.

Para redefinir el significado de lo traumático, estos autores comienzan por proponer que el significado etimológico de “trauma”, palabra que viene del griego, es herida, utilizado en psiquiatría para referir a la herida, incisión o ruptura del funcionamiento mental. Al mismo tiempo, proponen tres términos como inequívocos para aportar claridad, ellos son; para lo fáctico desestabilizante *situación disruptiva*, para la reacción subjetiva ante esa realidad *vivencia* y para el encuentro de ambos, o sea la condición de simultaneidad e interrelación de lo objetivo y lo subjetivo *experiencia*, delimitando así, lo que los autores denominan como “el campo de lo traumático”. Finalmente, postulan lo traumático como una modalidad de funcionamiento psíquico no transformador y por ende no elaborativo, proponiendo reservar el término traumático para un tipo especial de disfunción psíquica.

Entonces, a la luz de lo expuesto por Benyacar y Lezica, lo traumático no es el evento en sí, sino la reacción subjetiva, intrapsíquica y singular en cada individuo, por lo que no acuerdan con el término *estrés pos traumático*, ya que entienden que esta denominación pone lo traumático exclusivamente en el exterior del sujeto y al estrés como consecuencia del trauma.

También a la luz de lo expresado por estos autores, resulta relevante subrayar que no necesariamente un evento de gran intensidad conduce a una reacción traumática. Asimismo, el ámbito de lo traumático no se limita exclusivamente a la exposición del individuo a una situación

específica; de hecho, este concepto trasciende dicha circunstancia e incluye disfunciones esencialmente similares donde no es posible identificar eventos fácticos concretos.

2.4 ¿De qué hablamos cuando hablamos de TEPT?

Si bien se recogen los enriquecedores aportes de Benyacar y Lezica, ya que son contribuciones significativas y reposicionan lo terminológico del trauma, para mayor reflexión y profundización en futuras exploraciones, la presente investigación se apoyó en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (A.P.A.).

Sin embargo, se entiende que una posición no excluye a la otra, sino que la complementa, en tanto lo intra e intersubjetivo está presente y es condición inalienable de lo vincular. Es decir, esta exploración, no pone el centro de interés en si al trauma ocurre en lo interno, lo externo, o en el encuentro. No discute que sea posible que la patología se instale, aún sin haber habido un evento crítico, disruptivo que rompe con la cotidianeidad y hiere. Lo que se pretende exponer es como los trabajadores policiales contumazmente expuestos a situaciones violentas que irrumpen en su labor diaria, desarrollan trastorno por estrés pos traumático y deterioran sus vínculos con sus familias, a la vez de mostrar la validez del método EMDR como herramienta eficaz y eficiente para el afrontamiento de esta patología, ante la imposibilidad de un análisis extenso en el encuadre hospitalar al que pueden recurrir buscando ayuda.

Según el DSM-5 este trastorno puede desarrollarse a raíz de la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las siguientes formas: experiencia directa del o los sucesos traumáticos, presencia directa del o los sucesos ocurridos a otros, conocimiento de que el suceso o los sucesos traumáticos ha o han ocurrido a un familiar

próximo o a un amigo íntimo, muerte o amenaza de muerte violenta o accidental de una persona cercana, exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de los sucesos traumáticos y pone como ejemplo de esto último a socorristas y policías.

En cuanto a la sintomatología, refiere irritabilidad, arrebatos de ira, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y alteración del sueño, entre otros. Esta sintomatología, caracterizada por el distanciamiento emocional y la hiper excitabilidad lleva a conductas evitativas, poco amigables y violentas, que dificultan el normal desarrollo de la vida cotidiana de cualquier persona, no permitiendo desplegar vínculos relajados y saludables, tanto sociales, institucionales, organizacionales como intrafamiliares.

También Moura et al. (2014) formulan que estudios epidemiológicos demuestran impacto significativo de este trastorno en la población en general, siendo los profesionales de la seguridad pública y los de emergencia, quienes presentan mayores incidencias de exposición a eventos traumáticos por actuar directamente en tres factores, como son los eventos intencionales provocados por el hombre, eventos no intencionales provocados por el hombre y eventos provocados por la naturaleza, además de tener que intervenir en contextos que exigen respuestas rápidas y eficaces, lo que puede acarrear elevados índices de estrés en esos trabajadores.

Concomitantemente, esta población está inserta en contextos específicos, por lo que presenta características diferentes de la población general, como por ejemplo el entrenamiento recibido, la duración y la frecuencia de exposición a eventos traumáticos y la influencia de las variables organizacionales.

Es también importante, relevar los sistemas biológicos involucrados en el TEPT, según Dzib-Goodin et al. (2016) el estrés es un estado fisiológico que prepara a los organismos para responder de manera defensiva, necesario para procesos cognitivos como el aprendizaje y la

memoria; sin embargo, ante eventos extremos, el mismo proceso lleva a la formación de recuerdos traumáticos que son perjudiciales para el organismo y conducen a trastornos psiquiátricos.

Tal es el caso del TEPT, que puede inducir a una disfunción social profunda, resultado de las respuestas al miedo que imitan la exposición al trauma original, provocando una desregulación del eje Hipotalámico-Hipofisiario-Adrenal (HHA) y su interacción con glucocorticoides. Se alteran los sistemas biológicos a nivel molecular, endocrinológico neuronal, genético y epigenético.

En su contexto clínico el TEPT es un proceso complejo y heterogéneo que con frecuencia incluye características perceptivas, cognitivas, afectivas, fisiológicas y psicológicas. Por lo que se refiere tanto a la condición como a la situación estresante que abarca una amplia gama de fenómenos, desde una irritación hasta trastornos serios para la salud, de magnitud tal, que las personas con TEPT presentan mayores tasas de alteraciones cardio-metabólicas y mortalidad temprana, como implicaciones biológicas de la enfermedad.

Por otra parte, Marcelo Viñar (2011) expone una noción psicoanalítica del trauma, que difiere de la visión médica. Mientras que en medicina se gira en torno a la adecuación o proporcionalidad entre causas y efectos, y se tiende a la reparación del daño actual, en el psicoanálisis se busca la resimbolización del trauma, o sea una reparación o cicatrización de largo aliento, que trascienda incluso, generaciones. Discrepa con la noción médica de TEPT, en tanto la considera un constructo que deriva en la medicalización del problema, mediante una taxonomía de síntomas y signos (desarrollados más arriba) que distraen de lo esencial al enfatizar los efectos sobre el cuerpo dañado. Define como lo fundamental del trauma, el efecto devastador sobre la estructura psíquica del afectado y de su entorno, tanto en la actualidad como a largo plazo. Explicita que quiere resistir la medicalización del problema, deshacer el binomio

afectados e indemnes y posicionarse desde la perspectiva de marca o de inscripción, dañina y/o saludable. Plantea que la diferencia en el posicionamiento inicial es primordial, no es lo mismo pensar en términos de neurosis traumática, que, de marca e inscripción, lo cual tiene importantes consecuencias en las metas de un proceso terapéutico y en el recorrido de este.

Con lo expuesto, queda explicitada la relevancia que tiene este trastorno en las vidas de la población que lo padece, desde una perspectiva bio-psico-social, afectando absolutamente todo lo que somos, visible o invisiblemente (Viñar, 2011) y que afecta a la población en general, pero particularmente a los profesionales que se ven expuestos en reiteradas ocasiones y con mucha frecuencia, a situaciones violentas y/o traumáticas, teniendo además que resolverlas en forma expeditiva, eficaz y eficiente.

2.5 ¿Qué herramientas utilizar para el tratamiento del sufrimiento psíquico?

Parafraseando a Sigmund Freud, para vivir es necesario olvidar lo penoso a través de la construcción del pasado, ya que la única forma de olvidar verdaderamente es recordar y dar un límite a la experiencia, permitiendo así al aparato psíquico seguir adelante, esto sugiere que enfrentar y procesar los recuerdos dolorosos es el camino para liberarse de su carga.

Cómo hacer entonces, para que un trauma no retorne compulsivamente en lo psíquico, en un doloroso presente que no cesa. Para vivir es necesario el olvido y el trauma se opone a tal dimensión. Paradójicamente, el recuerdo representa la posibilidad que tiene el aparato de producir el olvido, pues aquello que se repite en acto, agieren (actign out) afirma Freud, no se recuerda. Para que eso doloroso no retorne como eterno presente es necesaria la realidad psíquica, la memoria.

Para evitar que el trauma se manifieste de manera compulsiva en la vida psíquica,

persistiendo

en un presente doloroso, resulta fundamental el papel del olvido en el proceso vital. El trauma, sin embargo, constituye un obstáculo para dicha función. De forma paradójica, el recuerdo facilita al aparato psíquico la producción del olvido, ya que aquello que se repite actuando, según Freud, no es recordado. “(...) el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace” (Freud, 1913). Por tanto, la memoria y la realidad psíquica son esenciales para impedir que el sufrimiento se perpetúe como un presente eterno.

Es bien importante en el sufrimiento psíquico, relevar las herramientas disponibles para manejarlo. Un método que se presenta como eficaz es el EMDR. Shapiro (2004) desarrolla este método desde 1987, como una metodología compleja que incluye muchos componentes, brindando una atención especial a las imágenes, creencias, emociones, respuestas físicas, conciencia acrecentada (memorias alimentadoras y creencias limitantes) y sistemas interpersonales, para poder alcanzar los resultados esperados. A partir de 2013, la OMS recomienda que el Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular (EMDR), deba de ser considerado para tratar adultos con TEPT.

La exposición a una situación traumática produce cambios neuronales y del balance fisiológico entre sistemas inhibitorios y excitatorios del cerebro, que impiden su procesamiento adecuado. El método EMDR restaura este balance al generar su reprocesamiento, cambiando así el sistema de percepciones, emociones y atribuciones acerca de la experiencia traumática.

En una revisión sistemática (Torchalla et al., 2018) se encuentra un resumen de la evidencia de las intervenciones dirigidas a personas con trastorno de estrés postraumático relacionado con el trabajo. Los sujetos de estudio fueron: personal de ferrocarriles, oficiales de policía, trabajadores de desastres e individuos con lesiones industriales. Los resultados sugieren

que las intervenciones de psicoterapia son beneficiosas para ayudar a los clientes a recuperarse de los síntomas de TEPT. Las intervenciones incluyeron terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular.

Por otra parte, un estudio sobre terapia breve para el TEPT y el TEPTC (TEPT Complejo) relacionado con el trauma ocupacional en la policía de Reino Unido (Biggs et al., 2021), presenta como conclusiones que las intervenciones breves centradas en el trauma son potencialmente efectivas para reducir los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad en policías con TEPT y TEPTC. Las terapias aplicadas fueron cognitivo-conductual y EMDR.

2.6 ¿Qué es y cómo actúa el EMDR?

Constituye una terapia de integración neuroemocional, mediante la estimulación bilateral alterna, la cual puede ser visual, táctil o auditiva. Es decir, la persona hace movimientos oculares, siguiendo el recorrido de un lado a otro de los dedos índice y medio del terapeuta, el cual las va haciendo en tandas rápidas o lentas, según se pretenda desensibilizar o reprocesar. Otro modo de estimulación es el consultante con los ojos cerrados y el terapeuta hace las tandas efectuando un ruido, con chasqueo de sus dedos, a derecha e izquierda del consultante, alternativamente. La otra opción es el consultante de ojos cerrados o abiertos y el terapeuta realiza las tandas tocando alternativamente dos partes del cuerpo acordadas con el consultante, por ejemplo: las rodillas.

Es relevante aclarar que antes de empezar el tratamiento se le explica al consultante cómo es el procedimiento, cómo actúa, a la vez que se establece la distancia de los cuerpos para trabajar, se acuerda una señal de pare (usualmente alzar una mano) y se le aclara que en cualquier momento que lo desee, sin mediar explicación alguna, se puede cortar la sesión EMDR. Lo cual implica, que si resulta muy movilizante para el entrevistado, se cesa de aplicar el método

y se realiza contención y estabilización antes de retirarse de la consulta. Generalmente se utiliza el mecanismo de “lugar seguro”, que es construido antes de la primera aplicación.

Este método constituye un enfoque específico e integral. El cerebro tiene un sistema natural, intrínseco, de autorregulación, semejante a los otros sistemas del cuerpo, para llegar a un estado de equilibrio, a este Sistema de Procesamiento de la Información hacia un estado Adaptativo, lo denominamos SPIA, es un dispositivo endógeno del cerebro, para integrar experiencias internas y externas. El procesamiento de la información a un estado adaptativo es lo que busca el EMDR, es el propio cerebro el que realiza la tarea, habilitado por la correcta aplicación del método.

En términos específicos, existe un equilibrio neurológico en un sistema fisiológico definido, que permite que la información sea procesada hasta alcanzar una resolución adaptativa. Resolución adaptativa refiere a que se realizan conexiones con asociaciones apropiadas y que la experiencia es empleada constructivamente por el individuo y es integrada a un sistema cognitivo y emocional positivo. No desaparece el recuerdo, pero deja de ser paralizante y traumatizante en sí mismo.

El método EMDR está dividido en ocho fases de tratamiento. En la fase uno se recolecta información relevante sobre la historia del paciente y se conceptualiza el caso. Se determina la disponibilidad de redes de memoria positivas/adaptativas, mediante la técnica de Flotar Hacia Atrás (o Escaneo Afectivo) o a través del cuestionamiento directo, para proceder con el reprocesamiento de las memorias. También se identifican los objetivos del tratamiento.

En la fase dos se prepara al paciente para el reprocesamiento EMDR de experiencias vitales perturbadoras, brindando información detallada sobre el método, estableciendo la mecánica de trabajo y proponiendo herramientas de estabilización, como por ejemplo la construcción del lugar seguro.

Es entre las fases tres y siete donde se despliega el método, se hace la evaluación, desensibilización, instalación, chequeo de sensaciones corporales residuales y el cierre. La fase ocho es de reevaluación.

Una fortaleza para destacar es que las fases tres, cuatro y cinco proporcionan evaluaciones internas. Por un lado, la validez de la cognición positiva (VOC) y por otro el nivel de perturbación emocional o unidades subjetivas de perturbación (SUD).

En la fase tres, además de decidir conjuntamente con el paciente el blanco (evento crítico) a abordar en la sesión, el consultante explicita cuál es la imagen más perturbadora dentro del incidente, la cual puede ser una imagen propiamente dicha, un sonido, un aroma, un sabor o una sensación táctil.

Al evocar la imagen, se le pide que la vincule con una cognición negativa, o sea, qué creencia negativa tiene sobre sí cuando rememora el hecho. Luego se solicita que vincule la imagen con una cognición positiva sobre sí mismo, es decir, que le gustaría creer sobre sí cuando recuerda la imagen. Se espera que las cogniciones sean autorreferenciales, si no lo son, se pregunta qué dice eso de él o ella.

Al crear las cogniciones, se utiliza un VOC para preguntar qué tan ciertas parecen las palabras de la creencia positiva en una escala del uno al siete, donde uno significa completamente falso y siete completamente verdadero.

A continuación, se exploran las emociones pidiendo al sujeto que al traer a su mente la imagen, junto a la creencia negativa, relate que ve, oye, siente, qué emociones aparecen.

Luego se toma un SUD, preguntando en una escala de cero a diez, donde cero es ninguna perturbación o neutral y diez es la máxima perturbación que puede imaginar, cuánta perturbación siente en ese momento y dónde la siente, en qué parte del cuerpo.

Después de la desensibilización, en fase cuatro, se vuelve a tomar SUD. Más tarde, en

fase cinco, se chequea el VOC. Estas escalas numéricas de fácil aplicación nos permiten ir evaluando la creencia del sujeto en relación con el incidente, si cambia, mejora, empeora o está anclada. Manejaremos un ejemplo para mejor ilustración: Caso de violencia doméstica, donde el paciente ahora adulto, era un niño de cuatro años en el evento en el que el padre golpea a la madre. Creencia negativa: soy cobarde. Creencia positiva: soy valiente.

En un principio, al tomar el VOC aparece la creencia positiva como completamente falsa y, por oposición, la creencia negativa como completamente verdadera. Luego de la desensibilización, las escalas de medición empiezan a invertir los resultados.

El método EMDR es muy movilizante, por eso es necesario ir evaluando que tan perturbada puede sentirse la persona. Para esto utilizamos el SUD, si el nivel de perturbación es diez, seguramente la persona elegirá no seguir con la sesión, cosa que está siempre en sus manos y es bien aclarado al inicio. Regularmente el nivel de perturbación es menor a diez y va bajando a medida que avanza la sesión.

Se busca llegar a una creencia positiva con un VOC de siete y un SUD de cero. Esto es, que la persona pueda reprocesar las experiencias hacia una resolución adaptativa. Volviendo al ejemplo, el recordar el evento no lo hace creer que es cobarde, lo reubica en el lugar de niño que no podía enfrentar a su padre y lo coloca en el presente con una creencia de que es valiente, porque lo puede reprocesar.

En cuanto al nivel de perturbación, se espera que en la medida que el recuerdo tenga una resolución adaptativa ya no incomode con sensaciones físicas residuales. En el caso puntual de los policías, como en otros trabajos de similares exigencias (emergencistas, bomberos, etc.) se puede aceptar medidas de SUD y VOC ecológicas, es decir que no lleguen al máximo en el caso de la creencia positiva, ni al mínimo en cuanto al nivel de perturbación.

Lo que nos permiten las escalas VOC y SUD es ir evaluando el progreso, o no, durante la

misma aplicación. Entonces, la cognición positiva es la creencia positiva sobre sí mismo que se trabaja durante la sesión, la escala nos permite medir que tan ciertas siente esas palabras sobre si, para poder reforzarlas y el nivel de perturbación nos habilita a saber que tan cómodo o incómodo está con la situación, o sea que tan movilizante es el recuerdo y saber si se puede continuar.

Los rasgos de personalidad, la conducta, las convicciones sobre sí mismo y sobre el mundo, las relaciones, las emociones y las sensaciones físicas que son disfuncionales o patológicas, son la manifestación de recuerdos no procesados. En esencia, después de una intervención con EMDR, lo que resulta útil es aprendido y almacenado con los sentimientos o emociones apropiadas y está disponible para ser utilizado en el futuro.

En síntesis, la información se transmuta, cambia a nivel neurobiológico. El agente de cambio del método EMDR es el reprocesamiento de la información, proceso de construcción de nuevos eslabones entre la información disfuncional y la información adaptativa (Shapiro, 2004).

2.7 ¿Cómo explorar los vínculos intrafamiliares?

La Escala de Clima Social Familiar, conocida por sus siglas FES, constituye un instrumento psicométrico orientado a evaluar las características socioambientales del contexto familiar y la calidad de las relaciones que se desarrollan entre sus integrantes (Moos, RH et al.), con el propósito de describir la percepción que los miembros de una familia tienen sobre su ambiente cotidiano, sus vínculos, sus formas de organización y los procesos de desarrollo personal que se promueven dentro del hogar.

A diferencia de los instrumentos centrados exclusivamente en rasgos individuales, la FES adopta una perspectiva contextual y sistémica, ya que permite analizar el funcionamiento familiar

como un entorno relacional compartido. En este sentido, su utilidad radica en que no solo recoge información sobre conductas aisladas, sino que permite identificar patrones de comunicación, apoyo, expresividad, conflicto, autonomía, organización y control que caracterizan la dinámica familiar.

El instrumento está conformado por 90 ítems de respuesta dicotómica, en los que la persona evaluada responde “Verdadero” o “Falso” según su percepción habitual del ambiente familiar. Estos ítems se distribuyen en diez subescalas, agrupadas a su vez en tres dimensiones generales: Relaciones Interpersonales, Desarrollo y Estabilidad. Cada subescala permite obtener una puntuación directa, la cual puede ser interpretada posteriormente mediante los baremos correspondientes a la versión o adaptación utilizada.

La FES se emplea principalmente en contextos clínicos, educativos, comunitarios y de investigación. En el ámbito clínico, facilita la identificación de fortalezas y áreas problemáticas de la dinámica familiar, por lo que resulta útil para orientar procesos de evaluación psicológica, intervención familiar, terapia de pareja, acompañamiento a adolescentes y diseño de estrategias de apoyo psicosocial. En investigación, permite analizar la relación entre el clima familiar y variables como el rendimiento académico, la ansiedad, la resiliencia, las conductas de riesgo o el bienestar psicológico.

Como ya se expresó, la estructura de la FES se organiza en tres dimensiones. La primera es la dimensión de Relaciones Interpersonales, que evalúa el grado de comunicación, apoyo mutuo, expresión emocional e interacción conflictiva dentro del grupo familiar. Esta dimensión comprende las subescalas de Cohesión, Expresividad y Conflicto. La Cohesión hace referencia al nivel de ayuda, apoyo y compromiso entre los miembros de la familia; la Expresividad evalúa el grado en que se permite y estimula la manifestación directa de sentimientos, opiniones y

necesidades; y el Conflicto considera la presencia de desacuerdos, agresividad, discusiones, cólera o tensión expresada abiertamente en la convivencia cotidiana.

La segunda dimensión es la de Desarrollo, también denominada Crecimiento Personal. Esta dimensión examina la importancia que la familia otorga a procesos vinculados con la autonomía, el logro, la actividad intelectual y cultural, la participación social recreativa y los valores morales o religiosos. Incluye las subescalas de Autonomía, Actuación, Intelectual-Cultural, Social-Recreativa y Moralidad-Religiosidad. En conjunto, estas áreas permiten valorar en qué medida el ambiente familiar favorece la independencia personal, la orientación al desempeño, la apertura cultural, la participación en actividades compartidas y la transmisión de principios éticos o religiosos.

La tercera dimensión corresponde a Estabilidad o Sistema de Mantenimiento. Su finalidad es describir la organización del hogar, la claridad de las responsabilidades y el grado de control ejercido mediante normas y procedimientos familiares. Está integrada por las subescalas de Organización y Control. La primera se relaciona con la planificación, el orden y la distribución de roles dentro del sistema familiar, mientras que la segunda se refiere al nivel de rigidez o flexibilidad con que se regulan las conductas y decisiones de sus integrantes.

En el presente estudio se considera específicamente la dimensión de Relaciones Interpersonales, debido a que permite analizar el modo en que los miembros de la familia se comunican, se apoyan y afrontan los desacuerdos. Esta dimensión resulta especialmente pertinente cuando el interés de la evaluación se centra en la calidad del vínculo familiar, la expresión emocional y la presencia de dinámicas conflictivas.

La calificación de la FES se realiza mediante una clave de respuestas o plantilla de corrección. Cada respuesta que coincide con la clave establecida recibe un punto, mientras que las respuestas que no coinciden reciben cero puntos. Posteriormente, se suman los puntos

obtenidos en cada subescala para calcular la puntuación directa. En la versión tradicional del instrumento, cada una de las diez subescalas alcanza un puntaje máximo de nueve puntos.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas, estas deben convertirse en puntuaciones típicas o categorías interpretativas mediante el baremo correspondiente. Para esta investigación se empleó la adaptación y estandarización realizada por César Ruiz Alva y Eva Guerra Turín en Lima Metropolitana, (1993). La interpretación de los resultados debe considerar el contexto sociocultural, la finalidad de la evaluación y las características de la muestra, evitando conclusiones aisladas basadas únicamente en un puntaje.

En el análisis de la dimensión de Relaciones Interpersonales, el procedimiento consiste en identificar las respuestas emitidas por la persona evaluada en los ítems correspondientes a Cohesión, Expresividad y Conflicto, aplicar la clave de corrección y sumar los aciertos por subescala. El resultado permite construir una aproximación descriptiva al clima relacional familiar, diferenciando entre apoyo y unión familiar, apertura comunicativa y presencia de interacciones conflictivas. Los resultados de la FES deben interpretarse como indicadores de percepción del clima familiar y no como diagnósticos definitivos.

2.8 Los trabajadores policiales y el riesgo ocupacional

Yendo de lo general a lo particular, se ve que a lo largo de las últimas décadas ha habido diferentes investigaciones con relación a trabajadores policiales, los resultados de esos estudios, en diferentes países sugieren que la mayoría de los policías son afectados por eventos traumáticos y/o estrés que les provocan sufrimiento mental.

Estos eventos están vinculados directamente a su profesión, como puede ser la exposición a heridos en siniestros de tránsito, manipulación de restos humanos, la observancia de detalles

particularmente desagradables pero imprescindibles para la aclaración de los hechos, la posibilidad diaria de matar o morir, entre otras. Lo cual ha ido mostrando cómo el tipo de acontecimientos a los que se ven sometidos los policías ejecutivos, suelen ser una fuerte fuente de alteración, que pone en riesgo su integridad física y mental.

Rudney da Silva et al. (2013), a partir de un estudio cualitativo con policías militares de João Pessoa, en Brasil, explicitan que esos funcionarios desarrollan un trabajo precarizado, que además soporta las exigencias de la sociedad, lo que contribuye con acciones dañinas para la salud mental y favorece el sufrimiento psíquico.

Por otra parte Coca (2017) en su estudio sobre riesgos ocupacionales de los policías de El Salvador, advierte que poco se escucha respecto a la protección y el cuidado del policía en el ámbito laboral, explicita que se los ve como máquinas incansables a las que se les puede exigir ignorando su cansancio, su riesgo a perder la vida, sus aspiraciones personales y familiares, no viéndolos como un ser humano, un trabajador que también debe ser protegido en sus derechos laborales, por lo que no se atiende a los riesgos psicosociales a los que se ven expuestos.

Este recorrido de la literatura por diferentes países tiene como hilo conductor la conclusión de los riesgos físicos, psíquicos y sociales a los que se ven expuestos los policías. También coinciden en el hecho del reconocimiento del riesgo laboral físico y en la invisibilidad del riesgo laboral psíquico y social. Muestra la escisión que se hace de estos trabajadores, no teniendo una visión holística al abordar sus problemáticas, que tengan en cuenta las áreas bio-psico-social de estos individuos.

2.9 Los policías y sus familias

En relación con el concepto de familia, nos apoyaremos en Valdivia Sánchez (2008) que se refiere a la familia extensa como aquella que reúne a todos los parientes y personas con vínculos reconocidos como familia. También refiere a los vínculos que van más allá de la consanguineidad, son los vínculos civiles como el matrimonio o la adopción. Expresa que existen diferentes hogares o núcleos, desde organizaciones donde conviven miembros de tres generaciones y colaterales, hasta hogares monoparentales. En su estudio Valdivia también refiere a otros tipos de familia con modelos multinucleares como los polígamos o tribales que incluyen a todos los miembros de un clan, pero no tenemos noticia de que estos tipos de familia se den en Uruguay, ya que responden a modelos culturales diferentes.

Siguiendo con Valdivia Sánchez, esta autora hace especial referencia a que la estructura familiar se complica cuando cónyuges solos reconstruyen las familias, al tener solos o compartida la tutela de los hijos propios, más aún si suman hijos de la nueva pareja. Ni hablar si tienen que atender económicamente a hijos o cónyuges de uniones anteriores. Destaca que las familias que ella denomina reconstituidas son las que tienen más variedad de tipos de familia y releva como importante para analizar, el costo emocional que exigen estas situaciones, especialmente para los hijos, los cuales, con frecuencia no participan en las decisiones de los adultos.

Es relevante este punto de los tipos de familia, ya que aparece como la gran mayoría de las familias de los policías, familias ensambladas, con múltiples y complejas composiciones. En estas situaciones, donde desde lo emocional hasta lo económico se complica (varias retenciones por alimentación, por ejemplo) se forma un círculo vicioso, donde el sufrimiento psíquico que les produce lo laboral, es volcado en las familias, provocando más sufrimiento en sí y en los otros y replicando dificultades relacionales que se dan fuera de las familias. Los hijos, quedan especialmente expuestos y son los vínculos que los policías plantean más interés en reparar durante la intervención clínica, independientemente de su salud mental.

Igualmente, cabe agregar que existen tantos modelos de familia que sería imposible una denominación taxativa de los mismos, en Uruguay la legislación es muy amplia a ese respecto, está vigente el matrimonio igualitario y la posibilidad de adopción no se circunscribe a ningún modelo de familia en particular. Por tanto, para los fines de este estudio, se considerará familia a aquellas personas que el participante identifique y designe como integrantes de su grupo familiar, sin ningún preconcepto.

2.10 Delimitación conceptual en la evolución clínica:

Salud Mental, Remisión Sintomática y Reparación Vincular

El abordaje psicoterapéutico del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en funcionarios policiales contumazmente expuestos a situaciones de violencia disruptiva exige una rigurosa delimitación conceptual (Benyakar & Lezica, 2005; DSM-5, 2013). Con frecuencia, la literatura médica y los enfoques hegemónicos de la salud tienden a homologar la reducción de los indicadores nosológicos con la restitución integral del bienestar del sujeto (Viñar, 2011). Sin embargo, en el marco de una clínica psicotraumatológica con perspectiva bio-psico-social, resulta imperativo trazar una distinción precisa entre tres dimensiones interdependientes pero cualitativamente diferenciadas: la salud mental, la remisión sintomática y la reparación vincular.

2.10.1 Salud Mental: Una Perspectiva Integral y Subjetiva

La salud mental no puede ser reducida a la mera ausencia de trastornos o afecciones psíquicas, sino que se constituye como un proceso dinámico de equilibrio intrapsíquico e intersubjetivo, donde el sujeto despliega su singularidad y su capacidad de dotar de sentido a sus

experiencias (Dejours, 2011; Zeleman, 2010). En la población policial, la salud mental se halla atravesada de forma nodal por las variables organizacionales, la "cultura policial" y las exigencias de disociación operativa -estar sometido a la autoridad y ejercerla simultáneamente- que horadan la autopercepción y la identidad del trabajador (Corbo, 2014; Guerrero et al., 2017).

Alcanzar un estado de salud mental implica, desde la perspectiva dejouriana, subvertir la "normalidad sufriente" -aquel equilibrio inestable y crónico entre el sufrimiento laboral y las defensas de negación- para dar paso a la sublimación, el reconocimiento social y la realización personal (Dejours et al., 1998; Honneth, 1997). Es la restitución de una modalidad de funcionamiento psíquico transformador y elaborativo que devuelve al sujeto su agencia e historicidad (Benyakar & Lezica, 2005).

2.10.2 Remisión Sintomática: La Estabilización del Cuadro Clínico

A diferencia del estatuto holístico de la salud mental, la remisión sintomática se ubica en una dimensión estrictamente clínico-nosológica y psicométrica. Se define como la atenuación, control o desaparición de los signos y síntomas específicos que configuran el diagnóstico de TEPT según los criterios de los manuales de clasificación vigentes (DSM-5, 2013). En este espectro se inscribe la reducción del distanciamiento emocional, las conductas evitativas, los flashbacks, las distorsiones cognitivas, y la desregulación fisiológica del eje Hipotalámico-Hipofisiario-Adrenal (HHA) manifestada en hipervigilancia, irritabilidad, insomnio y alteraciones cardio-metabólicas (Dzib-Goodin et al., 2016).

En la praxis clínica a través del método Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), la remisión sintomática se viabiliza mediante la estimulación bilateral alterna (visual, táctil o auditiva), activando el Sistema de Procesamiento de la Información hacia un estado

Adaptativo (SPIA) (Shapiro, 2004). La remisión puede ser evaluada cuantitativamente en la práctica clínica intra-sesión mediante los indicadores del protocolo:

La reducción de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD): Que computa el descenso de la angustia y el malestar somático ante la evocación del evento crítico (Shapiro, 2004).

El incremento de la Validez de la Cognición Positiva (VOC): Que evalúa el grado de convicción íntima respecto a una creencia autorreferencial adaptativa y saludable (por ejemplo, transmutar el "soy cobarde" en "soy valiente") (Shapiro, 2004).

Es fundamental destacar que, en primeros respondedores como policías y bomberos, la remisión sintomática suele alcanzar un carácter "ecológico" (SUD de 1 y VOC de 6), donde el recuerdo traumático se metaboliza hacia una resolución adaptativa, despojándose de su carga paralizante, aunque persista una impronta condicionada por el riesgo inherente a la función que desempeñan. No obstante, la remisión sintomática es un paso inicial y parcial; la desactivación del correlato neurobiológico del miedo no equivale per se a la sanación estructural de la vida psíquica del afectado (Viñar, 2011).

2.10.3 Reparación Vincular: La Reconstrucción del "Entre" Interpersonal

La reparación vincular se desplaza del espacio intrapsíquico y nosológico para asentarse de lleno en el escenario interactivo y sistémico de "lo vincular" (Berenstein, 2002; Puget & Berenstein, 1998). El trauma psíquico ejerce un efecto devastador que no solo altera la estructura individual, sino que fractura el entorno sociofamiliar (Viñar, 2011). La sintomatología del TEPT - caracterizada por estallidos de ira, embotamiento afectivo e hipervigilancia- suele volcarse en el núcleo íntimo, transformando el hogar en un espacio de tensión crónica, conductas autoritarias o

desbordes de violencia defensiva, deteriorando severamente la convivencia (Corbo, 2014; Soares et al., 2020).

La reparación vincular alude específicamente a la transformación de las modalidades relacionales y a la reconstrucción de los lazos de apego, comunicación y soporte mutuo dentro del grupo familiar (Moos et al., 1994). Implica trabajar terapéuticamente en el "entre", es decir, en la situación inconsciente que liga a los sujetos apoyada en una relación de presencia y alteridad (Berenstein, 2002).

Este proceso puede ser cartografiado a través de las dimensiones interpersonales expuestas en instrumentos contextuales como la Escala de Clima Social Familiar (FES), evaluando: la restitución de la *Cohesión*, es decir, el grado de compromiso, ayuda y apoyo mutuo entre los miembros; la optimización de la *Expresividad*, o sea la posibilidad de manifestar abiertamente sentimientos y vulnerabilidades en un entorno seguro y la resolución asertiva del *Conflicto* reflejada en la disminución de la agresividad y la tensión abierta.

2.10.4 Articulación e Interdependencia Clínica

La delimitación de estos conceptos es crucial para el alcance situado de la investigación, pues los datos clínicos demuestran que estas variables no evolucionan de forma lineal ni sincrónica. Un funcionario policial puede evidenciar una notable remisión sintomática objetivada en la estabilización de sus conductas basales (sueño, alimentación), un escaneo corporal libre y un SUD ecológico respecto al evento disruptivo original (como se constata en las fases avanzadas del método EMDR). Sin embargo, esta desactivación del núcleo traumático a nivel neurobiológico no se traduce de forma automática en una restauración inmediata de su salud mental global, la cual puede seguir damnificada por la falta de reconocimiento institucional o por

el advenimiento de una normalidad sufriente que transmute hacia cuadros mixtos de angustia y depresión.

A su vez, la reparación vincular emerge como una dimensión con particular autonomía y de máxima preeminencia subjetiva para los participantes. Las complejas dinámicas de las familias ensambladas de la población policial, sumadas al costo emocional y económico que enfrentan, provocan que los hijos queden especialmente expuestos a las repercusiones de la hipervigilancia (Soares et al., 2020; Valdivia, 2008). En la práctica clínica, se observa de manera recurrente que los funcionarios policiales plantean un profundo interés por restaurar los vínculos con sus hijos y parejas de forma prioritaria, independientemente del estado de severidad o remisión de su propia salud mental.

Por lo tanto, la intervención psicoterapéutica integral con aplicación de EMDR no debe limitar su horizonte a la remisión de la taxonomía del síntoma; debe utilizar la estabilización clínica como un sustrato operativo que habilite al sujeto a tramitar el sufrimiento psíquico y, consecuentemente, a resimbolizar y reparar los entres relacionales que sostienen su ecología familiar (Shapiro, 2004; Viñar, 2011).

2.11 Sistematización comparativa

2.11.1 Heterogeneidad de la Muestra y de los Eventos Disruptivos

El análisis de los casos clínicos revela una marcada variabilidad en las trayectorias de los participantes, evidenciando que el impacto de la labor policial no puede universalizarse de forma homogénea. La muestra se compone de cinco varones y dos mujeres con edades comprendidas entre los 33 y los 50 años, y una antigüedad en el servicio que oscila entre los 3 y los 30 años.

Esta diversidad funcional abarca desde el personal de Bomberos y unidades de respuesta en zonas operacionales críticas, hasta el personal del Centro de Comando Unificado (CCU) y el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

Los eventos críticos identificados se agrupan en tres grandes tipologías de exposición traumática:

- Encuentro directo con escenas de filicidio o muerte violenta de menores: Los casos de FP y LG ilustran de forma idéntica la respuesta ante una llamada al 911 por intento de autoeliminación (IAE), que derivó en el hallazgo de un doble filicidio con extrema violencia física (menores degollados). En el caso de AN, se manifiesta a través de la muerte de menores en incendios urbanos, cuya fisonomía reactivaba el recuerdo de su propio hijo.
- Vulneración de la integridad física y riesgo inminente de vida: El caso de GN expone una rapiña con apuñalamiento múltiple en presencia de su hija menor, evento que deviene además en el hallazgo incidental de una patología oncológica pulmonar. Por su parte, el caso de LC describe una situación de toma de rehenes en un centro penitenciario del INR, sufriendo amenazas de muerte y aislamiento comunicacional.
- Trauma por mediación técnica y culpa operacional: El caso de JB evidencia la exposición al sufrimiento a través de la atención telefónica de emergencia en el 911. La muerte de la usuaria en el trayecto posterior a la llamada generó un cuadro de TEPT signado por una intensa culpa persecutoria ante la imposibilidad de haber modificado el curso del evento fáctico.

2.11.2 Evaluación Psicométrica y Evolución Clínica (EMDR y FES)

La intervención combinó el uso del método EMDR para el procesamiento neurobiológico del trauma y la Escala de Clima Social Familiar (FES) de Moos et al., centrándose

específicamente en la dimensión de Relaciones Interpersonales (Cohesión, Expresividad y Conflicto).

De acuerdo con los criterios del modelo EMDR, la eficacia del procesamiento se midió a través de la escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD, rango 0–10) y la escala de Validez de la Cognición Positiva (VOC, rango 1–7). En esta población expuesta a trauma ocupacional contumaz, se asumieron valores de SUD entre 0 y 1 y de VOC entre 6 y 7 como indicadores de éxito o alta eficacia bajo un criterio de valor ecológico, reconociendo la persistencia de estresores estructurales en la función policial.

2.11.3 Discusión Crítica: El Eje Deterioro - Reparación Vincular

La sistematización cualitativa pone de relieve la interrelación directa entre la instalación del TEPT y el desgaste de la dimensión relacional en el ámbito intrafamiliar. El sufrimiento psíquico del funcionario policial, exacerbado por una cultura organizacional que sanciona la manifestación de vulnerabilidad, suele transmutarse en conductas de aislamiento (clinofilia, anhedonia como en el caso FP), hipervigilancia extrema que contamina el hogar (como en el caso GN) o desbordes de irritabilidad y violencia reactiva (como en el caso AN).

El proceso de reparación a través del EMDR opera mediante el Sistema de Procesamiento de la Información a un estado Adaptativo (SPIA). Al desensibilizar el núcleo disfuncional del recuerdo traumático (las imágenes ominosas de menores asesinados o la vivencia de indefensión ante la muerte), el cerebro logra transmutar la información neurobiológica.

Las implicancias de esta remisión sintomática en las categorías de análisis establecidas muestran que:

- Vínculos Afectivos y Comunicación: La reestructuración cognitiva (pasar de la creencia negativa "soy cobarde" a la creencia adaptativa "soy valiente" o "era un niño", como se observa en las sesiones de GN y en la psicoterapia general) flexibiliza las defensas del sujeto. Al disminuir los niveles de perturbación (SUD), los funcionarios logran sustituir el aislamiento defensivo por una comunicación más fluida, asertiva y abierta con sus parejas e hijos.
- Colaboración y Redes de Sostén: Los casos con remisión total (GN, JB, LC) muestran una reactivación de los proyectos conjuntos, una mejor distribución de las responsabilidades de crianza y una reorganización equitativa de la economía doméstica. En contraposición, el anclaje del trauma y la emergencia de comorbilidades afectivas (como en el caso FP, con el surgimiento de un trastorno mixto de angustia y depresión) perpetúan la dependencia habitacional, el aislamiento relacional y la parálisis frente al outplacement laboral.
- Violencia y Mecanismos de Defensa: La intervención permite visibilizar y problematizar la réplica de dinámicas violentas en el hogar, originadas tanto por la internalización del autoritarismo institucional como por las secuelas de traumas complejos del desarrollo (claramente identificados en las estructuras de los casos FP y LG).

2.11.4 Procedimiento de Análisis de Contenido Cualitativo

El diseño metodológico de la investigación se define como preexperimental, cualitativo y exploratorio. Para el tratamiento de los datos recolectados a través de las notas de campo y las transcripciones de las entrevistas psicoterapéuticas, se aplicó un procedimiento de análisis de contenido cualitativo de carácter inductivo-deductivo, orientado a identificar la regularidad de los sentidos otorgados por los participantes a sus vivencias de sufrimiento y transformación vincular.

El proceso de análisis de datos se estructuró a partir de cuatro fases operacionales sucesivas:

- Fase de preparación y transcripción: Consistió en la transcripción de los discursos de los siete policías de la escala básica que conformaron el estudio de casos, complementada con el registro minucioso de las anotaciones de las observaciones clínicas de la investigadora.
- Fase de inmersión y lectura flotante: Implicó lecturas repetidas del corpus textual con el objetivo de lograr una familiarización profunda con los relatos, abstrayendo los primeros núcleos de significado compartidos.
- Fase de codificación y categorización: Se ejecutó la segmentación de las unidades de significado de las entrevistas para su posterior adscripción a las categorías analíticas preestablecidas, confrontándolas con los resultados cualitativos de la Escala de Clima Social Familiar (FES) y las métricas internas de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).
- Fase de triangulación analítica: Correspondió al cruce reflexivo de los datos cualitativos de las entrevistas, las clasificaciones de la dimensión de relaciones interpersonales de la FES y la evolución clínica de las escalas subjetivas de perturbación (SUD) y validez cognitiva (VOC), permitiendo estructurar las conclusiones y contrastarlas con la literatura contemporánea.

2.11.5 Construcción de Categorías de Análisis

La organización y codificación del material discursivo se articuló firmemente sobre cuatro categorías analíticas principales, subdivididas en sus respectivas dimensiones operacionales, las cuales demostraron suficiencia explicativa para saturar el análisis del fenómeno investigado.

Categoría 1: Vínculos Afectivos

Esta categoría evalúa la estructura, configuración y significación de los lazos relacionales primarios del funcionario policial, identificando la red de soporte emocional y los objetos de investidura afectiva dentro del núcleo familiar actual e histórico.

- Dimensión Relación con Hijos e Hijastros: Explora la cualidad del lazo paterno-filial, las dinámicas de cuidado y la manifestación de intereses explícitos por reparar dichos vínculos, independientemente del estado de salud mental del funcionario, reconociendo la preeminencia de configuraciones familiares ensambladas o complejas.
- Dimensión Relación de Pareja: Analiza la estabilidad, los conflictos y los acuerdos conyugales, así como el posicionamiento del otro afectivo (esposo o compañero) como figura de sostén o pilar frente a las crisis.
- Dimensión Relación con Otros Miembros de la Familia Extensa: Indaga sobre los contactos, distanciamientos y dinámicas relacionales con figuras del linaje de origen (padres, hermanos), identificando tanto historias de violencia generacional o ludopatía como lazos significativos de convivencia.

Categoría 2: Colaboración Familiar

Esta categoría examina las pautas de organización interna del hogar y la distribución de las responsabilidades prácticas y afectivas que configuran el sostenimiento diario del sistema familiar.

- Dimensión Distribución de Tareas Domésticas: Evalúa la asignación del trabajo del hogar y el orden interno, identificando si existe un reparto equitativo de roles o si recae predominantemente sobre un miembro.
- Dimensión División de Gastos y Dinero en Común: Analiza la gestión financiera familiar, la transparencia de los acuerdos económicos frente a ingresos magros o deudas, y el impacto de las retenciones judiciales por pensión alimentaria en la economía del hogar.

- Dimensión Corresponsabilidad en la Crianza: Releva el nivel de acuerdo y apoyo mutuo entre los cuidadores para establecer límites conductuales y acompañar el desempeño escolar o problemáticas de salud de los menores.

Categoría 3: Comunicación

Esta categoría aborda las modalidades de intercambio verbal y no verbal presentes en la interacción del policía con su entorno familiar, rastreando los bloqueos o aperturas expresivas consecuentes a la labor.

- Dimensión Eficacia y Apertura Comunicativa: Examina la capacidad de transmitir necesidades y la presencia de espacios de diálogo genuino dentro del núcleo familiar.
- Dimensión Asertividad y Expresión de Vulnerabilidades: Explora la manifestación directa de sentimientos y temores, contrastándola con la tendencia a omitir relatos sobre la crudeza institucional o el ámbito carcelario ante la premisa de que a nadie le agrada escuchar de tales entornos.
- Dimensión Escucha y Bloqueos Relacionales: Analiza las dificultades para sintonizar con el discurso del otro, asociadas a la inhibición del habla, el aislamiento o la introversión arraigada desde la infancia.

Categoría 4: Violencia

Esta categoría investiga la manifestación de conductas desreguladas, agresivas o de sometimiento en la historia vital del participante, distinguiendo las fuerzas interpersonales activas y pasivas.

- Dimensión Violencia Ejercida: Rastrea la presencia de desbordes violentos en el hogar, conductas autoritarias o agresiones físicas contra objetos o personas, vinculadas a la rigidez de la cultura policial y al agotamiento emocional.

- Dimensión Violencia Soportada: Explora la victimización del funcionario en diferentes etapas de su vida, incluyendo historias de violencia doméstica previa por exparejas, acoso laboral institucional, o abusos y negligencias sufridas durante la niñez.

2.12 Criterios de Interpretación de los Datos

Los criterios de interpretación definen las reglas hermenéuticas utilizadas para inferir conclusiones científicas a partir del material analizado, articulando la lectura de los discursos con los indicadores de los instrumentos estandarizados aplicados.

Criterio de Articulación Intersubjetiva y Dinámica Vincular: Los discursos debían interpretarse considerando al sujeto desde una perspectiva relacional (intersubjetiva) y no meramente individual. Los síntomas de TEPT no se leyeron de forma aislada, sino en función de su interferencia en "el entre" de las relaciones familiares, observando cómo la hipervigilancia, el distanciamiento emocional y la irritabilidad operaban como factores de deterioro del clima social del hogar.

Criterio de Progresión Clínica y Métricas de Cambio (EMDR): La interpretación en la salud mental se supeditó, en principio -para luego ser contrastadas- a la variación numérica de las escalas internas de la terapia EMDR durante las sesiones de reprocesamiento:

- El decremento del nivel de perturbación emocional se evaluó mediante las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD), donde una puntuación inicial elevada tendía hacia el valor óptimo de cero o uno.
- El fortalecimiento de las reestructuraciones cognitivas se midió a través de la Validez de la Cognición Positiva (VOC), persiguiendo un incremento adaptativo hacia los valores de seis o siete.

- Dadas las particularidades de alta exposición al trauma de la población policial, se establecieron los valores de SUD de uno y VOC de seis como criterios interpretativos de validez ecológica, indicando una remisión sintomática clínicamente significativa y adaptativa sin requerir el extremo ideal.

Criterio de Correspondencia Psicométrica (Dimensión de Relaciones del FES): Las verbalizaciones sobre el deterioro o reparación relacional fueron validadas y contrastadas con los resultados de la dimensión de relaciones interpersonales de la Escala FES, analizando específicamente tres subescalas:

- Cohesión: Interpretada como el grado de compromiso y apoyo percibido entre los miembros del sistema.
- Expresividad: Entendida como el permiso implícito para exteriorizar emociones e ideas dentro de la casa.
- Conflicto: Evaluada en función de la presencia de discusiones, tensión abierta o respuestas hostiles. Las puntuaciones directas transformadas en categorías típicas actuaron como anclajes objetivos para describir la atmósfera relacional inicial del hogar.

Criterio del Eje Deterioro - Reparación: Este criterio interpretativo guió la clasificación de los fragmentos discursivos para analizar el resultado de las intervenciones terapéuticas. Se codificó como deterioro toda aquella narrativa asociada a la normalidad sufriente, clinofilia, anhedonia, retraimiento y conductas evitativas que aislaran al policía de su entorno. En contraposición, se interpretó como reparación el surgimiento de discursos orientados a la concertación de nuevos acuerdos financieros equitativos, la búsqueda conjunta de ayuda profesional para problemáticas filiales, la reactivación de proyectos personales y la capacidad de resimbolizar los eventos traumáticos para reasumir la labor o proyectar un outplacement saludable.

Capítulo 3. Problema de Investigación

Como se ha explicitado, diferentes aproximaciones a la labor policial alrededor del mundo han evidenciado los riesgos ocupacionales de este tipo de trabajo. El policiamiento, por sus características particularísimas en cuanto al tiempo y la intensidad de exposición a eventos traumáticos, predispone a los trabajadores policiales a padecer distintas patologías, entre ellas el TEPT. A su vez, algunos estudios proponen la intervención de terapias breves, como puede ser el EMDR para una intervención rápida, eficaz y eficiente en la reducción de la sintomatología.

De todas formas, si bien la literatura sobre sufrimiento psíquico y vínculos interpersonales a nivel internacional arroja datos de diversa índole, no se han encontrado estudios referidos puntualmente a la policía uruguaya. Las investigaciones se han llevado a cabo en otros países, no siendo entonces atendidas las particularidades de la policía nacional. Además, se observan un número muy limitado de publicaciones en Uruguay, apuntando fundamentalmente al concepto de violencia y al ejercicio de esta desde los policías, hacia la sociedad civil o a sus familias, sin ser asociadas con el concepto de sufrimiento psíquico.

Por otra parte, el método EMDR tiene una amplia base de casos publicados e investigación controlada a nivel internacional que lo respalda como un tratamiento empírico para tratar traumas, sin embargo, en la búsqueda de antecedentes a nivel nacional, sólo se halló una investigación (Gonçalves, 2017) que utilizó técnicas de estimulación bilateral, vinculada a otras técnicas y en una población migrante, con características bien diferentes de los policías uruguayos.

Esto da cuenta de una carencia de estudios sobre el tema al cual la presente propuesta se orienta. El problema de investigación refiere al sufrimiento psíquico de policías ejecutivos montevideanos en actividad diagnosticados con TEPT, el deterioro de sus vínculos intrafamiliares, la intervención psicoterapéutica y la aplicación del método EMDR para aliviar el sufrimiento,

atender la salud mental del policía y dar un espacio a los conflictos intrafamiliares en el abordaje de su salud.

En reiteradas ocasiones en la práctica clínica personal (Unidad de Estrés, Hospital Policial, Montevideo, Uruguay), diferentes componentes de este colectivo explicitan tener una fuerte percepción de falta de reconocimiento desde diferentes actores sociales e institucionales, además de un sufrimiento psíquico diario por la exposición constante a diversos factores de riesgo, que con el transcurso de la carrera funcional empujan al trauma.

Lo expuesto, es corroborado por Cavalcante et al. (2011) en su investigación con policías civiles en Brasilia, quienes perciben que, a pesar de no advertir evidentes daños graves a la salud en los policías novatos, los riesgos de que ocurran fallas en las estrategias de defensa, contra los factores de riesgo van aumentando y producen problemas físicos, psicológicos y sociales causados por el trabajo, que provocan sufrimiento y enfermedad.

Un aspecto que frecuentemente aparece en primer lugar, en la práctica clínica personal, es la percepción de que en Uruguay, en general, el policía no es visto como trabajador, sino como “milico⁹, cana¹⁰, yuta¹¹ o alcahuete¹²”, que es automáticamente investido como enemigo y envestido sin consideración como una “no persona”, no es percibido por el resto de la sociedad como sujeto de derecho, que desarrolla un rol necesario y que si es pertinente es un aporte para la paz social.

La percepción que mantienen muchos policías acerca de cómo son vistos por los demás puede estar relacionada con el concepto de “narcisismo de las pequeñas diferencias”, término propuesto por Freud (1917). Este concepto sostiene que, cuanto más elementos en común

⁹ Lunfardo Rioplatense: agente de policía.

¹⁰ Lunfardo Rioplatense: policía o cárcel.

¹¹ Lunfardo Rioplatense: policía en general.

¹² Lunfardo Uruguayo: persona que acusa o delata.

existen dentro de una relación o comunidad, mayor es la probabilidad de que surjan disputas interpersonales y actitudes de ridiculización entre sus miembros, como resultado de una sensibilidad aumentada hacia las diferencias menores percibidas entre sí. Freud proporciona un marco para comprender que en un vínculo puede haber una necesidad de encontrar, e incluso exagerar, diferencias para preservar un sentimiento de separación y de yo.

Esta premisa se corrobora al observar que, al compartir los policías sus historias de vida, en el marco de la intervención psicoterapéutica, se identifican numerosas similitudes con las narradas por personas privadas de libertad, en aspectos como privaciones, eventos traumáticos, tipos de apego y la composición y dinámica familiar. Les resulta fundamental ignorar las semejanzas y enfatizar las diferencias existentes con esos otros sujetos, que constituyen el grupo que desafía el orden jurídico, a los que deben disuadir de desempeñar conductas delictivas y en caso de no conseguirlo, proceder con acciones de neutralización, detención o represión. Es por esto que necesitan diferenciarse, separarse, no pertenecer, para proteger su yo.

En segundo lugar, aparece la institución policial, fagocitando la vida de los funcionarios, ya que involucra todas sus facetas, exigiendo incluso a veces en forma explícita la renuncia a aspectos irrenunciables de la vida cotidiana, como puede ser el descanso o la alimentación adecuada, el tiempo de calidad en familia, el tiempo libre, la recreación, la realización personal, etc. Absorbe al funcionario policial al punto de hacer desaparecer su individualidad, sus necesidades e intereses quedan subordinados a las necesidades del servicio.

La formación policial pretende imbuirles a los neófitos la necesidad imperiosa de escindirse, no sentir, actuar maquinalmente, a la vez que se refuerza la idea de que deben resistir y responder exitosamente a todas las exigencias de la profesión, sin desanimarse, flaquear o quejarse. Porque les corresponde mantener el orden, respetando los derechos humanos, que son

por ellos percibidos como “otros derechos, de otros humanos”, en tanto expresan sentirse por fuera del grupo humano que conforma la sociedad civil.

El deber ser del policía queda circunscripto a lo concerniente a la institución, excluyendo el resto de las facetas de la vida de estas personas, incluso al punto de que es “esperable” la disposición a dar la vida por el cumplimiento del deber.

Constantemente el policía ejecutivo es exigido en la disociación que implica estar sometido a la autoridad y ser autoridad, a la vez de ser un servidor de la sociedad y gendarme de la seguridad ciudadana, y por otra parte ser amable con las personas y firme al enfrentarse con la parte más díscola de la población.

El sentimiento que manifiestan es de exclusión del resto de la sociedad, de la que deben ser cuidadores, sin tener derecho a ser cuidados; menosprecio por la tarea, incomprensión de las tácticas y prejuicio sobre su accionar, ocupando un rol socio cultural nada amigable consigo mismos, que los margina al sufrimiento psíquico para tratar de sostener el equilibrio que les es requerido y que necesitan para poder seguir trabajando.

Entonces, la población policial se ve afectada en lo bio psico social, aquejándole trastornos de diferentes índoles; a nivel mental, emocional y físico, lo que comúnmente la conduce a deterioro general y a reiteradas afecciones, que no tienen una raíz mensurable puramente a ras biológico, sino que son el resultado de un largo camino de sufrimiento psicológico.

En la observancia de todo lo expuesto y en relación con la práctica clínica personal, lo cual tiene resonancia en la literatura revisada, es que aparece como relevante la necesidad de un estudio en profundidad sobre el sufrimiento psíquico de policías, cómo pueden verse alterados sus vínculos y afectada su salud mental. Además de cómo una intervención psicoterapéutica y la aplicación del método EMDR, puede contribuir en la mejora de la salud mental de los policías y concomitantemente reparar los vínculos familiares.

Asimismo, es preciso hacer una intervención ajustada a las características de los sujetos de estudio, del TEPT, de las necesidades y de los recursos disponibles. Por tanto, es ineludible investigar acerca de las modalidades de intervención más adecuadas a la mejora y acompañamiento de estos sujetos, considerando las características de los factores patogénicos y la necesidad de una pronta recuperación.

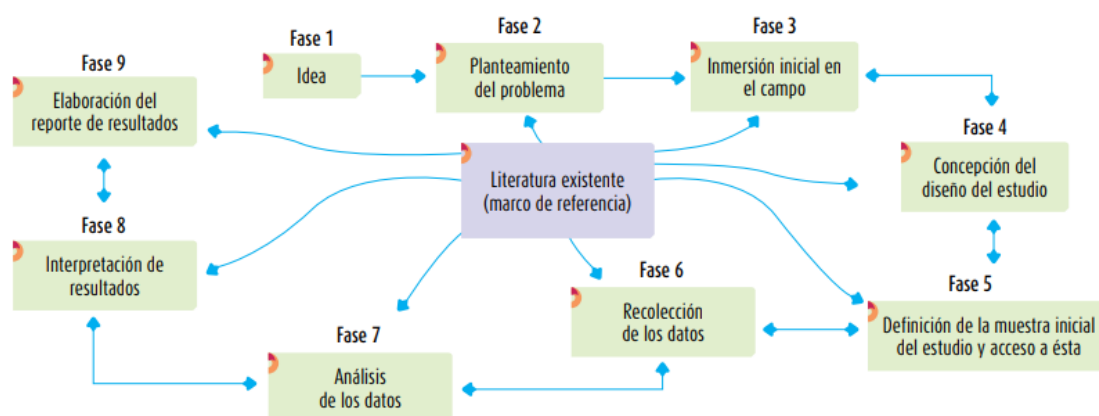
Capítulo 4. Método

4.1 Estrategia o Diseño Metodológico

Este estudio tiene un diseño pre experimental, un enfoque cualitativo y su alcance es exploratorio. Es diseño pre experimental porque tiene un control mínimo: se aplica un estímulo a un grupo y luego se miden algunas variables, sin contar con referencia previa ni grupos de comparación. No se manipulan niveles de la variable independiente ni permite establecer causalidad, ya que no controla fuentes de invalidación interna.

Parafraseando a Hernández et al. (2014) “El enfoque cualitativo, (...) se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio.”

Figura 1.3 Proceso cualitativo.



Esta figura, extraída de Metodología de la Investigación de Hernández et al. (2014), es un esbozo o intento, como sus propios autores la describen, para representar un proceso cuya complejidad y flexibilidad son mucho mayores que lo explicitado.

“La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente).” Hernández et al. (2014).

Atendiendo a lo planteado por estos autores, cabe destacar que la presente investigación, con enfoque cualitativo, no pretende generalizar de manera probabilística los resultados a poblaciones más amplias ni obtener muestras representativas. Se caracteriza por su naturaleza naturalista, pues estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad y es un conjunto de prácticas interpretativas que pretenden dar visibilidad a la problemática observada y transformar en observaciones documentadas, las vivencias de los sujetos y los cambios experimentados durante la intervención, intentando dar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorgan.

Esto está en consonancia con el alcance exploratorio del presente estudio, ya que, también a la luz de lo expuesto por Hernández et al. (2014) procura dar a conocer un fenómeno poco

estudiado en la región, como surge del estado del arte, y también aspira a recabar información que sea de utilidad para identificar nuevos conceptos, problemas y variables para futuras investigaciones.

Con relación a la población, los participantes fueron usuarios que se estaban atendiendo en la Unidad de Estrés del Hospital Policial, el número de sujetos participantes fue siete, siendo cinco varones y dos mujeres la distribución en cuanto a género y la edad entre 33 y 50 años, entre 3 y 30 años de servicio en la institución policial, todos sostenían al momento de la intervención un vínculo afectivo/sexual (casados o en unión libre) y tenían hijos. Cabe destacar que todos los policías intervinientes pertenecían a la escala básica, o sea ostentaban grado de Agente, Cabo, Sargento o Sub Oficial Mayor, no participando ningún Oficial de la escala superior.

Los criterios de inclusión fueron: ser policía ejecutivo en actividad, estar trabajando en jurisdicción de Jefatura de Policía de Montevideo y estar diagnosticados con TEPT. En este punto, hubo una única excepción justificada, donde se incluyó a una policía que no pertenece al escalafón ejecutivo, pero desarrolla tareas propias del trabajo ejecutivo. Esto está dado porque la tarea que se realiza en el CCU los expone con similar frecuencia a acontecimientos violentos, tanto porque reciben las llamadas de víctimas o testigos, como porque visualizan por las cámaras de video vigilancia los eventos, siendo participantes activos en el trabajo de policiamiento que realizan los policías ejecutivos que llegan al lugar de los hechos.

Los criterios de exclusión fueron: estar transitando un episodio de estrés agudo, condiciones médicas al momento de la intervención que perturbaran la tolerancia a la afectación y diagnóstico de trastornos disociativos.

Los instrumentos que se utilizaron fueron la entrevista de abordaje psicoterapéutico, la escala de clima familiar o FES, que brinda una perspectiva sistémica y tratamiento del trauma con el método EMDR, el cual aporta desde su modelo interno, escala de evaluación de la validez de la

cognición positiva (VOC) y escala de evaluación del nivel de perturbación (SUD), lo que nos permitió ir evaluando la estabilidad emocional y la evolución del consultante al mismo tiempo que se realizaba el tratamiento.

Los usuarios fueron invitados a participar luego de la derivación del Equipo De Evaluación de Perfil (EDEP), el cual se encarga de recibir a los consultantes y de acuerdo a su historia clínica y a las características de los técnicos disponibles, les asigna psicólogo y psiquiatra. Se les explicó el modelo de intervención, los objetivos y procedimientos, se les entregó hoja de información y se solicitó la firma de consentimiento libre e informado.

El lugar donde se llevó a cabo el estudio es en el Centro Tres Cruces, local asignado por la dirección del Hospital Policial para la atención en salud mental de sus usuarios, dotado de consultorios con condiciones físicas adecuadas para este tipo de trabajo.

Cada sesión duró entre 60 y 90 minutos, dependiendo de si era una entrevista clásica, o si se aplicaba el método EMDR. La frecuencia fue semanal y la duración mínima fue de seis sesiones, siendo la máxima de dieciocho sesiones.

En cuanto a la modalidad de intervención, se realizaron entrevistas individuales en el marco de la psicoterapia, donde a todos se les pidió respondieran el FES y según las posibilidades cognitivas y emocionales de cada individuo se aplicó el método de estimulación bilateral por movimientos oculares, procurando la desensibilización y reprocesamiento del evento traumático, hasta tanto el recuerdo resultó adecuado para ser utilizado en el futuro sin ocasionar sufrimiento; también se procedió a la identificación de cambios en la calidad de los vínculos intrafamiliares de los participantes.

En relación con las escalas internas del EMDR, se tomó un VOC de 6 o 7 como válido para una cognición positiva que fuera capaz de reforzar el reprocesamiento y un SUD de 0 o 1 para establecer una conformidad que permitiera actuar al agente de cambio volviendo los recuerdos

saludables. Cabe destacar que se aceptaron el 6 y el 1 respectivamente, como valor ecológico, ya que en este tipo de población (policías, bomberos, emergencistas, rescatistas, veteranos, etc.) no se espera que deban llegar a valor 0 o 7, que serían los óptimos.

Estas escalas tienen que ver con la recuperación de la salud mental del policía, en tanto reelaboración del trauma impulsor o disparador del desarrollo del TEPT, las mismas no miden los vínculos intrafamiliares, lo cual se evaluó al inicio de la intervención a partir de las Puntuaciones Directas (PD), las Puntuaciones Típicas (PT) y la clasificación cualitativa obtenida en el FES. Finalmente se efectuó un análisis de las entrevistas, a partir de la lectura de las notas tomadas durante las entrevistas psicoterapéuticas. Estas mediciones se relacionan con el objetivo general.

4.2 Análisis de datos

En primer lugar, se realizó la transcripción de las entrevistas obtenidas. Se acompañó con anotaciones de las observaciones realizadas por la investigadora. Ambos procedimientos permitieron organizar la información en base a las categorías de análisis definidas.

Conjuntamente, se hizo un análisis de las escalas internas del método EMDR durante la intervención, que permitieron ir conociendo la evolución de la intervención con el método EMDR. A su vez, las notas de las entrevistas psicoterapéuticas fueron sometidas a análisis de contenido (López Noguero, 2002).

En cada sujeto de estudio se atendió a la evolución del caso, en función de las variaciones en los resultados de esas escalas y al mismo tiempo una descripción del estado de los vínculos intrafamiliares, atendiendo particularmente al eje deterioro - reparación.

Seguidamente se triangularon los resultados del análisis de las escalas del EMDR, de las puntuaciones iniciales del FES y del análisis de contenido, buscando comprender las

modificaciones de las experiencias subjetivas respecto de la intervención psicoterapéutica y el EMDR en la mejora de la salud mental y la reparación de los vínculos intrafamiliares.

Por último, se agruparon los casos en función de sus resultados individuales, a partir de sus similitudes y diferencias, buscando extraer conclusiones generales para ser discutidas con la literatura pertinente sobre el tema, lo cual se desarrolla más adelante en la presente tesis.

Las categorías de análisis fueron: vínculos afectivos (hijos, pareja, otros miembros de la familia), colaboración familiar (distribución de tareas, división de gastos, corresponsabilidad en la crianza de los hijos), comunicación (eficacia, asertividad, escucha) y violencia (ejercida y soportada).

Estas cuatro categorías establecidas en un inicio, junto a sus once dimensiones, fueron suficientes para el análisis, no siendo necesario incorporar nuevas categorizaciones. Extremo que había quedado planteado antes de comenzar la investigación, si se identificaban nuevos elementos.

4.3 Consideraciones Éticas

Las medidas que se tomaron para evitar la exposición de los participantes a los posibles daños refieren a los siguientes derechos fundamentales:

El primer aspecto que considerar fue el Decreto N° 158/019 de fecha 03 de junio de 2019 (el cual deroga el Decreto N.º 379/008 [CM 515] de fecha 4 de agosto de 2008), referido a investigación en seres humanos. Este reglamento tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos, con especial consideración por su dignidad e integridad, respetando los derechos y libertades individuales reconocidos en la Constitución de la República Oriental del Uruguay.

Concomitantemente se atendió el derecho a la protección de los datos personales de cada

participante, el instrumento jurisdiccional de protección en Uruguay es el Hábeas Data, regulado con las Leyes N° 18.331 del 11 de agosto de 2008, Arts. 37 y siguientes (que deroga Ley N° 17.838 del 01 de octubre de 2004), y N° 18.381 de 17 de octubre de 2008, Arts. 22 y siguientes. Para salvaguardar los datos y declaraciones personales de los usuarios se procedió a crear nombres ficticios tanto para los consultantes, como para todas las personas que fueron nombrando en las entrevistas y a tomar nota en cuaderno exclusivo para este estudio, que no quedó en ningún momento en la sede del Hospital Policial, así como los materiales de aplicación del método EMDR, FES y los consentimientos informados, los cuales tampoco quedaron en dicha sede. Estuvieron siempre bajo el cuidado y protección de la investigadora.

Por otra parte, se tuvo especial cuidado en la elaboración de la hoja de información y del consentimiento libre e informado, precedido por una explicación completa y pormenorizada sobre la naturaleza de la investigación. Se priorizó que tanto el derecho a la información, como a la confidencialidad de los datos y contenidos de las entrevistas, son derechos humanos fundamentales e inalienables de cada sujeto.

En el desarrollo de la investigación se atendió a la no maleficencia, la beneficencia del participante y el respeto a la autonomía del sujeto (Mendoza, 2004), se asumió el compromiso de no ser negligente, no perjudicar por ignorancia o impericia y no romper la confidencialidad.

Este punto implicaba no compartir el contenido de las entrevistas, propender a la mejora de la salud mental de los participantes, estudiar, buscar material y asesoramiento ante una duda o pregunta que no se pudiera responder, siendo responsable en todo momento de no ocasionar daño alguno.

Además, se tuvo siempre en cuenta el objetivo general del Código de Ética Profesional del Psicólogo/a del Uruguay (2001), que es el de promover el desarrollo de una Psicología científica y universitaria destinada a mejorar la calidad de vida, entendida como una forma de armonía de la

persona consigo misma, con los otros y su sociedad. Se apuntó siempre a la calidad de vida del usuario, entendida ésta como cada participante la conciba, sin pretender promover, proponer o imponer ningún concepto personal. Se puso especial énfasis en los siguientes apartados:

“Artículo 62: Los/as psicólogos/as al planificar, implementar y comunicar sus investigaciones deben preservar los principios éticos de respeto y dignidad con el fin de resguardar el bienestar y los derechos de las personas y en general en los seres vivos que participen en sus investigaciones.

Artículo 63: queda prohibido aplicar a su práctica profesional, tanto pública como privada, procedimientos rechazados por los centros universitarios o científicos reconocidos legalmente, así como tests psicológicos y/u otras técnicas que no tengan validez científica.

Artículo 64: es un derecho de todo individuo dar su consentimiento válido antes de participar en cualquier tipo de investigación en aquellos procedimientos que así lo requieran, de acuerdo a los requisitos de los centros universitarios y/o científicos reconocidos legalmente.

Artículo 65: el/la psicólogo/a debe aclarar a las personas y/o a las instituciones que los datos obtenidos serán utilizados para hacer un trabajo de investigación. Dichos datos serán confidenciales y nunca se suprimirán aunque sean discordantes con sus hipótesis o teoría. Además, la identidad del sujeto o de la institución sólo se revelará con autorización expresa de ambos. De no poder hacerlo, deben ser advertidos de antemano.” En el presente estudio, el Comité de Ética del Hospital Policial, autorizó a nombrar la institución.

Conjuntamente, se trabajó a la luz de los DDHH, respetando las individualidades y rigió el principio de no discriminación por ningún motivo o circunstancia. La población policial es variopinta, honrar esa heterogeneidad, es trabajar en pie de igualdad.

Por último, se promovió el beneficio de aumentar el bienestar de las personas, tanto en sentido material como espiritual. No se presentaron reacciones adversas asociadas a la

investigación, por tanto, no fue necesario desplegar la herramienta prevista de derivar a otro profesional de la unidad que lo atendiera en forma inmediata, sin necesidad de realizar trámite alguno por parte del usuario.

4.4 Preguntas de Investigación

¿Cuál es el vínculo entre la remisión sintomática y la transformación de las modalidades relacionales en función de la sintomatología, en funcionarios policiales diagnosticados con TEPT?

¿Cómo inciden la intervención psicoterapéutica y la aplicación del método EMDR en la salud mental de los policías con diagnóstico de TEPT?

¿Cómo incide la intervención psicoterapéutica y la aplicación del método EMDR sobre la dinámica familiar del personal policial diagnosticado con TEPT?

4.5 Objetivo general

Explorar las transformaciones percibidas, relacionadas con la intervención psicoterapéutica y con EMDR en la mejora de la salud mental y la reparación de los vínculos intrafamiliares, de policías montevideanos en actividad, diagnosticados con TEPT.

4.6 Objetivos específicos:

- 1) Explorar la relación entre sufrimiento psíquico y el deterioro de vínculos intrafamiliares en policías con diagnóstico de TEPT, desde la perspectiva de las experiencias subjetivas de los participantes.
- 2) Implementar una intervención psicoterapéutica y la aplicación del método EMDR,

describiendo de manera naturalista las particularidades, ritmos y emergentes clínicos de cada caso durante el proceso.

- 3) Explorar, identificar y describir los cambios referidos por los participantes - en la mejora de la salud mental y la reparación de los vínculos intrafamiliares - en relación con la intervención psicoterapéutica y el EMDR.

Capítulo 5. Estudio de casos.

5.1 Caso AN.

Edad, 46 años. Hombre

Primera entrevista.

Vínculos afectivos. Esposa, hijastros e hijos.

Colaboración. El dinero en común. Retenciones. Renunció a su hija menor, no le dio el apellido.

Comunicación. Refiere que hubo un cambio y actualmente hay diálogo.

Violencia. Actualmente no. Antes había golpes a las cosas.

Bombero. Hace 2 años, prestando servicio en el destacamento del puerto, lo convocan por un siniestro de tránsito con lesionados. Una moto había quedado atrapada, junto a su conductor, bajo el remolque de un camión. A quien tuvo que rescatar era su hijastro. Estuvo en CTI. Se recuperó, ahora se independizó. Tenía 21 años.

Pasó para el destacamento de la ciudad de Libertad sin problemas, al regresar al Cuartel Centenario, pide para no salir en coche de rescate.

Hace deporte, no fuma, no toma.

Refiere irritabilidad e ideas de autoeliminación que desestimó.

Hijastros: DC y GC, mellizos de 21 años, hijastros desde los 9, y VC, de 11 años, hijastro desde los 2.

Hijos: MN de 23 años, de profesión militar, con el cual no tiene vínculo actualmente. SN de 21 años y AN de 18 años, hijos del primer matrimonio, los tres viviendo en el interior del país. BN de 18 años y EN de 16 años, hijos del segundo matrimonio, ambos viviendo en Montevideo. De su tercera unión con JS no tuvo hijos. Existe una hija, SR, de 4 años de edad, que es hija extramatrimonial. La tuvo con IE, quien es la actual pareja de su hijo mayor, MN.

Hace 9 años que está en pareja con VO, la mamá de DC, GC y VC. Y es su cuarta nupcia.

Hermanos de doble vínculo: FN de 48 años, JN de 37 años, WN de 32 años, CN de 30 años, GN de 29 años y MN de 26 años. Cuatro de estos hermanos fallecidos por complicaciones vinculadas a la enfermedad celíaca.

Blanco para trabajar en la próxima sesión: siniestro de tránsito de su hijastro DC, donde le toca asistirlo.

Segunda entrevista.

Lo primero que trae es que terminó el curso de técnico en fibra óptica. En el año 2020, incendio en la casa de sus hijos que no salieron lesionados. Refiere que lo afectó más lo de su hijastro que ese incendio, donde sus hijos tuvieron riesgo de muerte.

No recuerda con exactitud el año en que se incendió la casa de sus hijos. El relato está exento de emoción. Me pregunto si está defendido.

Por otra parte, trae el incendio con dos menores de edad muertos. La imagen del niño de 10 años en la postura era como dormía su hijo. "Era él", refiere. Murieron los dos, 10 y 16 años.

Cuando se explora más en profundidad, empiezan a aparecer otros eventos críticos que lo afectaron. Como ver niños quemados donde uno de ellos le representa la imagen de uno de sus hijos.

No quería “mostrar” estos eventos, pero era evidente que había afectación. Y era esperable que, con 26 años de servicio como bombero, eso sucediera.

Tiene un discurso armado un tanto repetitivo pero coherente. Se trabaja con entretejido terapéutico. Para la próxima EMDR con blanco de su hijastro.

Tercera entrevista.

Se empezó con EMDR.

Se creó lugar seguro, no se pudo avanzar debido al escaso tiempo. Se presentó tarde a la entrevista.

Cuarta entrevista.

EMDR. Blanco, siniestro hijastro DC. VOC 7, SUD 0. Escaneo corporal libre.

Al final pregunta sobre IAE.

¿Ansiedad de separación?

Se va movilizado.

Se hacen ejercicios de estiramiento.

Se hacen ejercicios de respiración.

Está muy rígido.

Antes de la próxima entrevista, consulta en conjunto con psiquiatra.

Quinta entrevista.

Preocupado por varios temas.

- Hijoastro de 11 años. Vinculado con dinero, violencia, bajo rendimiento escolar y problemas de IAE.
- Esposa. Insulinodependiente temblor de mano izquierda.
- Evento violento entre ambos, empujones.
- Problemas económicos.

Se señalan estrategias de abordaje.

- Agregar la variable tiempo entre acción y reacción.
- Plantear junto a su pareja, al equipo técnico de BPS los problemas de VC.
- Preparar la idea que tiene de preparar un espectáculo de Mimo.
- Elaborar cuaderno de economía.
- Escribir aleatoriamente.

Pregunta ¿qué pienso de él? Se le devuelve que no tengo que hacer un juicio de valor.

Sexta entrevista.

EMDR. Entretejido cognitivo.

Conductas basales alteradas. Sueño no reparador. Sueños y pesadillas constantes.

Sintomatología de TEPT en remisión parcial.

Plantea que conviene ir cerrando el proceso.

Próximo blanco de los niños que murieron en el incendio. Y se parecía a su hijo.

Contrajo matrimonio recientemente con su pareja de hace varios años, lo que lo tiene muy contento.

Continúan los problemas de su hijastro de 11 años, vinculado a diversos hurtos que realiza el menor.

Séptima entrevista.

Resolvió volver a salir a incendios y rescates. Quiere hacerlo, lo apasiona, se siente útil y quería plantearlo porque él mismo lo había pedido.

No se hace EMDR porque desde el inicio presentaba SUD 0 y VOC 7, Con escaneo corporal libre.

Próximo encuentro, cierre.

A pesar de mi negativa, me obsequió el PIN de los 25 años de servicio.

Octava entrevista.

Entrevista de cierre.

Ceremonia mínima.

Caja de herramientas Entendidas por el consultante, como:

Que me aportó:

- ✓ Un bienestar.
- ✓ Un entendimiento.
- ✓ La mejora de reaccionar ante un episodio similar.
- ✓ El apoyo para saber qué hacer y dónde y cómo apoyarme.
- ✓ Recuperación de mi salud mental y saber ir a mi pesca.

5.2 Caso FP.

Edad 49 años. Hombre.

Primera entrevista.

Vínculos afectivos. Sobrina, cuñada y hermano, a quien refiere como figura paterna.

Colaboración familiar. Se reparten las tareas.

Comunicación. Fluida.

Violencia. Niega.

Llega a la consulta un mes y medio después de ser atendido en el Hospital Policial, tras intervenir en un evento policial violento. Veintitrés años de servicio, actualmente en una seccional de Zona Operacional IV de Montevideo.

Descripción del evento: En principio, arriba al lugar de los hechos por un llamado al 911 de un intento de autoeliminación (IAE) que resultó ser un doble filicidio. Lo que brevemente describe FP es que había mucha sangre, al niño degollado, y la niña también fallecida.

La persona que había llamado, que es quien había intentado auto eliminarse y padre de los niños asesinados, les relata que años atrás habían “raptado” a una hija cuando se habían separado con la madre y que la madre había hecho denuncias falsas para que él no viera a su hija y que no quería pasar nuevamente por lo mismo, ya que actualmente se estaba separando de la madre de estos niños.

A partir de este evento crítico empiezan los trastornos del sueño, experimenta pesadillas, pero no se puede despertar para salir de ellas, cree que es por la medicación que le indicaron. Insomnio de conciliación, sueño no reparador. Refiere que perdió peso, más o menos cinco kilos en quince días, que se sacia de alimentos muy rápido.

Tiene seis hijos y dos nietos de su primer matrimonio y una hija del segundo matrimonio. Doce hermanos, sólo con el mayor, con quien convive tiene un vínculo fuerte y un contacto esporádico con una de sus hermanas. Dos hermanos mellizos fallecidos. Se crio con la mamá.

EMDR: se trabaja el evento en sí, el arribo a la escena del crimen. VOC 7, SUD 0, escaneo corporal libre.

Pensamiento muy concreto, durante la aplicación de EMDR no encuentra palabras para describir lo que va sintiendo, constantemente se mueve entre las palabras tranquilidad y paz para describir que se siente bien y angustia, cuando la sensación no es grata.

Intenta agradar, no me queda claro si la Validez de la Cognición (VOC) y las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) son forzados porque estima que hay que llegar a determinado número.

No parece haber demasiados recursos internos, ni intelectuales, ni emocionales para trabajar.

Se le dificulta mucho hallar y expresar las cogniciones positiva y negativa, se lo ayuda. Hace referencia constante a su aparente hipersensibilidad, sin poder explicar a qué se refiere.

Cuando se trabaja el evento, es la imagen del niño degollado lo que aparece, en el momento en que arriba al lugar y lo ve.

Segunda entrevista:

Se realiza EMDR, la misma imagen del niño degollado, pero cuando ve la foto en carpeta investigativa. El blanco elegido son las fotos, VOC 6, SUD 1, ambos se toman como ecológicos. Al indagar qué los mantiene en ese número expresa que los hechos en sí son tan perturbadores que no es posible moverlos de ahí. Sin embargo, el chequeo corporal es libre, por lo que se toman como ecológicos. No se exploran memorias alimentadoras ni creencias limitantes.

Misma imagen aparece cuando debe conducir al victimario al juzgado y escuchar el relato pormenorizado de lo que hizo y cómo lo hizo.

Lo impresiona la frialdad del asesino al relatar cómo ejecutó a sus propios hijos, el motivo que esgrime, que es que sus hijos no verían a su madre al lado de otro hombre y el desapego con el que habla.

A la vez lo sorprende la aparente impasibilidad de la madre (¿en shock?) que presencia el relato, según sus dichos, sin expresiones en la cara, sin derramar una lágrima.

Tercera entrevista:

Refiere que por efecto de la medicación se despierta a las 14 o 15 hs. Pesadillas recurrentes de las que no se puede despertar.

Clinofilia, anhedonia.

Entretejido terapéutico, se trata de trabajar algunos aspectos de su infancia. Es difícil que hable. Escasos recursos internos e intelectuales.

Todo el tiempo intenta agradar. ¿VOC - SUD?

Cuarta entrevista:

Relata frío, sudoración y temblores durante el sueño. Volvió a tener pesadillas con el evento y a no descansar bien. Actualmente medicado con Sertralina 50mg 1/d y con Zolpiden 10mg 1/d, próxima consulta con psiquiatra en cuatro días.

Se trabaja primero con entretejido cognitivo, explorando otros eventos. Expresa que desde siempre no se comunica y elige no hablar. Recursó tres veces primer año de primaria y los adultos referentes le decían que era porque no hablaba, no participaba. A los cinco años, corriendo, se tiró una puerta encima y según sus dichos, como resultado de ese enorme golpe, quedó con epilepsia y tuvo convulsiones por unos diez años. Antes de sus dieciocho años había remitido totalmente.

Fue padre a los veintiún años. Cuando nace su cuarto hijo su compañera le informa que él no es el padre y se separan. Ya había reconocido al niño y dice que es su hijo, así lo ama y el hijo a él. Nunca se le informó al hijo esta situación.

Al tiempo vuelve a estar en pareja con la madre de sus hijos, queda embarazada nuevamente, esta vez de mellizos y otra vez, después de nacidos y reconocidos le informa que no son sus hijos, que son de la misma persona que el anterior. Tampoco lo saben y refiere la misma situación anterior. Lo saben los dos hijos mayores, es un secreto familiar.

Luego tiene una hija con otra pareja, la cual no es aceptada por sus hermanos hasta sus siete años, actualmente tiene once, lo que fue logrado a instancias de la insistencia del papá, de que debían reconocerse como hermanos, independientemente de los problemas de los padres.

Refiere que siempre estuvo triste, cuando su padre se alcoholizaba, cuando sufría violencia doméstica de niño, cuando empezaron a faltar cosas por la ludopatía de su padre, cuando lo engañó dos veces la misma mujer.

“Tengo cuarenta y ocho años, trabajé desde los catorce y por las separaciones vivo de agregado en la casa de mi hermano, donde uno tiene que aguantar impertinencias porque no es la casa de uno”.

Se indaga si recuerda momentos de felicidad. Siempre están vinculados a sus hijos, cuando nació el mayor, se emociona al devolverle que es el que “lo hizo padre”, luego en cada nacimiento y en cada logro de ellos. En lo personal refiere que es feliz en su trabajo, que le gusta hacerlo.

Se trabaja con EMDR un evento a los seis años que quedó encerrado en un ascensor, VOC 7, SUD 0, escaneo corporal libre, blanco cerrado. Durante la aplicación transpira mucho y se pone muy nervioso, pero logra calmarse.

No concurre a la siguiente entrevista pautada.

Quinta entrevista.

El psiquiatra lo medica con Sertralina e Isopropamida. Mejoró la calidad del sueño, es reparador y mermaron las pesadillas.

En cuanto a la alimentación, expresa que hay días que no come porque no siente hambre. Autocuidado sin particularidades.

Muy solitario, sin espacio para el disfrute. Dice llevarse bien con quienes convive.

Proyecto 2023: “estar mejor”. Se indaga y lo único que logra aportar es: “trabajando, con mi rutina”, “pero si pudiera irme, me voy”, “no quiero estar más en la policía”. Bajó el consumo de tabaco, pasó de una caja de veinte cigarros por día a tres cigarros por día, le da asco.

Entretejido cognitivo, no trae blancos para trabajar.

Se propone trabajar sobre los vínculos y el outplacement.

Sexta entrevista.

Se siente muy desanimado. Niega ideas de muerte.

Dificultades para la conciliación del sueño, luego es reparador.

Alimentación irregular, una comida al día y el resto del día mate y mucha agua.

Autocuidado sostenido.

Redes primarias escasas, sostienen una comida al día, no sostén emocional.

Redes secundarias ausentes.

“No quiero volver a la policía”.

Séptima entrevista.

Se aproxima la Junta Médica Nacional de Aptitud.

Muy angustiado, triste, abatido y muy preocupado por la junta médica. Se le explican las posibilidades de acción que tiene la junta y que en su caso no es la baja. Por momentos expresa que “todo le da lo mismo”.

Lo económico también lo inquieta, ya que cuando termine con las retenciones por la mayoría de edad de sus hijos, empieza con el Banco República, a pagar un préstamo que no le han podido descontar debido a sus magros ingresos.

Se realiza entrevista motivacional, se busca motivación para el cambio.

Se empieza a esbozar un proyecto de retiro y vivir en el interior del país.

Se le pide que se proyecte a cinco años y él elige proyectarse a cuatro, cuando su hija menor cumpla quince años. A partir de ahí se elabora un posible plan, festejo de los quince, vivir en la frontera y trabajar en chacra, que le gusta.

Octava entrevista.

Se excusa de haber faltado a la entrevista anterior debido a que se durmió.

La JMNA lo transfirió a Situación Transitoria de Incapacidad Parcial (STIP), sin nexo causal. El diagnóstico que plantean es ansiedad y que “no tiene posibilidad de realizar tareas compatibles con su estado de salud”.

No había entendido que la junta lo había pasado a STIP, se da lectura a la Historia Clínica Electrónica y se le explica. Toda la entrevista transcurre en la aclaración de su situación administrativa.

Novena entrevista.

Aparentemente hubo una confusión, a pesar de que en la HCE aparece registrado que lo pasaron a STIP, supuestamente se encuentra en Situaciones Especiales, que es un paso previo,

porque lo notificaron que quedaba certificado por la junta médica hasta nuevo aviso. Ciertamente, hay discrepancias entre la HCE y lo que le notifican.

Refiere que los flashbacks del evento están más distanciados y sin la angustia.

En dos meses cumple veinticuatro años de servicio y en seis meses cumple cincuenta años, quedando encuadrado para retirarse.

Décima entrevista.

Refiere sudoraciones nocturnas abundantes, sin pesadillas que recuerde. Reporta mareos durante el día visión borrosa “como con estrellitas”.

No tiene ganas de nada, más que de mirar la tele. Lo invitó su hermano al fútbol y no quiso ir.

Se señala la necesidad de exigirse, desde lo cognitivo conductual para moverse y empezar a interactuar más con otras personas.

En algunos momentos de la intervención aparecieron fantasías respecto a quedarse sin el lugar que le dan para vivir. Al indagar en profundidad explicita que faltan más o menos tres meses para que salga el préstamo, recién después de eso comienza el proceso de construcción, que puede llevar varios años. Se disipa la inminencia de la mudanza.

Su situación general sigue incambiada, pero no está pudiendo hacer movimientos para cambiarla. Se sintió mal en la consulta con el psiquiatra porque dice que le preguntó lo mismo por tercera vez, como si fuera la primera y se lo hizo saber.

Entre la entrevista anterior y la presente, se atendió en emergencia por sentirse muy mal, 188/80 de presión arterial, diagnóstico: ansiedad y somatización.

Undécima entrevista.

No concurre a la fecha anterior pautada para esta entrevista.

Conductas basales: insomnio de conciliación y de mantenimiento. Menos pesadillas, sin sudoración. Una comida al día, inapetente, no bajó de peso. Autocuidado sin particularidades. Refiere irritabilidad, a veces.

Niega ideas de muerte. Con relación al evento crítico que lo trajo a consulta no hay nada que destacar, o para seguir abordando.

Inició consulta por TEPT, luego de nueve meses de tratamiento, la sintomatología está en remisión parcial, mudando a un trastorno mixto de angustia y depresión.

Pase a policlínica de psicología.

5.3 Caso GN.

Edad 50 años. Hombre.

Primera entrevista.

Vínculos afectivos. Hija de ocho años, madre, hija de 28 años que ya es independiente, compañera (no conviven) y suegro.

Colaboración familiar. Distribución de tareas, refiere que es más bien él quien ordena, cuatro días a la semana tiene a su hija de ocho años con él.

Comunicación. Bien.

Violencia. Niega.

Treinta años de servicio, trabajando actualmente en una seccional de Zona Operacional II de Montevideo y a dos meses de retirarse, ya presentó la solicitud y tiene la fecha exacta.

Llega a consulta por un evento donde es apuñalado frente a su hija menor en un intento de rapiña al que se resistió.

Refiere sentirse muy angustiado porque hace cinco meses, cuando salía de su casa como siempre con su hija pequeña y a escasa cuadra y media le cambió la vida.

Lo abordaron dos desconocidos y le dijeron “no te hagas matar delante de la nena”, le querían rapiñar la mochila, se traba en lucha con ambos y la hija sale corriendo y gritando del lugar.

Recibe tres puñaladas; abdomen, cabeza y pulmón. Dos semanas en CTI, tres semanas más internado, pierde parte de su pulmón derecho y le encuentran un nódulo. Al mandarlo a estudiar, la anatomía patológica arrojó como resultado un adenocarcinoma, o sea, cáncer de pulmón.

Tres meses después del evento y de la primera intervención, es operado nuevamente para extirpar el nódulo y hacer raspaje. No quimio. No radio.

Explicita que le cambió la vida en un instante, que ya no es el mismo y que ya no se siente capaz de desarrollar la labor policial. Ingresó al instituto policial a los 20 años, en sus treinta años de servicio siempre trabajó de noche y siempre hizo horas extras por artículo 222.

Expresa que lo que más lo angustia es “no haber podido delante de mi hija”, “luchaba con los tipos, sentía los golpes y las puñaladas, pero no me dolía, miraba a mi hija que se iba corriendo”.

Sintomatología: conductas evitativas, hipervigilancia, flashbacks.

Conductas basales alteradas, trastornos del sueño y la alimentación.

Se aplica protocolo para estrés agudo (PESEA) porque el monto de angustia es muy elevado. SUD 0.

Segunda entrevista.

Comienza hablando de sus hermanos, que son ocho contándolo a él, tiene contacto con seis, hay una hermana, la mayor, que se separó de los demás.

EMDR, se aborda evento de la rapiña, blanco cerrado, VOC 7, SUD 0, escaneo corporal libre.

Todo el tiempo hace hincapié en lo impotente que se sintió al momento de la rapiña. Expresa que era su cuerpo el que luchaba con los delincuentes, pero su pensamiento, e incluso su mirada estaban con su hija. La veía irse corriendo y sentía que no la estaba protegiendo, porque la podría atropellar un auto, o alguien retenerla y ocasionarle algún daño, mientras él no podía protegerla.

Se sintió muy incapaz porque no percibió la valentía con la que se enfrentó y luchó, e incluso en la valentía para huir de la niña, sólo podía verse como un cobarde incapaz de proteger a su hija.

GN no tiene exceso de recursos internos, le cuesta bastante explicar lo que siente en cada tanda de estimulación bilateral (EB), pero es muy voluntarioso y logra trabajar muy bien.

Se ríe, porque lo asombran las diferentes sensaciones corporales que va experimentando a lo largo de la aplicación de EMDR. Se retira aliviado, contento con cómo se siente y muy agradecido. “Me siento valiente” (se ríe nuevamente).

Tercera entrevista.

Preocupado porque continúa con diversos estudios que revelan hiperplasia en más de un órgano. No parece percibir la realidad de su estado de salud general, igualmente, subyace el miedo a “que le pase algo”.

En remisión la sintomatología de TEPT “siento que vine encorvado y me estoy enderezando” (hace el gesto físico). De las conductas evitativas, lo que persiste es un poco de miedo cuando se hace la noche. Trata de ya no hacer mandados, por ejemplo. Cabe destacar que el evento crítico ocurrió en la mañana.

Se realiza entrevista motivacional.

Preparación para el retiro, ocupación y disfrute del tiempo libre.

Cuarta entrevista.

Continúa la preocupación por su salud y el miedo por lo que le pueda pasar.

Toda la entrevista gira en torno a esta problemática y a la necesidad de encontrar algo para hacer cuando se retire. Su hija mayor lo entusiasmó con fabricar velas artesanales para vender en la feria. Un poco por “seguirle la corriente” y otro poco por compartir tiempo con ella, aceptó la propuesta.

Se continúa trabajando el retiro.

Quinta entrevista.

Sintomatología de TEPT en remisión total.

Empezó a controlar las ingestas, tratando de adquirir hábitos de alimentación saludables.

Refiere sentirse aliviado, que está mejorando y que la irritabilidad que a veces aparece está vinculada al aburrimiento.

Se trabaja al outplacement, la proyección a futuro y el autoconocimiento para desarrollar el autocuidado.

Sexta entrevista.

Último encuentro, entrevista de cierre. Recorrido y caja de herramientas.

A diez días de hacer efectivo su retiro de la función policial.

5.4 Caso JB.

Edad 42 años. Mujer.

Primera entrevista.

Vínculos afectivos. Cuatro hijos, un nieto, esposo, padres, hermana, sobrina y abuela.

Colaboración familiar. Todos colaboran, todos tienen tareas asignadas.

Comunicación. Sincera, visceral.

Violencia. Historia de violencia doméstica con su esposo, actualmente subsanada.

Funcionaria administrativa, tres años de servicio en el Centro de Comando Unificado (CCU) haciendo tareas ejecutivas que consisten en la atención telefónica y visualización de eventos en el 911.

Estudiante avanzada del Instituto de Profesores Artigas (IPA) de la materia literatura. Involucrada activamente en la problemática social de su entorno, integrando las fuerzas vivas de su barrio. Recursos internos, psicológicos y emocionales, disponibles y muy trabajados. Capacidad reflexiva y de insight.

Llega a la consulta por un evento de hace aproximadamente un mes, donde una mujer llama a emergencias porque sus hijas la alertan de que el padre, del cual la señora estaba separada por ser víctima de violencia doméstica, estaba en los alrededores. Al momento de llamar no lo ve por ninguna parte, llama por la insistencia de las niñas. La operadora insiste en que se asegure de que el victimario no esté merodeando y trata en todo momento que la habilite

a que le envíe móviles al lugar, a lo cual no accede, porque desestima que el agresor vaya a hacerle daño o que siquiera esté cerca. Decide ir personalmente a radicar la denuncia a la seccional más cercana, que queda a tres cuadras de su casa, sólo por las dudas. Nunca llega a la comisaría porque es asesinada por su expareja en el trayecto.

JB vive con una enorme culpa el no haber podido convencerla, ni encontrar nada en el discurso, los sonidos ambientes o la voz para poder enviar ayuda, aunque ella no la pidiera.

Conductas basales alteradas, trastornos de sueño, descanso no reparador. Alimentación y autocuidado sin particularidades. Pensamientos intrusivos, flashbacks, hipervigilancia y conductas evitativas.

Segunda entrevista.

Se trabaja con EMDR el evento donde el victimario da muerte a la víctima.

VOC 7, SUD 0, escaneo corporal libre.

Tercera entrevista.

Persiste el sueño no reparador.

Se trabaja conductas evitativas con EMDR, puntualmente el momento en que, hace cuatro días, pasó en su auto particular por el lugar exacto del asesinato, el cual había evitado hasta ese momento.

VOC 7, SUD 0, escaneo corporal libre.

Cuarta entrevista.

Entretejido cognitivo.

No se siente del todo cómoda con la psiquiatra asignada en la unidad, cree que quiere que se reintegre rápidamente y ella no se siente preparada para volver todavía.

No quiere reintegrarse cerca de las fiestas tradicionales de fin de año, porque diciembre es un mes donde hay muchos eventos vinculados a problemas familiares y no siente que pueda soportar la presión todavía. Además, son turnos de ocho horas en lugar de seis y esas dos horas más le resultarían muy pesadas en este momento.

Se trabajó sobre el tipo de tareas que desempeña y el uso de herramientas para el autocuidado.

Quinta entrevista.

Pasó a depender administrativamente de Secretaría del Ministerio del Interior.

Se realiza entretejido cognitivo. Se recomienda lectura.

Sexta entrevista.

Mucho mejor. Concretando planes, haciendo bricolaje para adaptar espacios en su casa para la próxima Navidad. Esto le agrada, la distrae y le gustan los resultados obtenidos.

Tampoco se siente preparada para volver en enero, por las mismas razones.

Plantea que le gustaría trabajar en UDE, se le sugiere que hable con la encargada de la unidad.

Me impresiona como próxima al reintegro, ya que ha remitido en forma importante la sintomatología de TEPT.

Conductas basales sostenidas en base a la medicación, según sus expresiones, probó no tomar dos días el ansiolítico y se sintió mal. Se realiza psicoeducación al respecto.

Séptima entrevista.

La psiquiatra le plantea el reintegro en quince días.

Se empieza a preparar el cierre. Se pautan las próximas fechas de encuentro.

Se le pide que empiece a pensar el recorrido por esta intervención. Cómo llegó, cómo se siente ahora, expectativas con el trabajo actual y con la posibilidad que tiene de otro empleo que ganó concurso.

Acordamos acompañamiento hasta el reintegro.

Octava entrevista.

Llega con un diagnóstico reciente de artritis reumatoidea, lo que la angustia mucho y la limita bastante en la cotidianeidad debido a los dolores que experimenta.

Refiere irritabilidad y trastornos del sueño asociados al dolor.

Está adhiriendo a la medicación, lo que le provoca somnolencia.

Próximamente debe concurrir a Junta Médica Nacional de Aptitud (JMNA), lo que, junto a este nuevo diagnóstico la angustia muchísimo.

Actualmente, siente que no quiere volver, si pudiera esperararía a que se hiciera efectivo el llamado en el que concursó, sin reintegrarse.

Novena entrevista.

A la llegada inminente de la consulta con JMNA, que es en pocos días y al diagnóstico de artritis reumatoidea, se agrega la salida de la casa de su esposo en el día de ayer. Piensa que es posible que se separen.

Anteayer hubo una discusión importante a nivel familiar debido a que el hijo de ambos, de 18 años está consumiendo, aparentemente sólo marihuana. Debido a los problemas que

surgieron y al tiempo que refiere que inició, se sospecha un consumo problemático de varias sustancias.

Cuando la madre quiso poner el límite, al inicio del consumo social de marihuana, el padre apoyó a su hijo. Ahora quiso poner el límite y no pudo.

Se realiza entrevista motivacional, entretejido cognitivo y psicoeducación respecto al consumo problemático de sustancias y se explora la situación económica de ella si llegan a divorciarse, ya que no tiene ninguna participación en la empresa familiar que tienen y la cual es muy próspera.

Vuelve a preguntar sobre trabajar en la unidad y si podrá entregar currículum de vida para trabajar como administrativa.

Décima entrevista.

La JMNA la declaró no apta transitoria por ciento ochenta días.

Los problemas de pareja aparentemente se solucionaron, ya que el esposo volvió a su casa. Hicieron nuevos acuerdos en relación con lo financiero y están reeditando todo lo vinculado a lo económico y lo legal, para que todo sea transparente y equitativo, tanto en responsabilidades como en beneficios.

Se dialogó en familia el consumo de su hijo, que al final decantó en problemático. A partir de algunos señalamientos que se hicieron en la entrevista anterior, resolvieron pedir ayuda profesional.

Se siente aliviada de tener seis meses para ordenarse, además de que corre el tiempo para que pueda tomar posesión del otro empleo.

La sintomatología inicial de TEPT remitió.

Undécima entrevista.

Entrevista de cierre.

Devolución.

Manejo de herramientas.

Sintomatología de TEPT en remisión total.

Sintomatología de estrés agudo vinculada a reciente diagnóstico de artrosis reumatoidea y a la problemática familiar.

Pase a policlínica de psicología.

5.5 Caso LC.

Edad 35 años. Mujer.

Primera entrevista.

Vínculos afectivos. Dos hijas de 7 y 20 años y un hijo de 13. Pareja, cuatro hermanos, con dos de ellos tiene vínculos cercanos.

Colaboración familiar. Tareas compartidas, lo económico es compartido. Pareja referido como incondicional.

Comunicación. Fluida. Sin embargo, “a nadie le gusta escuchar de la cárcel”.

Violencia. Fue víctima de violencia doméstica y de género por parte del padre de sus hijos.

Para poder concretar la primera entrevista, hubo que coordinar tres veces el encuentro.

Hace siete meses que ocurrió el evento crítico. En primera instancia y por estos meses, recibió atención telefónica por parte de una licenciada en psicología perteneciente al centro de atención a víctimas de delitos (CAVID) del Ministerio del Interior. Tuvo una sola consulta

presencial. Con anterioridad al episodio traumático, ya estaba en tratamiento farmacológico para conciliar el sueño.

El evento que la trae a consulta está vinculado con una situación en que fue tomada de rehén en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). No sufrió lesiones físicas, pero estuvo mucho tiempo encerrada con las personas privadas de libertad (PPL), los cuales la amenazaban y no le permitían abandonar el recinto. Concomitantemente, no se podía comunicar con sus pares, porque aparentemente no funcionaban los handys.

A partir de esta situación refiere angustia, ansiedad, nervios y que logra dormir por el medicamento.

Segunda entrevista.

EMDR.

Blanco: La situación de rehén en el INR.

Blanco no cerrado.

Tercera entrevista.

EMDR.

Blanco: El olvido de su cartera en el baño de un shopping, con dinero de su pareja.

Blanco cerrado.

VOC 6. (Ecológico).

SUD 0.

Escaneo corporal libre.

Cuarta entrevista.

Refiere a acoso laboral. Llamadas telefónicas en reiteradas ocasiones y hasta altas horas de la noche. Incluso cuatro veces el mismo día, el oficial de la oficina de recursos humanos de su unidad. Y el oficial de guardia la llegó a llamar a las 23:04 hs.

En dos ocasiones, recibió correo Zimbra (correo electrónico institucional) instándola a presentarse al día siguiente. También dos notificaciones por el mismo correo notificándola de que tenía que presentarse para que le tomaran acta estando certificada, lo que administrativamente no corresponde.

Preocupada porque se acerca la Junta médica nacional de aptitud (JMNA).

Preferiría que la transfirieran a otra unidad penitenciaria, no volver a la misma, donde se produjo el evento crítico.

Intervención inconclusa debido a una certificación prolongada de la investigadora, no se llegó a abordar el evento crítico de la toma de rehén que la trajo a consulta.

Continúa la intervención otra psicóloga de la Unidad de Estrés:

26/6: EMDR Bco. no cerrado.

03/7: EMDR Bco. no cerrado.

24/7: EMDR Bco. cerrado.

07/8: EMDR Bco. cerrado.

Remisión TOTAL de sintomatología de TEPT.

14/8: escaneo corporal y entretejido cognitivo.

21/8: EMDR: Bco. no cerrado.

04/9: EMDR: Bco. cerrado.

11/9: ALTA psicológica. Remisión TOTAL.

26/9: ALTA psiquiátrica.

5.6 Caso LG.

Edad: 33 años. Hombre.

Primera entrevista:

Vínculos afectivos: esposa, hija de 7 años y padres

Colaboración familiar: hija con su mamá, viviendo en el interior del país, tareas domésticas compartidas, en lo económico sostiene la esposa, él aporta.

Comunicación: fluida.

Llega a consulta derivado por sus superiores tras intervenir en un evento policial violento.

Descripción del evento: En principio, arriba al lugar de los hechos por un llamado al 911 de un intento de autoeliminación (IAE). Al llegar al lugar no tenían acceso y la persona que había llamado les arroja la llave desde el segundo piso. Entran, suben la escalera hasta el segundo piso y golpean hasta que el hombre que estaba dentro los autoriza a entrar.

Lo que relata LG es que había mucha sangre en el piso y que el hombre que les franqueó el acceso lo único que les dice es; “el cuarto está horrible”. Se acercan, la puerta está abierta y entran. Lo que ve LG es al niño degollado, con todos los órganos del cuello hacia afuera y la niña estaba de costado. Había mucha sangre en las paredes y el piso.

La persona que había llamado, que es quien había intentado auto eliminarse y padre de los niños asesinados, les relata que años atrás habían “raptado” a una hija cuando se habían separado con la madre y que la madre había hecho denuncias falsas para que él no viera a su hija y que no quería pasar nuevamente por lo mismo.

LG refiere que estuvieron 30 o 40 minutos “ahí adentro”. La mamá de los niños asesinados estaba en la casa de la abuela de los niños. Supuestamente esta pareja se iba a separar.

Este funcionario policial arribó a las 11:00 de la mañana, el asesino los mató a las 6:00 de la mañana. Por cómo estaban los cuerpos, LG piensa que al varón lo degolló en el baño, y que el niño presentó luchas, fue el que se dio cuenta de lo que estaba haciendo el padre. El niño estaba boca arriba con los ojos, los brazos y las piernas abiertas. La niña, medio de costado, más bien boca abajo y no se veía el corte. Tenía tres cuchillos, uno para cada uno, uno para el niño, uno para la niña y uno para él mismo.

En el momento que LG ve las cuchillas experimenta un flashback porque dice que una de las cuchillas que tenía el asesino es igual a una que él tenía en su casa.

A partir de este evento crítico empiezan los trastornos del sueño. Las dificultades para la concentración y la sensación de persecución.

Por otra parte, refiere que tiene ideaciones de autoeliminación desde los 6 o 7 años. Dice que en forma recurrente pensaba cortarse las venas, o tirarse delante de un auto: "Siempre sentí que no fui suficiente".

Toda su vida se sintió muy desvalorizado, rechazado por sus padres, su hermano mayor, sus pares en la escuela, el liceo y en el trabajo.

Relata un primer matrimonio muy tóxico, donde fue manipulado y engañado.

Actualmente muy preocupado por su hija, refiere que su madre no la está atendiendo bien.

Se le señala:

- lo mucho que hizo con lo poco que le tocó, en este punto se emociona
- empezar autobiografía
- pensar otros blancos posibles para abordar con EMDR

Es de destacar que es muy cristiano y en lucha contra una posible homosexualidad.

Segunda entrevista:

EMDR.

Familia muy violenta. Violencia generacional, madre y tía le pegaban a su abuela. Deseos de morir desde niño. Durmió con la madre hasta los 14 años. Llegaron a dormir cuatro personas en una cama de dos plazas. Refiere que la tía dejaba a su hija atada a una silla con un cinturón horas llorando. “No pude ir al jardín. Como lloré el primer día, no me llevaron más y cuando fue fin de año me llevaron porque mi hermano terminaba las clases y sentí mucha pena de no haber ido”.

A los 6 años, pensó en cortarse las venas o tirarse delante de un auto dejando una carta. Se recuerda como muy solo, muy triste y desprotegido. Toda su infancia y adolescencia su madre le decía que no fuera al liceo y él iba igual. Sintió mucho la ausencia de su padre. La madre tuvo varios hijos de diferentes parejas. Cuando su padre vino a conocerlo, empezó a llevarse peor con su hermano, piensa que por celos. Su hermano mayor trabaja, el resto no hace nada. Sufrió acoso escolar en la escuela y en el liceo, sin embargo, refiere que le gustaba ir. Siempre se sintió muy desvalorizado, tiene muy baja autoestima.

No fue posible EMDR, ni PESEA, ni ejercicios de respiración para regulación emocional.

No pudo construir lugar seguro, pensamiento muy concreto. Acompañado de un gran monto de angustia. Se señala la necesidad de trabajar su pasado para desobturar la posibilidad de sentir cosas agradables. Para la próxima, autobiografía, lugar seguro, respiración.

Tercera entrevista.

Lugar seguro. Elige como el lugar seguro al salmo 23 de la Biblia y lo relata “el señor es mi Pastor, (...) nada me faltará”.

El blanco trabajado fue a los cuatro o 5 años con vestido, zapatos de taco alto y labios pintados. Refiere mucho dolor. VOC 5, SUD 7, blanco no cerrado.

Cuarta entrevista.

Escribió bastante respecto a su historia y manifestó que tuvo pesadillas después “del ejercicio del otro día” cuando se trabajó con EMDR.

Trajo nuevamente el evento donde la madre lo vistió de mujer, le pintó los labios y le enseñó cómo hacer con la boca para quedar bien pintado. Las burlas, la soledad, la falta de contención fueron moneda corriente en su vida. El no entendía por qué se reían su padrastro y su madre, pero se sentía mal sin saber el motivo. Lo angustia recordar ese episodio, dice que sentía que había algo mal, pero no sabe bien qué. Durante su adolescencia explicita que sentía atracción física por los varones. Que a veces le gustaba alguien y se excitaba, pero que nunca se atrevió a tener una relación amorosa gay porque piensa que eso está mal.

Cuando tenía unos 12 años, fue a la casa de un amigo y éste estaba mirando porno y tenía una erección. Lo convenció de que le practicara una felación, usando una bolsa como protección. Cuando se disponía a hacerlo, “solo llegué a poner mi boca ahí”, golpearon la puerta y los hicieron salir. Un tiempo después mientras jugaban con otros amigos, el otro niño contó a voz en cuello y con florituras lo que aconteció. Sintió muchísima vergüenza y a partir de ahí se le dificultó aún más el relacionamiento con sus pares, lo que hizo aumentar su sensación de soledad y sus deseos de morir.

Se realizó entretejido terapéutico.

Quinta entrevista.

Vuelve a salir el episodio de la ropa de mujer que le puso su mamá. La peor imagen en EMDR dice que es cuando se miró al espejo. Se describe como una persona triste desde siempre. Se ve solo, siente la burla de su madre, su risa, la burla de los demás, la falta de comprensión y una gran amargura.

Nuevamente entretejido terapéutico.

Preocupado porque su expareja tuvo un bebé y quedó sola nuevamente y desempleada, no sabe exactamente en qué condiciones está viviendo su hija, igualmente él la ve todos los meses y le pasa la retención correspondiente. Tiene dificultades con su esposa actual, que no tiene hijos y se pone muy celosa cuando él trae a su hija a Montevideo; “dice que la dejo a un lado, pero nada que ver. Mi hija es mi hija y lo que yo quiero es aprovechar cuando la tengo”. Aparentemente la señora no puede manejar la situación. Y la estadía de la niña se vuelve una instancia desagradable en lugar de feliz.

Explicita tener decidido dejar la policía; “no quiero más de esto”.

Su esposa y su pastor, con los que consulta casi todo, están de acuerdo. Piensan que en breve ella quedará sin trabajo porque labora en una casa de familia donde el matrimonio tiene 92 y 86 años, hace muchas tareas y gana un sueldo muy por encima de la media en trabajos similares. Por eso están con la idea de algún proyecto juntos.

Se trabaja tratando de ordenar estas ideas y llevarlas de lo intelectual a lo pragmático porque lo tienen planeado escasamente. La idea es hacer algo, pero no sabe qué, ni cómo, no hay plan.

Se lleva como tarea elaborar un cuaderno donde vayan escribiendo las ideas que surjan, aunque luego tengan que descartarlas.

Sexta entrevista.

No concurre, no avisa. Se solicita en la administración que se lo llame para reagendar.

Llaman y no atiende.

Séptima entrevista.

No se presentó al encuentro anterior porque fue al interior a ver a su hija, intentó re coordinar, pero no fue atendido telefónicamente durante dos días, intentando a la mañana y a la tarde, exhibe el historial de llamadas de su teléfono celular. Acordamos que no viaje los días que tiene atención en UDE.

Sigue muy angustiado por una discusión que tuvo con su esposa, donde se sintió totalmente desvalorizado. Siente que ella siempre le está reclamando porque gana más que él. Y porque él está complicado con préstamos. Le reclama que vaya a ver a su hija porque el pasaje de ida y vuelta le sale 3000 pesos. Luego de la discusión con su esposa, prepara su ropa y se va de la casa. Pero después de estar mucho rato en la parada del ómnibus sin efectivo, resuelve volver y dormir en el comedor. Estando ahí, su esposa no lo escuchó llegar, la escuchó hablar por teléfono con el pastor manifestando cosas que, según él, no son ciertas. No ve, por lo menos por ahora, la solución en el divorcio. Relata a su esposa como una persona muy egoísta y egocéntrica, interesada en el dinero fundamentalmente. Refiere que tiene 46 años, le lleva 13 años a él, no tiene hijos y no comprende lo que él siente por su hija. Lo cela con ella.

Se intenta aplicar PESEA, pero no soporta recordar el evento, llora mucho, se descompensa. Se solicita ayuda a psiquiatra en consulta, quien ya había aumentado la medicación días antes y ahora vuelve a ajustarla.

Se le muestra que es el sexto encuentro y no ha sido posible aplicar EMDR. Apenas dos veces PESEA y con escasos resultados, se plantea que para la semana próxima sería ideal traer blancos para trabajar desde EMDR.

Octava entrevista.

Continuamos sin poder aplicar EMDR y lo que se trata de hacer es aplicar nursing: “Hola hijo. Como estás. Te extrañé. ¿Cómo te fue en la escuela hoy? Te amo mucho. Vení que te doy un abrazo. Te felicito. ¿Estás bien? Vení, vamos a jugar. Perdonáme. Papá, nunca te va a abandonar”.

“Sacar: Vergüenza. Timidez. Miedo. Fracaso. No tengo. No puedo. No quiero. Rechazo. Inseguridad. Burla”.

“Hijo ya está. Quiero decirte. Que todo va a estar bien. Si llegaste hasta acá es porque pudiste hacerlo. El pasado no se puede cambiar. Pero sí el presente que tenés ahora. No tiene sentido afligirte, por lo que ya pasó. Ahora estás en otra etapa de tu vida. El tiempo que te queda de vida, tenés que aprovecharlo y disfrutarlo. Y nadie te puede condenar por una vida que tú no elegiste vivir. Mira para adelante con certeza de que todo va a estar bien. Sos único y una persona muy, muy, muy valiosa”.

“Miedo a crecer. Miedo a no poder formar una familia”.

Novena entrevista.

Proyectos, cocinar viandas para trabajadores medio planificado, pero no muy concreto. La esposa lo maltrata desde ayer, no le habla.

Blanco. Situación de 2010 con el padre. El padre se fue para Australia con su familia sin avisarle, se enteró por su abuelo. Él logra ir a Australia a ver a su padre y cuando va a la casa no le recibe con un abrazo, le extiende la mano. “Me sentí nada, no podía sentir nada”.

EMDR blanco no cerrado.

Nursing: Silencio, vacío.

“¿Por qué estás molesto si vos no tenés la culpa de lo que pasó? Las actitudes de los demás son de ellos, no tenés por qué menospreciarte, si vos no sos menos que nadie. Capaz las reacciones de tu padre son un reflejo de lo que él vivió y vos no sos culpable. Si vos sabés que lo amás y eso no va a cambiar. Hijo, yo te amo, te extraño mucho, estaba esperando para verte. Me alegro de que estés acá. Gracias por venir. Hijito, tú sos muy valioso para mí”.

“Me veo como un niño que está solo en la vida. Le falta atención, respeto, cariño, cuidado y sentirse defendido”.

Continúa: “Yo te quiero, te respeto, te voy a dar toda la atención que necesitás el cariño que necesitás, el cuidado que necesitás y voy a defenderte siempre”.

“Me veo en la escuela, la imagen de la escuela me da tranquilidad. Yo te voy a cuidar, no tengas miedo, quédate tranquilo, todo va a estar bien”.

Al finalizar, refiere que el último ejercicio se sintió mucho más real que EMDR, que pudo sentirlo. Se señala que puede escribirle una carta a ese niño, escribir todos esos recuerdos que aparecen en su mente.

Se retira estabilizado, se le ofrece ejercicios de respiración nuevamente y dice, “voy a estar bien. Estos ejercicios son muy difíciles para mí, pero voy a estar bien”.

Décima entrevista.

Se aproxima la junta médica de aptitud.

Muy angustiado por la situación de su niña de 7 años, pero sin poder tomar una decisión al respecto. La actual pareja de la madre de su hija es violento, tuvo medidas cautelares o tienen, no lo sabe bien, pero está en la casa con ellas y el bebé de ambos.

Refiere que “encontré bien a XL en general, excepto en el rendimiento escolar, que es muy irregular y que se sintió cohibida al llegar a la casa conmigo y se encontraba la pareja de su madre”. A LG le parece que la niña quería hablar y no podía. Parece no darse cuenta del riesgo psico social de su hija, o no puede afrontarlo, evita.

Preocupado por la situación económica, también sin poder tomar decisiones para la resolución de los problemas. Una cooperativa donde adeuda bastante, la esposa, la hija, etc.

Conductas basales sostenidas a partir de la medicación, redes primarias escasas y que no operan de sostén, redes secundarias también escasas.

Refiere sentirse molesto y desbordado por las situaciones que está atravesando. Pérdida de memoria a corto y largo plazo. Escasa y dificultosa concentración. Refiere pasar de la angustia a la ira rápidamente y viceversa.

Se señala que es necesario que adhiera el tratamiento psiquiátrico y psicológico para poder avanzar y cumplir sus aspiraciones de reintegrarse.

Escribirle a su niño interior, escribir los problemas, ordenarlos, establecer prioridades y elaborar un menú con una hoja de ruta.

Undécima entrevista.

Habló con el padre, pero él no se interesó en lo que LG tenía para decir.

EMDR. Blanco no cerrado.

Memorias alimentadoras y creencias limitantes muy fuertes que no permiten el reprocesamiento. Se explica que sería muy positivo empezar a cerrar blancos.

Próxima. Escritura al padre y a la madre. Estrategias para recordar tomar la medicación.

Duodécima entrevista.

Escribió sobre su padre y su madre. “Recién me cae la ficha de quiénes son ellos” Se trabaja sobre la constitución psíquica de hijo, padre y madre y de reconocer y aceptar lo que tenga de ellos. De quitarle a su padre el poder de dañarlo.

Se le muestra lo valioso, importante e irremplazable que es para su hija.

Plantea que se ha estado yendo de las consultas desestabilizado. No se realiza estimulación bilateral, para la próxima buscar blancos en lo que escribió.

Decimotercera entrevista.

Refiere a alteraciones en la memoria a corto y largo plazo. Se realiza entretejido cognitivo.

EMDR. El blanco es el engaño de su primera esposa. VOC 7, SUD 0. Escaneo corporal libre, blanco cerrado.

Decimocuarta entrevista.

“Pienso en Ahorcarame”. “Estoy cansado”.

Muy angustiado, volvió a discutir con su esposa, que le reitera el reclamo de su bajo aporte económico. Vuelve a insistir con las tarjetitas para pintar rejas, le da miedo.

Se realiza entrevista motivacional. Se plantea EMDR con los blancos del evento que lo trajo a UDE y pase a policlínica de Psicología del Hospital Policial.

Decimoquinta entrevista.

“Tengo ganas de volver”.

Presentación muy diferente a la entrevista anterior, se muestra más animado y con ganas de hacer EMDR.

Se trabaja el blanco del evento del doble filicidio. VOC 7 SUD 0, escaneo corporal libre, blanco cerrado.

Manifiesta que se siente más tranquilo y relajado y que está deseando volver, tiene fecha para presentarse a la Junta médica Nacional de Aptitud. Aspira a que lo reintegren. Se le explica que con la medicación que toma es posible que no lo reintegren, lo reintegren a tareas de apoyo o lo envíen a STIP.

Está contento con que va a buscar a su hija y la trae, va a pasar las dos fiestas tradicionales con él y si no extraña, enero.

Se le plantea caja de herramientas para la próxima sesión si no aparecen nuevos blancos y pase a psicología.

Decimosexta entrevista.

Preparo el pase a psicología para entregarle y no concurre a la entrevista. Se pautan una nueva fecha y no concurre nuevamente. A la tercera convocatoria sí concurre y se lleva a cabo la 16ª entrevista.

El humor está en menos. Refiere anhedonia, clinofilia, ideas de muerte sin plan. Deseos de reintegrarse, “estoy así porque no hago nada”.

Evento crítico superado. Está preocupado porque entiende que la quetiapina aumenta los niveles de glucosa. Se consulta al médico psiquiatra de turno en ese momento por esto y refiere que no hay ningún problema. Con lo que aparentemente queda un poco más tranquilo. Se plantea dos encuentros más y luego el pase. Se ven las conductas basales alteradas, insomnio de conciliación, de mantenimiento, sueño no reparador, alimentación en menos “no tengo ganas de comer”, autocuidado con dificultades.

No logra encontrar motivación, “es todos los días lo mismo. Siento que no tengo futuro. Estoy así porque no hago nada”.

Sintomatología inicial vinculada a tratar un trastorno por estrés postraumático que no remite totalmente y muda a depresión. En conjunto con psiquiatra se resuelve pase a policlínica de Psiquiatría y de Psicología dentro de los próximos 30 días.

En relación con lo administrativo, pasó STIP.

Decimoséptima entrevista.

Más determinado y seguro.

No refiere síntomas vinculados al evento crítico.

Igualmente sueña con el trabajo. Tiene pesadillas en que tiene que disparar y no le salen las municiones o que hay riesgo de muerte con una cuchilla, son pesadillas de persecuciones. Se despierta sobresaltado y angustiado, pero se le pasa cuando adquiere conciencia de que es un sueño.

Refiere que EMDR lo ayudó porque se dio cuenta de que se destaparon las cosas y pudo descubrir cosas que le estaban afectando. Se siente menos dependiente desde lo emocional, en referencia a sus padres.

También habla del tratamiento psicoterapéutico brindado como un espacio para hablar, un alivio y un lugar sanador.

Decimoctava entrevista.

Entrevista de cierre.

Herramientas que refiere haber adquirido:

- Autocontrol.
- Autoconocimiento.
- Reflexión.
- Empatía.
- Ser feliz a pesar de.
- Otra perspectiva.
- Diálogo en los problemas personales.
- Pedir ayuda.
- Meditación, reposo.
- Creer que siempre hay una salida.

Pase a policlínica de Psicología del Hospital Policial.

5.7 Caso PF.

Edad 41 años. Hombre.

Primera entrevista.

Vínculos afectivos. Hijo y pareja. Refiere “no tengo a nadie”

Colaboración familiar. Compartidas.

Comunicación. Distorsionada, complicada, con la pareja y con la familia de la pareja.

Violencia. Niega.

Su hijo tiene 22 años, vive con la madre. Se están revinculando porque la madre se lo llevó a Europa cuando tenía siete años y volvieron cuando tenía 20. No tiene hijos con su actual pareja, con quien convive y con la madre de ella.

Fumador. Hace once meses, en un procedimiento, el chofer del auto que detuvo para control de rutina, lo “engancha” y lo arrastra por dos cuadras. Como quedó sujeto de la canana y el chaleco antibalas, no pudo zafarse. Lo chocó intencionalmente contra un cordón, luego arbustos y finalmente un árbol, deshaciendo parte del frente y costado del vehículo.

Una vez que no pudo avanzar más, mientras PF estaba tirado en la vía pública, entrando y saliendo de la pérdida de conocimiento, este individuo le tironeaba el arma de reglamento, lo insultaba, lo salivaba y le pateaba con furia la cabeza. Paró solo cuando un vecino saltó el muro de su casa en ropa interior y con un palo de escoba tomó a golpes al delincuente hasta que cesó.

Tiene recuerdos fragmentados y en destellos de lo ocurrido. Como resultado de los golpes, por lo que no podía pararse, sufrió cuatro fracturas de vértebras, fractura de hombro, fractura de clavícula, rotura del manguito rotador derecho y rotura de varios tendones.

Desde ese momento no ha podido volver a trabajar, quiere agradecer a quien lo ayudó, pero las conductas evitativas no se lo permiten. Está muy enojado con su compañero de dotación, que no sabe qué fue lo que hizo durante el evento. También lo enoja que se haya iniciado un sumario por esto. El delincuente no fue detenido aún, sabe quién es y vive en su mismo barrio, tiene un hermano mellizo y delinquen habitualmente.

El trato que recibió en el HP refiere que fue muy malo. Estuvo siete días atado a la cama para que no se moviera y al séptimo día le dan el alta y que se reintegre. Se ha sentido desvalorizado y no cuidado por quienes entiende que debieron cuidarlo: el compañero, el hospital, el ministerio del interior.

Llega muy desconfiado, refiere que lo convencieron en toxicología (porque está en tratamiento para dejar de fumar) y lo va a intentar. Se pone de pie y se sienta varias veces durante la entrevista y dice que es por el dolor de espalda, lo cual es esperable, pero también se lo nota muy nervioso.

Historia familiar: tres hermanos con los que no tiene vínculo porque, según sus dichos, son delincuentes. Perdió a su madre a los diecisiete años por una enfermedad que no especificó y a su padrastro, que fue con quien se quedó al fallecer su madre, lo asesinaron cuando tenía dieciocho años, recibió cinco impactos de bala, era policía.

Al morir el padrastro se va con el padre biológico, vive con él quince días y lo echan. Se va con los hermanos “y empezó un infierno”. Relata que le hicieron la vida imposible, ellos no trabajaban, PF sí y le sacaban sus cosas. Un día al llegar de trabajar, uno de sus hermanos se llevaba el calefón usado que él había comprado, cuando le pregunta qué hace le dice que salga y le efectúa dos disparos de arma de fuego a sus pies que afortunadamente no lo tocan. En ese momento resuelve irse y permanece cuatro meses en situación de calle.

Después de ese tiempo, un amigo lo alberga en su casa y comienzan las peripecias de lograr trabajar y sostenerse, hasta que ingresa a la policía casi por casualidad. Al principio no quería ingresar por lo de su padrastro, pero luego iba a ser padre y necesitaba un trabajo seguro.

Conductas basales alteradas, insomnio de mantenimiento, aumento de ingestas y de peso. Autocuidado sin particularidades.

Escasas redes primarias. Redes secundarias ausentes.

Entrevista catártica, es necesario ganar su confianza.

Segunda entrevista.

Refiere mucho dolor, pero al estar más tranquilo y un poco más confiado, permanece sentado durante toda la entrevista.

Recientemente diagnosticado con diabetes tipo dos, le indicaron diaformina. Se realiza psicoeducación por cierta resistencia a tomar la medicación.

Se le explica en qué consiste el EMDR. Todavía no se le puede plantear el ingreso a la investigación, aún no confía.

Tercera entrevista.

Muy angustiado, pero más confiado. Ingresa a la investigación.

Blancos posibles:

- el delincuente salivándole la cara e insultándolo
- el delincuente pisándole la cabeza
- en el HP atado, el nurse y médico le dicen que se va a quedar inválido,

su compañera paralizada llorando y el insultando.

EMDR: blanco no cerrado.

Trastorno del sueño (conciliación) posiblemente vinculado a la fecha de aniversario del evento, la cual se aproxima.

Se realiza entretejido terapéutico, trabajando con técnicas de autorregulación emocional.

Se retira estabilizado.

Cuarta entrevista.

En este encuentro se atreve a hablar más sobre su vida. Se alimentaba muy frecuentemente a polenta y leche, juntaba palitos en el basurero para crear autitos. Palizas reiteradas de su madre como descarga, también de sus hermanos. Mal desempeño escolar, recursó segundo y cuarto de primaria.

Durante más o menos cinco años durmió atado a la cama porque no paraba de rascarse una alergia “por un trabajo (supuestamente umbandista) que le habían hecho a su madre

embarazada y lo agarró a él”, tenía sarpullidos en pies y manos (¿alguna patología no diagnosticada?). Una vez una maestra le pegó y su madre fue con dos amigas de su religión umbanda y hicieron un lío bárbaro en la escuela, terminaron en la comisaría. Refiere “mucho palo” (violencia física, palizas reiteradas), mucha hambre, mucha violencia de todo tipo y nada de diálogo. Aún hoy, su padre cree que LF, su segundo hermano es fabuloso, él es el más pequeño de edad (seis años menor que el anterior) y de tamaño también, lo que parece importante en la cultura familiar.

Quinta entrevista.

Muy movilizado, no quiso hacer EMDR.

Llevó una libreta con cosas anotadas y no se atrevió a leerlas.

Me preguntó si me atrevería a ver el video donde lo lastimaron.

Se trabajó sobre su historia de vida, no puede ver nada positivo, todo es malo. Es muy supersticioso, asocia cosas triviales que pasan en la cotidianidad, como que se rompa el auto o el calefón, con sus creencias.

Se le señala que la intervención irá hasta dónde él quiera, lo que él quiera. Eso lo tranquiliza. Se plantea EMDR para la próxima.

Sexta entrevista.

Entretejido cognitivo. No quiere hacer EMDR.

Constantes situaciones de abuso desde niño, vinculadas a lo sexual, lo cual hasta ahora no había podido visualizar.

Preocupa la intensidad y el tiempo, desde muy chico, incluso con la “aprobación” de su madre.

Ambivalencia y discrepancia en los relatos vinculados al cuidado materno, donde por un lado avala y promueve la violencia, y por otro expresa que “a la mujer se la respeta”. Por momentos creo que busca encontrar el asombro en mí cuando describe eventos violentos de índole sexual.

Refiere que siempre se va aliviado porque se atreve a decir cosas que nunca dijo. Destaca la mirada terapéutica como habilitante para ello.

Séptima entrevista.

Nuevamente no quiere hacer EMDR.

Entretejido cognitivo.

Octava entrevista.

Entrevista telefónica por COVID positivo.

Vio el video de su evento: sintió impotencia, rabia, dolor en el cuerpo. Evocación de los siete días atado en la cama.

Novena entrevista.

Una vez más no se hace EMDR, llega con mucha necesidad de expresarse. Trabajamos su ansiedad, que él denomina locura, su desconfianza, y la necesidad de separar en niveles su enojo, a saber: institución-técnicos-familia, para no afectar a quienes ama.

Direccionar el enojo para que encuentre lo que necesita a nivel salud.

Desarrollar habilidades comunicacionales con sus seres queridos (esposa e hijo). Tratar de expresar lo que siente porque los demás no pueden adivinar.

Necesita decirme algo que no puede, en la próxima intentará y se propone hacer EMDR con eso o con blancos que se le pidió que traiga.

Décima entrevista.

Hace aproximadamente un mes, había traído una libreta con cosas anotadas, que, según él, no sabía cómo decirme.

Hoy, en la entrevista pudo contar un episodio donde fue “guiado” por uno de sus hermanos para manosear a una niña de diez u once años (refiere no recordar bien), él tenía doce en ese momento y el hermano dieciséis. Lo vive como un abuso, por eso le daba tanta vergüenza contarlo, destaca firmemente que no hubo penetración y en ningún momento ella le dijo que no.

Siente mucha culpa, vergüenza, asco y cree que merece el peor de los castigos. Después del relato se razona que, en realidad, él y la niña fueron abusados por su hermano mayor.

Se realiza EMD y se logra desensibilizar este episodio.

Se vuelve a trabajar sobre el modelo de crianza, el medio ambiente violento y de desprotección en el que creció. El umbandismo, la espiritualidad y cómo se está acercando ahora a sus creencias y se está descubriendo a sí mismo.

Fue una entrevista muy movilizante para él, diferente a las anteriores, parece un punto de inflexión. Se le señala escribir a partir de ahora si no le es posible escribir su autobiografía, como se le ha pedido anteriormente.

Se retira estabilizado.

Undécima entrevista.

Volvió sobre la entrevista anterior, manifestando que se quitó un enorme peso de encima.

Se empieza a plantear un cierre. Se señalan los cambios que ha tenido desde el inicio del tratamiento y las aptitudes nuevas adquiridas.

Para la próxima entrevista se le pide una hoja dividida en dos partes donde escriba sobre su persona al inicio del tratamiento y actualmente.

Duodécima entrevista.

No hizo la lista.

Durante la entrevista reconoció varias cosas:

- no está solo
- no estuvo solo
- menos irritabilidad
- cambios en su manera de comunicarse
- cambios a su alrededor.

El traumatólogo especialista de columna le dijo que no es para jubilarlo, que ya tenía desgaste en la L4, L5 y S1, una protrusión y artrosis.

Decimotercera entrevista.

Lista cuando llegó y ahora:

Desconfiado	Viendo diferente
Enojado	Menos enojado
Desvalorizado	Reconociendo su valía.
Irritable	Tranquilo

Decimocuarta entrevista.

Este encuentro tuvo que agendarse tres veces, porque a las dos primeras fechas pautadas no concurrí, una vez por responsabilidad suya y la otra por confusión en el servicio.

Crisis de pánico a partir de problemas para agendarse con psiquiatra.

Conducción temeraria, amnesia del recorrido y del momento en que ingirió medicación de más (insiste en que no fue IAE). Tendencia al acting out.

Mucho enojo y angustia.

También es impulsivo cuando lo entusiasma algo, por ejemplo; viaje intempestivo a Bs. As. sin consultar con su pareja si ella quería y/o podía ir.

Se señala: triángulo de la salud (video simple y explicativo de las consecuencias físicas del estrés), lugar seguro, revisión de la certificación, revisar lista del antes y el ahora.

Decimoquinta entrevista.

Muy estresado por el posible reintegro, piensa que está próximo a volver.

No cree estar preparado para compartir espacio o tarea con quien era su compañero de dotación el día del evento.

Vuelve a relatar el evento crítico.

CB: trastorno del sueño, no reparador, insomnio de mantenimiento. Alimentación desordenada, en aumento. Autocuidado sin particularidades.

Se le plantea una vez más la posibilidad de abordar el blanco del evento crítico desde EMDR.

Decimosexta entrevista.

Muy angustiado, lo preocupa su reacción al reintegrarse y encontrarse con su compañero de dotación, preocupación que es recurrente.

CB: hipersomnia, aumento de la ingesta, autocuidado sin particularidades. Desde hace aproximadamente diez días aumento del consumo de alcohol, aún más los fines de semana, suspendió la medicación, menos la diaformina.

Se realiza psicoeducación respecto a la medicación.

Decimoséptima entrevista.

Entrevista de cierre.

Sumario por ineptitud física, esperando la jubilación. Contrató representante legal por el nexo causal.

Refiere sus conductas basales como sostenidas. Eutímico.

Proyectos: viaje en moto, estudiar fotografía, aprender a trabajar con resina epoxi y bar tender.

Remisión total de sintomatología de TEPT.

Se señala: ALCO y actividades sociales de entretenimiento.

ALTA.

Capítulo 6. Análisis

6.1 Estatutos de los datos producidos

Para fortalecer la transparencia metodológica del diseño y la rigurosidad del proceso de triangulación, resulta necesario explicitar el estatuto epistemológico y metodológico de las fuentes que integran el corpus empírico. En la investigación cualitativa, los datos no se conciben como unidades homogéneas ni como evidencias neutrales, sino como producciones situadas que adquieren sentido en relación con el contexto, la interacción investigativa y los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad propios del paradigma naturalista (Lincoln & Guba, 1985).

En este marco, la clasificación del corpus permite distinguir entre datos primarios subjetivos y datos secundarios de contrastación. Esta diferenciación no establece una jerarquía de valor, sino que delimita la función analítica de cada fuente: las primeras orientan la comprensión profunda de la experiencia vivida, mientras que las segundas contribuyen a la triangulación, la trazabilidad y la consistencia interpretativa del estudio (Creswell & Poth, 2018; Nowell et al., 2017).

Tabla 1

Clasificación y estatuto metodológico del corpus de datos

Tipo de dato	Componentes	Función metodológica
Datos primarios subjetivos	Transcripciones de entrevistas clínicas; notas de campo y observaciones clínicas.	Favorecen la comprensión interpretativa de la experiencia subjetiva, el sufrimiento psíquico y los procesos de significación.
Datos secundarios y métricas de control	Escala de Clima Social Familiar (FES); unidades SUD y escala VOC en EMDR.	Permiten contrastar, triangular y delimitar el alcance de las interpretaciones cualitativas.

6.1.1. Datos primarios subjetivos: núcleo del análisis cualitativo

Los datos primarios subjetivos constituyen el eje comprensivo del estudio, dado que permiten acceder a la manera en que los participantes organizan narrativamente su experiencia, significan el malestar psíquico y articulan su trayectoria vital con las condiciones institucionales y familiares que atraviesan su subjetividad. En coherencia con una lógica cualitativa, su valor no reside en la generalización estadística, sino en la producción de descripciones densas y analíticamente situadas (Creswell & Poth, 2018; Lincoln & Guba, 1985).

- Transcripciones de las entrevistas clínicas: Se consideran producciones discursivas intersubjetivas, co-construidas en el dispositivo terapéutico y orientadas a recuperar la verdad narrativa, sintomática e histórica del sujeto, más que una verdad fáctica objetivable.
- Notas de campo y observaciones clínicas: Funcionan como registro observacional y reflexivo, en tanto documentan conductas no verbales, inhibiciones, manifestaciones afectivas y reacciones contratransferenciales relevantes para sostener la vigilancia epistemológica sobre la doble implicación de la investigadora.

6.1.2. Datos secundarios y métricas de control: triangulación y validez ecológica

Los datos secundarios poseen un estatuto instrumental y de contrastación. Su función no es sustituir la interpretación cualitativa, sino aportar indicadores que permitan contrastar los hallazgos emergentes, reducir el riesgo de confirmación acrítica y fortalecer la consistencia del proceso analítico mediante triangulación de fuentes y procedimientos (Nowell et al., 2017).

- Escala de Clima Social Familiar (FES): Se utiliza como indicador psicométrico de la percepción del ambiente familiar, particularmente en dimensiones relacionales como cohesión, expresividad y conflicto, coherentes con la tradición de evaluación del clima social familiar desarrollada por Moos et al. (1976).
- Métricas de evolución clínica en EMDR: Las unidades subjetivas de perturbación (SUD) y la validez de la cognición (VOC) permiten registrar cambios intra-sesión asociados al reprocesamiento, dentro del protocolo estructurado de EMDR y del modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (Shapiro, 2018; Shapiro & Solomon, 2017).

Integración epistemológica de los datos

El valor científico del diseño no depende de una fuente aislada, sino de la articulación coherente entre narrativas clínicas, registros reflexivos e indicadores de contrastación. Esta integración permite sostener la credibilidad del análisis, hacer explícitas las condiciones de producción del dato y delimitar el alcance de las inferencias sin reducir la complejidad subjetiva a una medición única (Lincoln & Guba, 1985; Nowell et al., 2017).

- Los datos primarios subjetivos orientan el descubrimiento inductivo de categorías, al permitir comprender qué le ocurre al policía de la escala básica y cómo significa su sufrimiento en el entramado clínico, familiar e institucional.

Los datos secundarios y métricas de control delimitan, contrastan y fortalecen el alcance interpretativo de los hallazgos, aportando trazabilidad y rigor metodológico al estudio de caso cualitativo.

6.2 Análisis general de casos

Es de relevancia destacar que el número de entrevistas que fueron necesarias para resolver cada caso, fueron entre seis (6) y dieciocho (18), evidenciando los diferentes niveles de afectación, a pesar de compartir diagnóstico de TEPT, y las distintas capacidades de insight, entre otras particularidades. Al mismo tiempo, si bien las percepciones de sus vínculos familiares fueron mudando, en cada caso fue distinto el daño psicológico y también el cambio que las personas referían identificar.

En seis de los casos, mediante las escalas internas del método EMDR se pudo verificar la remisión total de la sintomatología de TEPT, a la vez que una modificación de la experiencia subjetiva, en referencia a la mejora en los vínculos intrafamiliares. En algunos de ellos, subyacieron otros diagnósticos, que podrían ser más antiguos que el trastorno por estrés pos traumático o emerger luego de este.

En uno de los casos, no se pudo aplicar tandas de estimulación bilateral de EMDR, debido al elevado monto de ansiedad y angustia, recidiva del trauma psíquico. Se trabajó desde la entrevista clásica, el entretejido terapéutico, la entrevista motivacional, la psicoeducación y las técnicas de regulación emocional.

Ninguna de las personas que intervinieron en la presente investigación habían acudido con anterioridad a una consulta psicológica, todas traían resistencia a la atención debido a preconceptos adquiridos, generalmente, con relación a la función del policiamiento; es decir, lo sentían como una intromisión en su psique, la cual entendían era imposible de ser comprendida por un civil, así percibían a la investigadora en un principio. Hubo que trabajar estas resistencias, las cuales son habituales en la población estudiada.

Éstas resistencias, visualizadas a la luz de lo expuesto por Puelles (2015), en cuanto a que la labor policial se caracteriza por ser una de las más exigentes, debido a que los policías enfrentan situaciones críticas y trabajan en contextos que pueden generar fuertes emociones, atendiendo conjuntamente a que estos eventos conflictivos son inherentes al trabajo policial, lo que aumenta la posibilidad de afectación psíquica de estos trabajadores, fundamentan esta desconfianza en exponer sus emociones, ya que en los espacios por ellos habitados en su área laboral, no hay lugar para la expresión de las mismas.

Al mismo tiempo, atendiendo a la publicación del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior (2024), donde se señala una presencia significativa de la criminalidad en el país, se observa que esta situación demanda una mayor exigencia en el desempeño de los profesionales de la seguridad, abarcando aspectos de prevención, disuasión, persecución y represión de los diferentes hechos delictivos. Esta evolución de los crímenes, implica un esfuerzo físico y psicológico significativo, así como un desgaste general en las relaciones interpersonales.

Estos extremos, la constante exposición a eventos violentos, junto a la desconfianza de poder expresar su emocionalidad y la cultura policial (Corbo, 2014), condujeron a que en primera instancia fue primordial ganar la confianza de los participantes y presentar la técnica lo más específicamente posible.

Es de importancia explicitar que para poder empezar a desensibilizar un evento traumático, denominado blanco en EMDR, es necesario explorar los tipos de apego y también la posibilidad de disociación. Las personas que fueron parte de esta investigación, en todos los casos, tenían una historia vital compleja y habían transitado por eventos traumáticos de diversa índole desde su infancia.

El mecanismo disociativo era empleado regularmente por la mayoría, para poder soportar

las presiones ejercidas por la función policial y por sus situaciones o problemas personales, sin llegar en ningún caso a un trastorno disociativo, lo que hubiera impedido una intervención desde EMDR (sin un trabajo previo desde la psicotraumatología) y la participación en el presente estudio.

Exceptuando un único caso, donde existía un negocio familiar exitoso, todos presentaban niveles socioeconómicos muy complejos, lo que coadyubaba a las problemáticas familiares. La mayoría habían tenido varios vínculos sexo afectivos relevantes para ellos y tenían entre uno (1) y siete (7) hijos, algunos hasta tres (3) hijastros y en un caso un (1) nieto, factores muy importantes para conflictuar la dinámica familiar.

Por otra parte, las retenciones por pensiones alimenticias eran numerosas, lo que hacía aún más magros sus ingresos a pesar de realizar servicios por Art. 222 u otras actividades laborales para complementar el salario, otro elemento de conflictos recurrentes.

Es importante subrayar que ninguno de los policías tenía una jerarquía destacada, todos pertenecían a la tropa, que salvo excepciones, es esencialmente la primer respondedora en todo tipo de eventos, afrontando y enfrentando la fracción más violenta de la sociedad.

Todos los casos llegan a la Unidad de Estrés después de eventos críticos, vinculados a lo laboral, consultando generalmente por afectaciones físicas en la Emergencia del Hospital Policial, o por haber sido internados por violencia ejercida sobre sus cuerpos por la delincuencia. Las consultas iniciales en emergencia, referían a insomnio de conciliación y/o mantenimiento, irritabilidad, trastornos digestivos, problemas cardiovasculares, algias diversas o crisis ansiosas.

Los damnificados no identificaban a priori una afectación en su psique. Parafraseando a Violanti (2020) existía un consenso en cuanto a la peligrosidad física del trabajo que desempeñaban, pero no una percepción de la peligrosidad psicológica del trabajo. Este punto, junto al proceso de socialización para devenir policía, es decir, la formación policial y la cultura

organizacional, los conduce a desconocer y rechazar todo lo vinculado a lo psicológico, vivenciando la instancia de un proceso psicoterapéutico como innecesario y/o vergonzante.

Las características mencionadas, obraron en principio en contra de la intervención, a medida que se fue avanzando y ganando la confianza de los participantes, se pudo trabajar desde EMDR para desensibilizar el trauma y converger en vínculos interpersonales más saludables.

6.2.1 Grupalidad e individualidad

El análisis de la grupalidad permite advertir que, aunque los participantes compartían los criterios de inclusión del estudio —pertenecer a la escala básica policial, encontrarse en actividad en Montevideo y contar con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT)—, la muestra se configuró como un conjunto marcadamente heterogéneo. Esta heterogeneidad reproduce, en pequeña escala, la diversidad propia de la población policial uruguaya, tanto en sus trayectorias laborales como en sus condiciones familiares, económicas y subjetivas. En todos los casos, la elección de la carrera policial estuvo asociada principalmente a la estabilidad laboral y al acceso a un ingreso relativamente seguro, más que a una vocación explícita por la función. Esta modalidad de ingreso contribuyó a invisibilizar progresivamente los factores de riesgo físicos y psicológicos propios del trabajo policial, en tanto los participantes tendieron a naturalizarlos o minimizarlos como condición inherente al oficio.

Las trayectorias familiares también evidenciaron una importante complejidad. Las mujeres participantes eran madres de al menos cuatro hijos a cargo; en un caso, además, la participante era abuela antes de los cuarenta años y asumía responsabilidades de cuidado tanto respecto de sus hijos como de su nieto. En los varones, se observaron múltiples vínculos sexoafectivos a lo

largo de la vida, varios hijos —hasta siete en algunos casos— y relaciones filiales desiguales, con presencia de contacto sostenido con algunos hijos y distanciamiento respecto de otros. Estas configuraciones familiares se articularon con dificultades económicas persistentes, retenciones alimenticias, préstamos bancarios o cooperativos y formas diversas de convivencia, lo que incrementó la conflictividad intrafamiliar. En este sentido, resulta pertinente la noción amplia de familia propuesta por Valdivia Sánchez (2008), dado que los participantes identificaron a sus familiares desde criterios personales, afectivos y vinculares, más que desde una definición estrictamente jurídica o consanguínea.

Desde el punto de vista clínico y psicosocial, la exposición reiterada a situaciones de violencia extrema constituye un eje transversal de la muestra. En cuatro de los casos (57,14%) existía un conflicto intrafamiliar por consumo problemático que afectaba directamente a los participantes por la cercanía física y emocional. Todos los participantes (100%) presenciaron, intervinieron o no pudieron evitar acontecimientos violentos que derivaron en la muerte de otras personas, o bien fueron agredidos por ofensores de la ley. En un caso (14.28%), la persona fue tomada como rehén por personas privadas de libertad; en tres casos (42.85%), la vida del participante estuvo directamente en riesgo durante el evento que motivó la consulta; en otro (14.28%), la intervención ocurrió en un siniestro de tránsito que involucró a un familiar. Asimismo, cinco participantes (71.42%) refirieron haber perdido compañeros de trabajo por suicidio. Todos los casos (100%) niegan ideas de autoeliminación al momento de la intervención. Aunque se trata de un estudio cualitativo y, por tanto, los porcentajes no tienen pretensión de generalización estadística, su inclusión permite dimensionar la intensidad y diversidad de la exposición a eventos potencialmente traumáticos. Esta exposición contumaz interpela la relación entre trabajo policial, sufrimiento psíquico y vulnerabilidad física, emocional y relacional.

La literatura revisada permite comprender que la permanencia en tareas de alto riesgo suele sostenerse mediante mecanismos defensivos que dificultan la percepción consciente del peligro. En esta línea, Nussbold (2017) advierte que, si los trabajadores pudieran registrar plenamente ciertos riesgos, quizá no podrían continuar desempeñando sus tareas. En los casos analizados, esta lógica defensiva se manifestó en la tendencia a minimizar el impacto de la violencia vivida hasta que la sintomatología del TEPT interfirió de manera significativa con la posibilidad de trabajar. Así, la vulnerabilidad psicológica no fue advertida por los propios participantes en el momento de la exposición, sino retrospectivamente, cuando el sufrimiento se expresó en alteraciones del sueño, hipervigilancia, irritabilidad, retraimiento, anhedonia, angustia o dificultades vinculares.

A pesar de los elementos comunes, las trayectorias individuales resultaron determinantes para comprender la evolución clínica y las decisiones posteriores de retiro, reintegro o reconversión laboral. Todos los participantes otorgaban un valor significativo a su trabajo, incluso cuando este aparecía asociado al sufrimiento psíquico. En varios casos, la posibilidad de imaginar una reconversión laboral fue inicialmente vivida como amenaza identitaria. No obstante, los desenlaces fueron diversos: dos participantes se jubilaron por vía común, uno fue retirado por incapacidad para el ejercicio del cargo según su grado y función, otro solicitó la baja sin más trámite y dos se reintegraron a sus tareas habituales. El 28,57% de los casos retornaron a la función policial, lo que permite observar que la recuperación sintomática no necesariamente equivale a la restitución del proyecto laboral previo.

No se identificaron diferencias significativas atribuibles al género ni a los años de servicio. Mujeres y varones presentaron problemáticas similares en relación con la exposición a violencia, las dificultades económicas, la parentalidad, los conflictos familiares y la sintomatología asociada al TEPT. Sin embargo, las condiciones singulares de cada historia —tipo de evento disruptivo,

recursos subjetivos, composición familiar, redes de sostén, situación económica y reconocimiento institucional— incidieron en la forma en que cada participante tramitó el sufrimiento y proyectó su continuidad laboral. De este modo, el grupo converge en dificultades socioeconómicas, diagnóstico de TEPT, existencia de vínculos sexoafectivos significativos y ejercicio de la maternidad o paternidad; pero diverge en los modos de afrontamiento, en la calidad de los vínculos y en los recursos disponibles para reparar o reorganizar la vida cotidiana.

El análisis transversal de los casos permitió integrar estas particularidades en una lectura comparativa orientada a identificar patrones comunes, regularidades discursivas y variaciones significativas entre las experiencias de los siete funcionarios. Luego del análisis clínico individual de cada caso, las unidades de significado fueron organizadas en torno a cuatro categorías principales: vínculos afectivos, colaboración familiar, comunicación y violencia. Esta matriz intercasos permitió observar configuraciones complejas en la estructura vincular, en los mecanismos de afrontamiento socioeconómico, en los patrones comunicacionales y en las manifestaciones de violencia intra e intergeneracional.

En la dimensión de vínculos afectivos, los casos muestran composiciones familiares diversas, con predominio de estructuras ensambladas, vínculos filiales complejos y lazos atravesados por distancias afectivas, secretos familiares o responsabilidades de cuidado. En la dimensión de colaboración familiar, se advierte que las tensiones económicas inciden directamente en el sufrimiento psíquico y en la organización cotidiana de los hogares. Las retenciones alimenticias, las deudas y los ingresos insuficientes limitaron la autonomía y acrecentaron la conflictividad. En cuanto a la comunicación, los discursos oscilaron entre la rigidez, la inhibición del habla, el silencio defensivo y la emergencia gradual de formas más asertivas de diálogo en el curso de la intervención. Finalmente, la categoría violencia permitió distinguir tanto antecedentes de violencia ejercida o reactiva como historias de violencia

padecida, negligencia o trauma temprano, elementos que complejizaron la comprensión del sufrimiento actual.

La comparación transversal se orientó por dos criterios analíticos complementarios. Por un lado, la literalidad de la réplica permitió agrupar patrones de convergencia, tales como los bloqueos comunicativos, la dificultad para compartir experiencias laborales con la familia, la presencia de historias de violencia o negligencia durante la infancia y la recurrencia de tensiones económicas. Por otro lado, la réplica teórica permitió analizar las divergencias entre los casos, considerando variables como la estructura familiar, la existencia de retenciones judiciales, el tipo de evento traumático, la presencia o ausencia de redes de sostén y las posibilidades de reconversión laboral. Esta estrategia permitió evitar una lectura homogénea del grupo y sostener, al mismo tiempo, una comprensión situada de las diferencias individuales.

La integración multimétodo articuló la información cualitativa emergente de las entrevistas con los indicadores clínicos y psicométricos utilizados en la investigación. Por una parte, las narrativas sobre cohesión, conflicto y apoyo familiar fueron contrastadas con los resultados obtenidos en la Escala de Clima Social Familiar (FES), particularmente en la dimensión de relaciones interpersonales. Por otra, la evolución clínica fue examinada a partir de las métricas internas del EMDR, considerando la reducción de las Unidades Subjetivas de Perturbación (SUD) y el incremento de la Validez de la Cognición Positiva (VOC) como indicadores de procesamiento adaptativo. En la población estudiada, se asumieron valores ecológicos de SUD iguales o inferiores a 1 y VOC iguales o superiores a 6, atendiendo a la exposición persistente a riesgos ocupacionales propios de la función policial.

El criterio de saturación transversal se alcanzó cuando la incorporación de nuevos fragmentos discursivos dejó de aportar propiedades sustantivamente novedosas a las dimensiones de deterioro o reparación relacional previamente establecidas. En este punto, las

categorías analíticas resultaron suficientes para comprender el fenómeno investigado, sin necesidad de incorporar nuevas dimensiones. Así, las conclusiones no se apoyan en particularidades aisladas, sino en una comprensión robusta y fundada del sufrimiento psíquico, la exposición traumática y las transformaciones vinculares observadas en el colectivo policial estudiado.

6.3 Revisión de la literatura

Lo encontrado en la literatura revisada respecto a la autopercepción, el reconocimiento, la violencia legítima aplicada, la violencia institucional y social padecida, el sufrimiento psíquico que les infringe la propia labor policial y la dificultad en los vínculos intrafamiliares, coincide con lo expuesto por los policías en su cotidianeidad.

Además, “las familias se acostumbran a las repercusiones de los riesgos, a la hipervigilancia y terminan sufriendo, incluso más que ellos mismos” (Soares et al., 2020), lo que conduce a conflictos que muchas veces se vuelven irresolubles, los funcionarios policiales no se relajan ni siquiera en sus casas, donde, por otra parte, están poco tiempo debido a las extensas jornadas laborales, siendo ese tiempo además de poca calidad.

Esto dificulta las relaciones de pareja, generando desconfianza y entorpeciendo la comunicación. También los hijos sufren la ausencia y la presencia. Cuando la madre o el padre policía no están los extrañan y cuando están, muchas veces atemorizan, porque están hipervigilantes, enojados o cansados.

Hay una notable coherencia entre las fuentes académicas y las experiencias del personal policial sobre los patógenos que resultan los factores de estrés que enfrentan a diario: prevenir, disuadir y reprimir delitos violentos y observar repetidamente los detalles repugnantes de muchos

de ellos. Los trabajadores policiales desarrollan un saber de oficio (Guerrero et al., 2017) que los ayuda a desplegar estrategias que les permiten soportar el sufrimiento para poder seguir trabajando. Es por ello que enferman y es por la misma razón que generalmente no consultan, pasan mucho tiempo, a veces años, ignorando sus padecimientos físicos y emocionales.

Esta dinámica produce lo que Dejours et al., (1998) denominarán la normalidad sufriente en el trabajo, aludiendo a la inestable solución de sostener el equilibrio entre el sufrimiento y las defensas utilizadas para soportarlo. Esto es, el maltrato recibido a diario por la institución, por superiores, ofensores o incluso personas que solicitan la ayuda de la policía, tener que estar siempre emocionalmente equilibrado para no sobresaltarse con las personas, ser amable, diligente y a la vez agresivo, eficaz y eficiente cuando hay que reprimir. Este desdoblamiento ejercido a diario, conlleva un desgaste emocional muy difícil de mensurar y dificultoso de identificar para el propio funcionario.

Además del saber de oficio y de que se normalice el sufrimiento como parte de la actividad laboral, la consulta habitualmente tardía, tiene que ver con la estigmatización que tiene la salud mental en la cultura organizacional de la policía. El funcionario que es certificado por estrés, es cualificado por sus compañeros como que “dio parte de loco”, haciendo alusión al parte médico psiquiátrico. Los propios afectados expresan haber “terminado en manos de psicólogo y psiquiatra” como algo que creyeron que nunca les pasaría, que no era real, que era de flojos y que es de las cosas más vergonzantes dentro de su trabajo. Es necesario iniciar cada intervención con mucha psicoeducación para poder ejercer una práctica profesional exitosa.

Por otro lado, el trabajo y el sufrimiento psicológico reflejan aspectos de la historia del colectivo (Alves, 2020). La cultura organizacional, la formación, las contradicciones, la trayectoria individual y los diversos eventos críticos dentro de la carrera funcional de cada policía, hacen que el concepto de trabajo tenga una influencia significativa en todos, aunque con diferentes matices

para cada individuo. Por tanto, significado y significante difieren de unos a otros, al igual que la afectación que tiene sobre cada uno, aunque desarrollen la misma labor.

Otro elemento importante es el reconocimiento, que en el caso de los policías, la falta de este contribuye al sufrimiento psíquico, ya que no se cumple la teoría de la intersubjetividad en clave de reconocimiento mutuo, como propone Axel Honneth (1997). No se sienten reconocidos por la sociedad, por la institución, por sus superiores, ni por sus pares, lo que los lleva a una vivencia de soledad e invisibilidad como seres individuales y únicos, sienten que son un número en una gran planilla de funcionarios sin nombre, ni identidad.

Entonces, el sufrimiento psíquico se puede entender desde una perspectiva bio-psico-social, con factores intrapsíquicos e intersubjetivos únicos en cada persona. Si bien hay un hilo conductor de este sufrimiento vinculado a la profesión de policía, cada individuo lo gestiona con sus propios mecanismos de defensa y enfrenta las consecuencias del policiamiento de manera distinta, con mayor o menor éxito.

6.4 Experiencia clínica

Esta investigación se origina a partir de una observación detallada de las dificultades que enfrentan los policías a lo largo de su carrera funcional. Además, se basa en la propia experiencia profesional de la investigadora y en el interés por identificar enfoques posibles y viables para la institución, con el fin de proporcionar recursos efectivos y eficientes que aborden las problemáticas planteadas.

En el ejercicio libre de la profesión y trabajando con la sociedad civil, se observan estresores de diversas índoles que afectan la salud mental de las personas. No obstante, en

ninguna de las profesiones desempeñadas por los consultantes a lo largo de muchos años de intervenciones se ha encontrado una que aporte más estresores que la profesión policial.

En el contexto de la práctica profesional dentro de la institución policial, se ha identificado que las características específicas del servicio policial contribuyen a la existencia de factores patogénicos para la salud mental. Estos factores incluyen eventos traumáticos repetidos, estrés laboral crónico, problemas organizacionales y conflictos familiares.

Dentro de los eventos traumáticos, destacamos la exposición a situaciones violentas o peligrosas, como incidentes con armas de fuego, muerte o suicidio de compañeros de trabajo, enfrentamientos con ofensores de la ley, asistencia o cuidado de víctimas, manipulación de cuerpos fenecidos, la carga de trabajo excesiva, los horarios irregulares, la falta de apoyo intrainstitucional y social, la exposición cotidiana a la violencia legítima ejercida y la exposición a la violencia ilegítima padecida.

En los problemas organizacionales se identifican como factores patogénicos la falta de recursos, la mala comunicación, la falta de reconocimiento, la discriminación y la falta de apoyo por parte de los superiores.

En relación con los conflictos familiares, las dificultades en las relaciones personales, como problemas de pareja o familiares, pueden verse exacerbadas por el estrés laboral y la dificultad para desconectar del trabajo. Al mismo tiempo, la preocupación excesiva, la inquietud y la dificultad para comunicarse asertivamente con su entorno más íntimo, son comunes en los funcionarios policiales.

Los factores patogénicos mencionados no pretenden ser una lista taxativa de los mismos, ya que hay un sinnúmero de situaciones diarias que impactan en la salud mental del policía, y son un espacio feraz para el desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión, fatiga emocional, agotamiento profesional (burnout) y trastorno por estrés pos traumático, entre otros.

Por lo expuesto, la experiencia clínica de la investigadora resuena con el estado del arte y su recorrido la impele a profundizar en las experiencias adversas y la sintomatología que presenta esta población en particular. Al mismo tiempo, pretende documentar que intervenciones que incluyan el método EMDR, al igual que en otros países, en poblaciones similares, aceleran el arribo a la reparación del daño psíquico y la reconstrucción de vínculos afectivos.

En este sentido, el arribo a la reparación del daño psíquico y a la reconstrucción de los vínculos afectivos no puede ser entendido como un desenlace lineal, homogéneo ni exclusivamente intrapsíquico. Antes bien, se configura como un proceso situado, gradual y relacional, en el que la elaboración del sufrimiento traumático habilita nuevas posibilidades de simbolización, comunicación y presencia subjetiva ante los otros significativos. Esta articulación permite desplazar el eje del análisis desde la sola remisión sintomática hacia una comprensión más amplia de las transformaciones subjetivas, familiares y vinculares producidas durante el proceso terapéutico. Desde esta perspectiva, la intervención adquiere una doble implicación clínico-investigativa en el marco de una investigación cualitativa: por un lado, constituye un dispositivo clínico orientado al cuidado, la elaboración y la reparación de los participantes; por otro, produce conocimiento situado a partir de sus narrativas, permitiendo comprender cómo se configuran, deterioran y eventualmente se reorganizan los vínculos afectivos en contextos de exposición ocupacional traumática.

En la investigación cualitativa en psicología clínica y psicotraumatología, la convergencia entre los roles de terapeuta e investigadora exige una vigilancia ética y epistemológica explícita. Esta doble implicación no constituye, por sí misma, un sesgo invalidante; puede operar como recurso analítico cuando se documentan la reflexividad, la posición de la investigadora y los procedimientos de control de la interpretación (Geddis-Regan et al., 2021; Lincoln & Guba, 1985).

Encuadre epistemológico: el estudio del sufrimiento psíquico en funcionarios policiales de la escala básica requiere un abordaje capaz de comprender la experiencia subjetiva en su contexto institucional, familiar y clínico. En este marco, la producción de datos se inscribe en el dispositivo terapéutico y en la relación intersubjetiva que lo sostiene, lo que demanda reconocer la influencia de la transferencia, la contratransferencia y la posición profesional de quien investiga.

Desde una perspectiva cualitativa, el conocimiento se produce de manera situada y relacional. Por ello, las entrevistas clínicas y las notas de campo permiten acceder a significados, narrativas de sufrimiento y procesos de cambio que difícilmente emergerían mediante instrumentos externos o descontextualizados. La validez del material depende de su coherencia analítica, de la descripción densa del contexto y de la trazabilidad de las decisiones interpretativas (Lincoln & Guba, 1985; Olmos-Vega et al., 2023).

Tensiones ético-metodológicas y controles: la doble implicación requiere resguardos específicos para proteger la autonomía de los participantes, reducir riesgos de coerción y fortalecer la credibilidad del análisis.

Consentimiento y autonomía: en contextos institucionales jerárquicos, la participación debe ser voluntaria, informada y separada del acceso a la atención clínica, de acuerdo con los principios de autonomía, confidencialidad y protección frente a relaciones de poder (American Psychological Association, 2017).

Reflexividad y control interpretativo: el riesgo central es la confirmación acrítica de hipótesis clínicas previas; por ello, el análisis debe incorporar registro reflexivo, triangulación de fuentes, revisión sistemática de categorías y contraste con indicadores clínicos como SUD y VOC en EMDR (Nowell et al., 2017; Shapiro, 2018).

Asumida con resguardos éticos y metodológicos, la doble implicación puede aportar profundidad clínica y pertinencia ecológica al estudio. Su valor científico depende de explicitar la

posición de la investigadora, resguardar la autonomía de los participantes y sostener procedimientos verificables de triangulación, reflexividad y control de sesgos. De este modo, la investigación articula comprensión subjetiva, rigor cualitativo y responsabilidad ética en el análisis del sufrimiento psíquico del personal policial.

6.5 Discusión

La psicodinámica del trabajo desarrollada por Dejours (2011) es una perspectiva centrada en entender la relación entre el trabajo y la salud mental de los individuos. Plantea que el trabajo tiene una dimensión subjetiva y psicológica. Él señala que el trabajo es una fuente importante de identidad, autorrealización y satisfacción personal, pero también puede causar tensiones, conflictos y sufrimiento psicológico.

La psicodinámica del trabajo se fundamenta en la premisa de que tanto las organizaciones como el entorno laboral tienen una influencia determinante en la salud mental de los trabajadores. Dejours (2011) postula que las condiciones laborales, las interacciones entre colegas y la estructura organizativa pueden inducir distintas formas de malestar psicológico, entre las que se incluyen el estrés y el agotamiento emocional.

Es Dejours (2011) quien acuña el concepto de "sufrimiento en el trabajo". Asevera que este sufrimiento surge cuando hay tensiones entre las demandas del trabajo y las capacidades y necesidades de los trabajadores. Estas tensiones pueden deberse a la intensificación del trabajo, la falta de autonomía, la inseguridad laboral, los conflictos interpersonales o la falta de reconocimiento.

Los hallazgos de este estudio son congruentes con la perspectiva de Dejours, en la medida en que el sufrimiento laboral se comprende como una experiencia subjetiva e individual. El

sufrimiento psíquico soportado por la población policial, parece responder a las características organizacionales, al tipo de tareas, a las extensas jornadas laborales, a la falta de reconocimiento, agregándose en esta población la exposición reiterada a la violencia. A su vez, cada sujeto despliega su subjetividad en el intercambio social, donde es parte, instituido e instituyente. Es en este lugar de reciprocidad donde se despliegan los entres, que se da la ligazón (lo que sucede en la relación entre los sujetos) que nombramos vínculo y que es parte importantísima en la construcción de subjetividad. Otro elemento muy significativo y salutogénico es el reconocimiento, que cuando no está presente horada la auto percepción y coopera con el pathos.

Esta compleja red de factores, donde se entrelazan las dimensiones personales, laborales y organizacionales, configura un escenario fértil para la evolución de problemáticas que afectan tanto la salud mental como la calidad de vida de quienes se desempeñan en la fuerza policial. Las exigencias de la función, combinadas con la falta de espacios de contención y la escasa valoración social de la tarea, intensifican el desgaste emocional, y sitúan al individuo en una constante negociación entre el deber y el bienestar propio.

La necesidad de generar mayores ingresos para solventar los endeudamientos, los lleva a emplearse hasta en dos lugares más, además de la policía. Esto conduce a jornadas muy largas, de 16, 18 y hasta 20 horas, lo que inevitablemente conduce a la privación de descanso reparador, tiempos de disfrute y espacios saludables para compartir con familia o amigos. Ocupar sus tiempos de esta forma los priva de la posibilidad de adquirir otros conocimientos, de crecer como individuos en otras áreas y de visibilizar posibilidades laborales fuera de la institución policial.

Esta dinámica, marcada por la sobrecarga laboral y la ausencia de espacios personales, repercute de manera profunda en la construcción de la identidad y el bienestar emocional del personal policial. La imposibilidad de encontrar momentos para el descanso y el desarrollo fuera

del ámbito profesional limita la capacidad de las personas para adaptarse y afrontar los desafíos cotidianos, generando una vulnerabilidad que se suma a la ya existente por las características propias de la función. Así, la rutina extenuante y la falta de alternativas para el crecimiento individual consolidan el aislamiento y la percepción de que la vida transcurre únicamente dentro de los márgenes institucionales, dificultando la integración plena a la sociedad y el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas.

Estos factores, junto con otros elementos previamente señalados, son elementos patógenos que contribuyen al deterioro de la salud mental. Esta situación produce un círculo vicioso donde la sobre exigencia física y mental se transforma en una constante, agravando el malestar psíquico. La acumulación de cansancio, la falta de espacios de contención y la imposibilidad de encontrar equilibrio entre vida laboral y personal, erosionan la salud emocional. El aislamiento progresivo del resto de la sociedad, la sensación de agotamiento y la escasa proyección de futuro fuera del ámbito policial son factores que profundizan el sufrimiento, dejando a quienes integran la institución en una situación de vulnerabilidad.

En su artículo "Sobre la policía: una cuestión de supervivencia psicológica" (2020), Violanti aborda la dualidad entre la visibilidad del peligro físico inherente al trabajo policial y la invisibilidad de los riesgos psicológicos asociados a esta profesión. Además, Jetelina (2020) discute la prevalencia de enfermedades mentales en una muestra de oficiales de policía y las razones por las cuales no buscan ayuda profesional. Los oficiales indicaron que es improbable que soliciten atención de salud mental debido a la falta de confidencialidad, el estigma, el riesgo de pérdida del empleo y la desconfianza hacia los profesionales de salud mental, que no comprenden la naturaleza del trabajo policial.

El planteo de Jetelina se corresponde con parte de las razones esgrimidas por los funcionarios policiales para no solicitar asistencia en salud mental. Esta resistencia a buscar

ayuda no solo responde al temor al estigma o a la posible repercusión laboral, sino que también está anclada en la experiencia cotidiana de sentirse incomprendidos por quienes no comparten la realidad policial. Se observa, en consecuencia, que la cultura institucional tiende a reforzar comportamientos de autocuidado limitados y a naturalizar el malestar, debilitando la posibilidad de intervención preventiva. Así, mientras la presión por mantener una imagen de fortaleza se consolida como valor central, la vulnerabilidad y el sufrimiento quedan relegados al ámbito privado, sin encontrar eco en instancias de apoyo formal ni informal. Esta situación perpetúa una distancia emocional respecto de la sociedad y acentúa la tendencia al aislamiento, configurando un escenario en el que los riesgos psicosociales se profundizan y la emergencia de trastornos mentales resulta aún más probable.

Violanti también alude a uno de los primeros estudios sobre la salud mental policial, que fue un análisis del suicidio policial en Nueva York durante la década de 1930. El estudio indicó que, aunque la policía posee una "licencia social" para comportamientos agresivos, esta autorización está limitada debido al compromiso con la confianza pública. Esta restricción impone una significativa tensión psicológica sobre los agentes y podría reflejar de manera similar la realidad actual de la policía.

Lo planteado por Violanti, está en consonancia con lo encontrado en esta exploración, al funcionario policial se le demandan donaciones interpersonales más allá de su capacidad personal, para proporcionarlas a los demás, lo que provoca una sensación de agotamiento mental, este estrés experimentado por los policías, a menudo provoca que se sientan aislados de los demás. En este sentido, resulta ineludible reflexionar sobre cómo el entramado institucional y social moldea la vivencia cotidiana del personal policial, profundizando la brecha entre las demandas externas y los recursos internos para afrontarlas. El silencio impuesto por la cultura

organizacional y la perpetuación de prácticas que priorizan la fortaleza y la autosuficiencia, dificultan la emergencia de espacios genuinos de escucha y acompañamiento.

Además, el proceso de socialización necesario para convertirse en policía está asociado con un razonamiento restrictivo, que tiende a percibir el mundo en términos absolutos de correcto o incorrecto, sin considerar un término medio que permita alternativas para manejar la angustia mental, lo que les obtura posibilidades de gestionar saludablemente las emociones para evitar enfermar. De este modo, se observa que la propia lógica institucional orienta comportamientos y actitudes que, lejos de favorecer la apertura o el autocuidado, consolidan aún más la resistencia a manifestar vulnerabilidades dentro del colectivo policial. Esta dinámica añade una capa adicional de dificultad para aquellas personas que, aun identificando sus malestares, encuentran escaso eco o contención en los espacios formales e informales de la organización. La carencia de recursos para abordar el sufrimiento psíquico no solo perpetúa el aislamiento, sino que disminuye la posibilidad de intervención temprana, alimentando la silenciosa cronificación del malestar.

Concomitantemente, se presentan los problemas socio-económicos, que aumentan las dificultades para dicha gestión y colaboran con la enfermedad. Las dificultades económicas y sociales actúan como un factor agravante en la experiencia cotidiana del personal policial, intensificando la presión sobre quienes ya enfrentan una labor signada por el desgaste emocional y el aislamiento. Esta conjunción de factores no solo complejiza la vivencia subjetiva, sino que también obstaculiza la construcción de estrategias de afrontamiento efectivas y sostenibles.

Por otra parte, también coincide este estudio con Violanti, en cuanto a que los policías tienen renuencia a solicitar atención, debido a que están inmersos en una cultura organizacional que estigmatiza la salud mental, la organización en sí misma es una fuente significativa de estrés, siendo una barrera importante para la atención precoz u oportuna.

Otro factor trascendente en la construcción de subjetividad es el reconocimiento, a la luz de lo planteado por Honneth (1997), que destaca la importancia del reconocimiento mutuo, tanto de pares como de superiores y de la sociedad en general, este estudio se corresponde con lo por él planteado, en cuanto que los funcionarios policiales al no sentirse reconocidos, se perciben invisibles para la organización y para la sociedad en su conjunto.

La dificultad para comprender e intervenir en el campo de las vulneraciones psicosociales con personal policial, plantea desafíos e interrogantes.

Por una parte, hay un desconocimiento en general de las implicancias de la tarea del policiamiento. Al mismo tiempo no hay un reconocimiento del valor de la función, no es una profesión anhelada por la mayoría de los jóvenes en Uruguay, es más una salida laboral que brinda seguridad en cuanto al mantenimiento del empleo, sin tasar los riesgos a los que se exponen.

Al mismo tiempo, aunque los riesgos físicos pueden ser fácilmente reconocibles debido a que diariamente se expone su integridad, los riesgos psicosociales en general, y el daño psíquico en particular, no son evidentes para la mayoría de la población, tampoco para muchos de los profesionales de salud mental. Las presiones ejercidas por los estresores específicos de su trabajo pueden llevar a consecuencias somáticas y vinculares significativas.

Entonces, la discusión debería centrarse en conocer en profundidad las características de esta población y de la tarea que realizan, para comprender mejor y propender a la prevención, promoción y recuperación de su salud mental.

Al mismo tiempo, viendo que el trauma psíquico, puntualmente el TEPT, es recurrente en estos sujetos, se debe debatir si es necesaria la formación permanente de los profesionales de salud mental, específicamente en Psicotraumatología y en EMDR, ya que estudios anteriores como el de Biggs et al. en Reino Unido (2021), el de Gonçalves Boggio, (2017) en Montevideo,

junto a las investigaciones de Francine Shapiro desde 1987 en Estados Unidos de América, han demostrado que es una intervención efectiva en casos de trauma y trauma complejo.

6.6 Preguntas

¿Es posible generar interés académico en esta población en particular?

¿Es viable promover formación específica en Psicotraumatología y EMDR?

¿Existen modelos de intervención más eficaces?

Capítulo 7. En suma

7.1 Conclusiones

Los y las policías ejecutivos de Uruguay enfrentan riesgos físicos y psicológicos constantes, lo cual contribuye a un daño psíquico y al deterioro de sus vínculos personales. Estos riesgos, generalmente no son identificados ni por los propios policías, ni por la población en general, ni por los profesionales de la salud, lo que obstaculiza la promoción y prevención de su salud mental. Como consecuencia, a lo largo de su carrera funcional, se evidencia un deterioro psicológico y somático, vinculado al tipo de tarea. En este punto emerge la necesidad de profundizar en el análisis de las condiciones estructurales y contextuales que inciden directamente sobre la salud mental, abriendo el debate acerca de la corresponsabilidad social e institucional en la prevención y atención de estas problemáticas.

Aunque existen esfuerzos meritorios por parte de la institución policial para subsanar estas dificultades, dichos esfuerzos resultan insuficientes para atender a toda la población policial que necesita apoyo. Así, se torna indispensable repensar las estrategias de intervención y cuidado, promoviendo ámbitos donde las experiencias emocionales sean validadas y la vulnerabilidad pueda ser reconocida sin temor a represalias ni estigmatizaciones. Solo de esta manera será posible avanzar en la construcción de una salud mental colectiva más sólida, que considere la complejidad del quehacer policial y permita abrir caminos hacia una mayor integración y bienestar.

En suma, se requiere de una discusión que involucre un diálogo social y un diálogo intra e interinstitucional, que visibilice las dificultades que afrontan estos sujetos y una formación en salud mental, específica para el abordaje de sus problemáticas. Puntualmente, se necesita formación en psicotraumatología y en EMDR para abordar con rapidez, eficiencia, eficacia y bajo costo los diversos traumas que aquejan al funcionariado policial.

7.2 Limitaciones del estudio y nuevas interrogantes

El presente estudio al ser preexperimental, exploratorio y de carácter cualitativo, tiene la fortaleza de ser observacional y descriptivo, lo que hace es identificar y caracterizar un problema. En esta línea, resulta imprescindible subrayar que la investigación aporta un enfoque integrador, permitiendo comprender la complejidad del fenómeno en su contexto real y favoreciendo la identificación de factores que inciden en la salud mental de los y las policías.

La exploración inicial apuntaba a los policías con diagnóstico de TEPT, al deterioro de los vínculos intrafamiliares y a la búsqueda de reparación del daño mediante el método EMDR. A

medida que la investigación fue avanzando, se fueron desplegando las diferentes subjetividades, incluida la de la investigadora y si bien se siguió el hilo conductor correspondiente a una investigación científica, identificando e interpretando las diferentes categorías de análisis, atendiendo a las escalas internas de EMDR y a la Escala de Clima Familiar para arribar a los resultados obtenidos, se desplegaron una serie de fenómenos imposibles de ignorar.

La mirada holística utilizada en el análisis permite visibilizar no solo las consecuencias psicológicas y vinculares de la labor policial, sino también la interacción de elementos estructurales, institucionales y personales que configuran la experiencia cotidiana de quienes integran las fuerzas del orden. Este abordaje invita a la reflexión crítica sobre las estrategias vigentes, alentando el diseño de propuestas innovadoras que incluyan el fortalecimiento de redes de apoyo, la capacitación continua y la promoción de políticas públicas orientadas a la protección del bienestar integral de este colectivo.

Al mismo tiempo tiene la debilidad de no poder ser generalizable. Si bien la validez interna está dada por la rigurosidad en la aplicación de las herramientas metodológicas y la coherencia en la justificación de la investigación, no tiene validez externa, no es aplicable a medidas de salud pública o a resoluciones clínicas. Sin embargo, puede aportar a los agentes de salud que deben intervenir con damnificados que desarrollen tareas parecidas, como pueden ser emergencistas, rescatistas o salvavidas, una comprensión más completa y la posibilidad de intervenciones económicas en tiempo, por lo tanto en costos, a la vez que son eficientes y permiten el rápido retorno a la vida laboral y social.

Futuros estudios de casos y controles, o de cohorte arrojarían más claridad a lo expuesto. Resulta primordial fomentar líneas de investigación que profundicen en el impacto de las intervenciones psicológicas breves y específicas, así como en la identificación de factores protectores que potencien la resiliencia del funcionariado policial ante la exposición crónica a

situaciones traumáticas. Además, es imperativo articular redes de colaboración entre universidades, instituciones policiales y organizaciones de salud para el diseño de protocolos de atención y acompañamiento que puedan ser adaptados y evaluados en distintos contextos. Solo mediante un trabajo interdisciplinario y sostenido será posible generar respuestas innovadoras que trasciendan la intervención individual y contribuyan a transformar las condiciones estructurales que perpetúan el malestar psíquico en quienes ejercen funciones de seguridad pública.

7.3 Resultados Esperados

En relación con el objetivo general, se exploraron las transformaciones percibidas vinculadas a la intervención psicoterapéutica y con EMDR en la mejora de la salud mental y la reparación de los vínculos intrafamiliares, de policías montevideanos en actividad, diagnosticados con TEPT. En todos los casos, remitió total o parcialmente la sintomatología asociada a este trastorno y hubo una mejora o reparación en los vínculos intrafamiliares. La desensibilización de los eventos traumáticos se midió con las escalas internas de EMDR, la remisión de la sintomatología fue expresada por los participantes y la medición de los vínculos se hizo mediante la escala de Clima Familiar al inicio de la intervención y el relato de la evolución de estos, hecho por los participantes.

A partir de estos hallazgos, se asocia la importancia de promover una cultura institucional que facilite el acceso a recursos terapéuticos. Además, se relaciona con la necesidad de fortalecer la sensibilización y capacitación de personas dedicadas a la salud en el ámbito policial, favoreciendo intervenciones oportunas y contextualizadas. La experiencia recogida, subraya la importancia de la formación de los profesionales de la salud mental en psicotraumatología y

resalta la importancia de la inclusión en el proceso psicoterapéutico de metodologías breves y focalizadas, como el EMDR, por su potencialidad para impactar de manera positiva en la vida de quienes desempeñan tareas de alto riesgo, abriendo camino hacia modelos de atención que prioricen la salud integral y el bienestar relacional como eje transversal en la función policial.

En relación con los objetivos específicos, se pudo explorar la relación entre sufrimiento psíquico y el deterioro de vínculos intrafamiliares en policías con diagnóstico de TEPT. Asimismo se logró implementar una intervención psicoterapéutica y la aplicación del método EMDR y además se consiguió identificar modificaciones de las experiencias subjetivas, luego de la intervención psicoterapéutica y el EMDR respecto a la mejora de la salud mental y la reparación de los vínculos intrafamiliares.

Tomando en cuenta lo expuesto, se vislumbra la necesidad de consolidar marcos colaborativos que permitan articular esfuerzos entre diversos actores, propiciando así el desarrollo de estrategias efectivas para el abordaje del sufrimiento psíquico y el fortalecimiento de los lazos familiares en el funcionariado policial. Este enfoque interdisciplinario, sumado a la promoción de espacios de formación continua y de investigación aplicada, contribuye a la generación de propuestas que responden a los desafíos específicos de quienes se desempeñan en contextos de alta exposición al trauma. Solo a través de la construcción colectiva de conocimientos y el intercambio sistemático entre profesionales y entidades especializadas será posible avanzar hacia prácticas de intervención más eficaces y sostenibles, dando sentido a la transformación de los modelos de atención y al impulso de políticas públicas que favorezcan el bienestar integral y la calidad de vida en el ámbito policial.

En cuanto a la implicancia clínica, se plantea colaborar con la desensibilización y el reprocesamiento de los hechos traumáticos que cohíban la vinculación saludable, contribuyendo

así a la salud mental y la resolución de problemas vinculares intrafamiliares, de policías ejecutivos de Montevideo diagnosticados con TEPT.

Asimismo, es fundamental considerar la perspectiva preventiva en el abordaje de la salud mental dentro de la función policial, integrando prácticas de acompañamiento psicológico y fortaleciendo los mecanismos de detección temprana de factores de riesgo. En este sentido, el impulso de programas que contemplen la formación continua, el intercambio interdisciplinario y la generación de protocolos de atención adaptados a las realidades locales, resulta clave para potenciar el bienestar del personal policial y asegurar una respuesta integral frente a los desafíos que plantea el ejercicio cotidiano de la seguridad pública.

En cuanto a la relevancia social, se espera que la investigación beneficie a las profesiones que trabajan con traumas y con familias: psicología, psiquiatría, psicomotricidad, trabajo social, etc., especialmente con la familia policial, pero no sólo con ella sino con todos los trabajos que plantean riesgo y entrega a un nivel que pueda coadyuvar a la patologización de los trabajadores.

De igual forma, es relevante reflexionar sobre la importancia de adaptar los modelos de intervención a las particularidades de cada colectivo y contexto, promoviendo no solo soluciones terapéuticas, sino también estrategias de acompañamiento social y familiar que potencien los recursos internos de las personas y favorezcan procesos de recuperación sostenibles. Así, se torna fundamental el desarrollo de dispositivos flexibles, que respondan de manera dinámica a las demandas emergentes y contemplen la diversidad de trayectorias presentes en el ámbito policial y en cualquier otro espacio laboral donde los trabajadores enfrenten eventos traumáticos en forma recurrente, como pueden ser emergencistas o rescatistas, propiciando entornos de mayor equidad y contención.

En relación con los resultados académicos se buscó conocer mejor la relación entre el sufrimiento psíquico y el deterioro de los vínculos intrafamiliares. También identificar cambios en

la salud mental y la calidad de los vínculos de los participantes, una vez realizado un breve proceso psicoterapéutico y sido tratados con el método EMDR.

Por otra parte, resulta esencial seguir profundizando en la evaluación de los factores contextuales que influyen en la aparición y evolución del malestar psíquico en el personal policial, considerando tanto las dinámicas laborales como las características del entorno sociofamiliar. La puesta en marcha de investigaciones que incorporen metodologías participativas y dispositivos de escucha activa podría enriquecer la comprensión de las experiencias individuales y colectivas, facilitando el diseño de estrategias más ajustadas a las realidades concretas de quienes componen las fuerzas de seguridad. La integración de perspectivas interdisciplinarias y el impulso a la formación continua permiten no solo optimizar los procesos de acompañamiento y recuperación, sino también consolidar entornos laborales orientados a la prevención, la contención y el desarrollo de habilidades resilientes.

Es de relevancia, destacar la importancia de la prevención y el apoyo, consideramos fundamental que las fuerzas del orden reciban sostén para prevenir y tratar los problemas de salud mental. Esto puede incluir programas de capacitación sobre gestión del estrés, talleres que aborden temáticas relevantes como por ejemplo, la resolución no violenta de conflictos, apoyo psicológico individual y grupal, así como la creación de entornos laborales más saludables y seguros.¹³

Abordar de manera proactiva los desafíos inherentes a la labor policial permite construir una cultura institucional sustentada en el respeto, la empatía y el reconocimiento, preparando el

¹³ La Unidad de Estrés del Hospital Policial trabaja hace años en la formación de “Consejeros de pares”, que son policías, fundamentalmente de la escala básica, entrenados para detectar signos y síntomas de estrés laboral, contribuyendo proactivamente a que sus pares concurren a recibir atención en salud mental. Se trabaja intentando llegar antes de que se conviertan en intentantes o suicidas, con relativo éxito.

terreno para las reflexiones propuestas por Dejours, quien enfatiza la importancia de abordar el sufrimiento en el trabajo mediante medidas que promuevan la participación activa de los trabajadores, la valoración del trabajo realizado, la mejora de las condiciones laborales y la promoción de la salud mental en el entorno laboral.

La promoción de la salud mental en el trabajo policial no solo beneficia a los funcionarios policiales, sino que también mejora la calidad del servicio que brindan a la comunidad. La labor policial es fundamental para mantener el estado de derecho, y los profesionales de la aplicación de la ley deben recibir una protección adecuada frente al estrés mental asociado con esta función.

En este sentido, la consolidación de prácticas orientadas al autocuidado y la sensibilización institucional acerca del impacto del sufrimiento psíquico, resultan esenciales para fortalecer la respuesta policial ante realidades complejas y cambiantes. Promover espacios de diálogo, supervisión y acompañamiento entre pares, así como facilitar el acceso a recursos de apoyo, permite no solo intervenir sobre el malestar existente, sino también anticipar y reducir futuras vulnerabilidades. Considerando el carácter multifacético de los desafíos policiales, una mirada integradora que contemple tanto el bienestar individual como las dinámicas colectivas favorece una cultura organizacional más saludable, resiliente y capaz de sostenerse frente a la adversidad.

De este modo, la construcción de comunidades de práctica y el fortalecimiento de redes de apoyo cobran relevancia como pilares fundamentales para avanzar hacia una cultura organizacional que priorice el bienestar integral, sosteniendo transformaciones duraderas en beneficio de quienes asumen el compromiso cotidiano de velar por la seguridad pública.

Finalmente, al considerar este entramado, resulta imperativo visibilizar las tensiones y paradojas propias del escenario policial, donde quienes se desempeñan en la institución deben navegar entre la demanda de fortaleza y el silenciamiento de sus propias fragilidades. En este contexto, la toma de conciencia sobre la importancia de propiciar espacios de apoyo y reflexión

adquiere relevancia estratégica para prevenir el agravamiento de riesgos psicosociales. Romper con la lógica de autosuficiencia y abrir el diálogo sobre el sufrimiento mental dentro de la fuerza no solo facilita el acceso a recursos de cuidado, sino que también puede favorecer la construcción de una cultura organizacional más empática y receptiva a las necesidades humanas de su personal. El desafío radica, entonces, en generar condiciones que permitan el reconocimiento y la validación de la experiencia subjetiva, reconociendo que la salud mental de quienes integran la policía es fundamental para el bienestar colectivo y la eficacia de la institución.

7.4 Reflexiones finales: Discusión Crítica, Alcance Situado y Líneas de Exploración

7.4.1 Carácter Exploratorio del Estudio

El análisis de los datos cualitativos recogidos a lo largo de este estudio exige una aproximación epistemológica vigilante y prudente. Al tratarse de una investigación de naturaleza cualitativa, basada en una muestra acotada y situada de siete casos ($n=7$) pertenecientes a la escala básica de la Policía Nacional, los hallazgos presentados en este apartado no pretenden, bajo ninguna circunstancia, postularse como leyes generales, verdades universales o regularidades estadísticas aplicables de forma homogénea a la totalidad del funcionariado policial uruguayo. Por el contrario, este trabajo se configura como un estudio exploratorio y contextualizado, cuyo valor radica en su capacidad para visibilizar la complejidad de las trayectorias subjetivas, el sufrimiento psíquico y las dinámicas vinculares de un grupo específico de primeros respondedores, en un momento histórico y socioeconómico determinado.

De este modo, es imperativo diferenciar de forma explícita las observaciones clínicas directas - aquellos indicadores empíricos recogidos en las entrevistas - de las inferencias teóricas

y analíticas que de ellas se derivan. La confluencia de múltiples factores concurrentes en la vida de los participantes obliga a matizar cualquier afirmación confirmatoria, reconociendo que los fenómenos de salud mental y reconfiguración vincular responden a redes multicausales que desbordan la acción de una única variable aislada.

7.4.2 Matización de Hallazgos Clínicos y Multicausalidad en la Evolución

Un aspecto crítico en la revisión de los resultados obtenidos es la necesidad de contextualizar la evolución clínica de los participantes. Si bien mediante la aplicación de las escalas internas del método EMDR se constató la remisión de la sintomatología compatible con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en seis de los siete casos abordados, sería un reduccionismo metodológico atribuir de manera unívoca y lineal dicha mejoría exclusivamente al protocolo de estimulación bilateral.

La experiencia clínica demuestra que la subjetividad humana y el alivio del padecimiento psíquico están atravesados por un entramado de variables concurrentes que operan simultáneamente:

- El Dispositivo Terapéutico General: El espacio de escucha activa, la construcción de la alianza terapéutica, el entretejido terapéutico y la contención emocional brindada, constituyen un soporte vincular per se, que genera efectos terapéuticos independientes de las técnicas específicas empleadas.
- La Psicoeducación y Regulación Emocional: Las intervenciones preliminares y el soporte psico facilitador permitieron a los funcionarios dotar de un nuevo sentido a su malestar, disminuyendo el monto de ansiedad antes y durante el procesamiento del trauma.

- Factores Contextuales y Modificaciones de la Realidad Material: Las variaciones en la situación laboral de los sujetos durante el transcurso del estudio - tales como la concesión de licencias médicas, el inicio de trámites de jubilación común o por incapacidad, la baja voluntaria o el alejamiento temporal de los escenarios operativos violentos - modificaron sustancialmente la exposición a los estresores cotidianos. Este alivio material y la distancia física de la contingencia operativa actúan como coadyuvantes cruciales en la estabilización psíquica.
- Dinámicas Familiares y de Apoyo Alternativas: A pesar de la precarización socioeconómica de la mayoría de la muestra, los movimientos subjetivos y los sutiles reordenamientos en las redes de apoyo afectivo y sexo-afectivo de los participantes pudieron haber operado de forma sinérgica con el espacio psicoterapéutico. Por lo tanto, la remisión sintomática observada clínicamente debe interpretarse como el resultado transitorio y complejo de una confluencia de factores, donde el EMDR funcionó como una herramienta integrada a un dispositivo institucional y contextual más amplio, y no como un agente causal aislado o autosuficiente.

7.4.3 Observaciones Clínicas vs. Inferencias Analíticas

Con el propósito de mantener el rigor metodológico y la transparencia epistémica, resulta indispensable delimitar las observaciones realizadas en el encuadre clínico de las lecturas inferenciales que se proponen para la discusión teórica. Los datos clínicos permiten advertir que la resistencia inicial a la atención psicológica, expresada por los participantes como una vivencia de intromisión, debilidad o riesgo de estigmatización psiquiátrica, se articula con una cultura

organizacional policial que tiende a sancionar la vulnerabilidad y a privilegiar el silenciamiento del sufrimiento como condición de pertenencia. Esta dinámica se vincula, a su vez, con la aparición de manifestaciones somáticas previas al diagnóstico de TEPT -insomnio, crisis de ansiedad, trastornos digestivos, algias crónicas y disfunciones cardiovasculares-, que pueden comprenderse, en clave dejouriana, como consecuencias de una “normalidad sufriente” en la que el cuerpo aloja aquello que no logra ser elaborado psíquicamente (Dejours et al., 1998; Dejours, 2011). Asimismo, la compartimentación emocional y el distanciamiento afectivo referidos por los participantes operan como estrategias defensivas funcionales para afrontar escenas de alta carga traumática; sin embargo, cuando se cronifican y se trasladan al ámbito doméstico, pueden obstaculizar la comunicación asertiva y rigidizar los modos de vinculación. Finalmente, si bien seis de los siete casos evidenciaron remisión de criterios diagnósticos de TEPT en las escalas internas del EMDR, solo dos participantes se reintegraron a sus funciones habituales, mientras que los restantes transitaban jubilaciones, bajas o reconversiones laborales. Este resultado sugiere que la reparación psicoterapéutica del daño traumático no siempre implica el retorno al mismo escenario laboral, sino que puede habilitar una reorganización subjetiva orientada a preservar la salud mental frente a condiciones de trabajo percibidas como patogénicas.

Esta distinción nos previene de transformar la descripción clínica en una afirmación dogmática sobre la estructura de la personalidad del policía, enfatizando que estamos ante respuestas situadas frente a condiciones de trabajo extremas.

7.4.4 El Estatuto Situado de la Muestra: Heterogeneidad y Vulnerabilidad Estructural

El carácter no generalizable de esta investigación se refuerza al analizar la singularidad y heterogeneidad de los componentes biopsicosociales presentes en la muestra. Aunque los siete

funcionarios compartían el diagnóstico de TEPT y la pertenencia a la escala básica (tropa), sus realidades personales e individuales configuran un mosaico de vulnerabilidades cruzadas imposibles de estandarizar:

- **Complejidad Socioeconómica y Precarización:** Con la única excepción de un participante que contaba con un emprendimiento familiar exitoso, la totalidad de los sujetos enfrentaba una situación económica sumamente compleja. Los salarios deprimidos, severamente recortados por múltiples retenciones judiciales debidas a pensiones alimenticias, obligaban a la realización sistemática de servicios por el Artículo 222 u otras tareas extraordinarias. Esta realidad empírica introduce una variable de desgaste físico y privación de sueño crónica que no puede escindirse de su estado de salud mental.
- **Configuraciones Familiares Dinámicas y Conflictivas:** Las historias vinculares revelaron una alta complejidad afectiva, con participantes que tenían a su cargo entre uno y siete hijos, hijastros y, en un caso, un nieto. Asimismo, la presencia de conflictos por consumo problemático de sustancias en el entorno familiar directo (57.14%) e historias previas de violencia doméstica ejercida o padecida (57.14%) sitúan el análisis en un escenario donde el trauma laboral se solapa de manera indisociable con el trauma relacional e histórico.
- **Trayectorias Vitales Previas:** La identificación de historias de vida complicadas y eventos traumáticos transitados desde la infancia en la mayoría de los casos, indica que la vulnerabilidad actual es un proceso acumulativo. La función policial actúa, frecuentemente, como un amplificador o reactivador de núcleos traumáticos preexistentes, y no necesariamente como el único origen del malestar. Estas particularidades contextuales demuestran que el impacto del policiamiento y el éxito o fracaso de las estrategias de afrontamiento y de retiro, reintegro o reconversión (donde influyeron factores contextuales

individuales y no el género o los años de servicio) son estrictamente dependientes de la ecología personal del sujeto. Lo que se observa es un fenómeno situado: la respuesta de la tropa ante el trauma está mediada por las condiciones materiales de su existencia.

7.4.5 Cierre de Reflexión Final.

Finalmente, las conclusiones de este trabajo de tesis deben ser recibidas bajo el estatuto de la provisionalidad, el valor heurístico y el respeto por la singularidad. Esta investigación no pretende cerrar el debate sobre el impacto de la violencia laboral en la Policía Nacional, sino aportar insumos clínicos y cualitativos para abrir nuevas preguntas.

Lejos de establecer verdades definitivas, el carácter exploratorio de este estudio alumbra la necesidad de proyectar futuras líneas de investigación que profundicen en los nexos aquí sugeridos:

- Estudios Cualitativos Ampliados y Longitudinales: Desarrollar investigaciones con un mayor número de casos y con diseños de seguimiento a mediano y largo plazo, para evaluar la sostenibilidad de la remisión de la sintomatología postraumática y la estabilidad de los vínculos intrafamiliares a lo largo del tiempo, más allá de la finalización del dispositivo terapéutico.
- Análisis Comparativo Inter-Escalafones: Indagar si las dinámicas defensivas de la normalidad sufriente y el sufrimiento por falta de reconocimiento mutuo (Honneth, 1997) presentan variaciones significativas cuando se analizan los escalafones de oficiales, personal técnico o personal administrativo con funciones ejecutivas (como visualizadores y telefonistas del CCU), en comparación con los policías ejecutivos.

- Evaluación del Impacto del Entorno Familiar en el Proceso Psicoterapéutico: Diseñar estudios que incorporen de forma directa las voces y percepciones de las familias y parejas (los "pacientes vinculares" en términos de Berenstein), para analizar desde una perspectiva polifónica cómo se interceptan la hipervigilancia policial y las estrategias de cuidado comunitario en el hogar.
- Investigaciones sobre la Articulación de Dispositivos de Salud Mental Ocupacional: Evaluar desde un enfoque de salud pública y psicología del trabajo la eficacia de programas institucionales integrales que combinen la psicoeducación, la intervención clínica temprana (incluyendo, pero no limitándose al EMDR) y la modificación de factores organizacionales (horarios, reconocimiento, canales de comunicación), controlando el impacto de las variables socioeconómicas y las licencias médicas en la recuperación de los funcionarios.

Es a través de este camino de apertura y prudencia científica como la psicología clínica puede contribuir de manera ética y reflexiva a la comprensión del sufrimiento de aquellos que operan en los márgenes más críticos de la estructura social.

Referencias.

- Albuerne, M. Y. G., Nieto, M. Á. P., & Carreño, A. A. (2014). Diferencias en riesgos psicosociales y estrés laboral percibido en los cuerpos de policía local atendiendo al género y la antigüedad. *Apuntes de psicología*, 31(3), 291-298. Madrid, España.
- Alpini, A. (2017) La policía y la ciudad de Montevideo: orden urbano y control social en la construcción del Estado moderno en Uruguay (1829-1916). Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1451/te.1451.pdf>
- Alves, Emilly Saas. (2020). Trabalho e sofrimento psíquico: historias que contam essa História. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (7), e00046120. Publicación electrónica 3 de julio de 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00046120>
- American Psychiatric Association (APA) (2014) DSM. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5° Edición. Editorial Médica Panamericana. pp. 271-280
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct.
- Anchieta, V.C.C., Galinkin, A.L., Mendes, A.M.B., Neiva, E.R. (2011) Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Abr-Jun 2011, Vol. 27 n. 2, pp. 199-208. Universidade de Brasília.
- Andrade, E.R., Souza E.R. y Minayo MCS (2009) Intervenção visando a autoestima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, N° 14, V 1, pp 275-285., 2009. Brasil.
- Andrade, E.R.D., Souza E.R.D. (2010) Auto-estima como expressão da saúde mental e dispositivo de mudanças na cultura organizacional da policia. *Psicologia Clinica* N° 2, V 22, pp 179-195. RJ Brasil.

- Arteaga Botello, N. (2010) Padecimiento y enfermedad en la policía: un estudio de caso. *El Cotidiano* (Revista en internet) 2000 setiembre-octubre (15 de junio de 2010); 17 (103). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32510308>
- Bardin, L. (1986) El análisis de contenido. Vol. 89. Madrid, Ediciones Akal, 7.
- Benyakar, M. et al (2004). Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo I: El proceso traumático. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.
- Benyakar, M. et al (2006). Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo II: Abordaje clínico. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.
- Benyakar, M., & Lezica, N. (2005). *Lo traumático: Clínica y teoría del sufrimiento psíquico*. Epidauro.
- Berenstein, I. (2002). *El sujeto y el otro: De la estructura familiar al vínculo clínico*. Paidós.
- Berenstein, I. (2004). Devenir otro con otro (s): ajenidad, presencia, interferencia. Buenos Aires: Paidós.
- Biggs, C, Tehrani, N y Billings, J. Terapia breve de trauma para el PTSD / CPTSD relacionado con el trauma ocupacional en la policía del Reino Unido, *Occupational Medicine* , Volumen 71, Número 4-5, junio-julio de 2021, páginas 180–188, <https://doi.org/10.1093/occmed/kgab075>
- Biggs, J., Core, D., & Shipton, M. (2021). Brief interventions for PTSD and CPTSD in UK police officers: A comparative clinical study of CBT and EMDR. *Journal of Traumatic Stress*, 34(3), 512-524.
- Bisquerra, R. (1996): Métodos de investigación educativa. Guía práctica (N° 370.7 B57). Ediciones CEAC. Barcelona.
- Blumstein, G. y Sade, M. (2010.). Confianza institucional en América Latina. Análisis para el año 2007. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Montevideo, Uruguay.

- Briones Mella, D. (2007) Presencia del síndrome de Burnout en poblaciones policiales vulnerables de Carabineros de Chile. *Cienc. Trab*, A43-A50.
- Brufaso Curiel, C. (1994) Una aproximación a las enfermedades profesionales del policía. *Cuadernos de trabajo social*, (7), 251.
- C. D. P. (2001). Código de ética profesional del psicólogo/a del Uruguay. *Recuperado de:*
https://sipsych.org/wp-content/uploads/2015/09/Uruguay_-_Codigo_de_Etica.pdf
- Cabrerizo, M. Y. (1994). Psicología policial. *Papeles del psicólogo*, N°60, V2. España.
- Carrion, M.D.L.Á., López Barón F.L. y Pando Moreno, M. (2007) Inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo. IVAPT-ER 1° edición. Asociación de expertos en psicología aplicada. España.
- Castro Bejarano, Y.R.; Orjuela Gómez, M.A.; Lozano Ariza, C.A.; Avendaño Prieto, B.L.; Vargas Espinosa, N.M. (2012) Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 8, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 53-71. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67923973004>
- Castro, T.G. (2015) El estrés policial. *Seguridad y Salud en el Trabajo* N°84, V15. España.
- Cavalcante, M., Silva, T., & Borges, R. (2011). Estratégias de defesa e riscos psicossociais em policiais civis de Brasília. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 720-735.
- Cavalcante, V.C., Galinkin, A.L., Bezerra, A.M. y Rabelo, E. (2011) Trabalho e Riscos de Adoecimento: Um Estudo entre Policiais Civis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Abr-Jun 2011, Vol. 27 n. 2, pp. 199-208. Universidade de Brasília
- Chiavenato, I. (2001) Administración de recursos humanos. Análisis de cargos. 5° edición. McGrawhill 2001: 334-36. Colombia.

- Coca, J. (2017). *Riesgos ocupacionales e invisibilidad del sufrimiento psíquico en la policía de El Salvador*. Editorial Universitaria.
- Coleta, A.D.S.M.D. & Coleta M.F.D. (2008) Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. Brasil. *Psycho-USF*, 13 (1), 59-68.
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2001). *Código de ética profesional del psicólogo/a del Uruguay*. CPU.
- Corbo Correa, G. (2014). Estudio de la violencia doméstica cuando es ejercida por policías. Tesis de Maestría. Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.
- Corbo Correa, G. (2016) Violencia con uniforme: cuando el denunciado por maltratar a su pareja es un policía. Libro. CSIC. Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Cuartero Castañer, M. E., Riera, J. A., & Casado, T. (2020). Comunicaciones Orales.-La fatiga por compasión: La consecuencia de trabajar con personas que sufren. II Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia.
- Da Silva, R., Matos, C., Valdivia, B., Cascaes, F., & Barbosa, P. (2013). Revisión sistemática acerca de la actividad física y de la salud de policías. *Revista Med*, 21(1), 76-86. Colombia.
- Decreto N° 158/019, del 03 de junio de 2019, relativo a la Investigación en Seres Humanos. Diario Oficial. Centro de Información Oficial, IMPO. Montevideo, 12 de junio de 2019, N° 30208, p. 3. Recuperado de <https://www.impo.com.uy>
- Decreto N° 274/010, del 8 de setiembre de 2010, reglamenta la Ley N° 18335, que regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud y deroga el Título II

del Decreto 258/992 y el Decreto 297/002. Diario Oficial. Centro de Información Oficial, IMPO.

Montevideo, 16 de setiembre de 2010, N° 28061, p. 636-A. Recuperado de

<https://www.impo.com.uy>

Decreto N° 414/009, del 31 de agosto de 2009, que reglamenta la Ley N° 18331 relativa a Protección

de Datos Personales y Acción de "Habeas Data" y deroga el literal d) del art. 5° y el art. 6° del

Decreto 664/008. Diario Oficial. Centro de Información Oficial, IMPO. Montevideo, 15 de

setiembre de 2009, N° 27815, p. 661-A. Recuperado de <https://www.impo.com.uy>

Dejours, C. (2011). Psicopatologia do trabalho – Psicodinâmica do Trabalho. Laboreal, 7, (1), 13-16.

<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45n> SU5471124227847824511

Dejours, C. Molinier, P. (1998) De la pena en el trabajo. (pp.163 – 178). En: DESSORS, Dominique,

GUIHO-BAILLY, Marie Pierre, “Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo”. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.

Dejours, C., Dessors, D., & Desriaux, F. (1998). *Por una psicopatología del trabajo*. Buenos Aires,

Argentina. Lumen.

Del Castillo, F. (2020) ¿Uruguay tiene una policía preventiva? La situación de la prevención del delito

en la reforma policial uruguaya. *Fronteras* 14 (1): 28-40, enero-junio 2020.

Durán, M.A., (2001) El síndrome de Burnout en organizaciones policiales: Una aproximación

secuencial. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga. Facultad de Psicología. España.

Dzib-Goodin, A., Human, R., & Martínez, J. (2016). Regulación neurobiológica del estrés y la

consolidación de la memoria traumática en el TEPT. *Revista de Neurología y Psiquiatría*, 42(1), 89-102.

Dzib-Goodin, A., Jiménez, E. K., Estévez, R., & Sanders, L. (2016). Sistemas biológicos involucrados

en el trastorno de estrés post traumático. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(5), 83-97

- Fiorini, P. y Sosa, F. (2020.). Difusión de políticas de seguridad ciudadana: caso Plan 7 Zonas. EN: *Fronteras*, n. 14, pp. 41-51.
- Freud, S. (1911-13). Recordar, repetir, reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis II). *Obras completas*. Tomo XII. pp. 145-157. Amorrortu Editores, 1995. Buenos Aires, Argentina.
- Freud, S. (1913). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En *Obras completas* (Vol. 12). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). El tabú de la virginidad (Contribuciones a la psicología del amor, III). En *Obras completas* (Vol. 11). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1927-31). El malestar en la cultura y otras obras. *Obras completas*. Tomo XXI. pp. 57-73. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Geddis-Regan, A. R., Exley, C., & Taylor, G. D. (2021). Navigating the dual role of clinician-researcher in qualitative dental research. *JDR Clinical & Translational Research*, 7(2), 215–217.
- Gonçalves Boggio, L (2017). Estudio de técnicas energéticas y de estimulación bilateral para el abordaje del estrés postraumático: investigación en una población de emigrantes uruguayos retornados. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Gonçalves, O.G.L. (2006) Aptidão física relacionada à saúde do policiais militares do município de Porto Velho-RO (Disertación de Maestría) Universidad de Brasilia.
- Guerrero, J., Martínez, L., & Rentería, E. (2017). Subjetividad, organización del trabajo y la dialéctica del reconocimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología Organizacional*, 6(2), 115-130.
- Guerrero, P.; Balboa, M. & Miranda, G. (2017). Sufrimiento y reconocimiento en el trabajo: un estudio de caso. *Teuken Bidikay* Vol. 8 N°11. Pp. 175-190
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.

- Hernández, S. R., Collado, F. C y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6° ed. pp. 88-101. México: McGraw-Hill.
- Honneth, A. (1997) La lucha por el reconocimiento. Por una gramática de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica Grijalbo-Mondadori, cap. 1, 5, 6.
- Hyemin, J., Abundiz, S. V., Rodríguez, C. R., Serano, L. P., & Avelar, R. S. (2013) Ambiente laboral violento y salud mental en los policías de la zona metropolitana de Guadalajara. *Revista Waxapa*, 5(8), 31-48. México.
- Jetelina, K.K., Molsberrey, R.J., Gonzalez J.R., Beauchamp, A.M., Hall, T. (2020) Prevalence of Mental Illness and Mental Health Care Use Among Police Officers. *JAMA Network Open*. 2020; 3 (10):e2019658. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19658. Estados Unidos de América.
- Krippendorff, K. (1997): *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona, Paidós.
- Ley N° 18331, del 11 de agosto de 2008, referida a la protección de datos personales y acción de “Habeas Data”. *Diario Oficial*. Centro de Información Oficial, IMPO. Montevideo, 18 de agosto de 2008, N° 27549, p. 437-A. Recuperado de <https://www.impo.com.uy>
- Ley N° 18335, del 22 de agosto de 2008, por la que se regulan los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. *Diario Oficial*. Centro de Información Oficial, IMPO. Montevideo, 26 de agosto de 2008, N° 27554, p. 497-A. Recuperado de <https://www.impo.com.uy>
- Ley N° 18381, del 17 de octubre de 2008, sobre el derecho de acceso a la información pública. *Diario Oficial*. Centro de Información Oficial. IMPO. Montevideo, 07 de noviembre de 2008, N°27607, p. 513-A. Recuperado de <https://www.impo.com.uy>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación de la Universidad de Huelva*, 4, 167-179.

- Machado De Santi, M. (2016.). Seguridad y rehabilitación: dos lógicas en disputa. El caso de policías y operadores/as penitenciarios en el contexto de mujeres privadas de libertad. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Montevideo, Uruguay.
- Marinho, M.T., de Souza, M.B.C.A., Santos, M.M.A., da Cruz, M.A.D.A. & de Lima Barroso, B.I. (2018). Factores geradores de estresse em policiais militares: revisão sistemática. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6, 637-648. Brasil.
- Marquez Ravelo, R., García García, L. y Velázquez Dorta, A. (2008) Ranking de estresores en la Policía local de Canarias. *Anuario de Psicología Jurídica*, V18, pp 73-79. España.
- Matarazzo, G., Fernandes, A., & Alcadipani, R. (2020). Organizaciones policiales frente a la pandemia: sensemaking, liderazgo y discrecionalidad. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 898-908. Brasil.
- Mendoza, A. (2004). Principios bioéticos en la investigación clínica con poblaciones vulnerables. *Revista Médica de Bioética*, 12(2), 45-56.
- Mendoza, R. (2004). Ética y psicología clínica. *VOLUMEN 5*, 18.
- Minayo, M.C.S., Assis, S.G., Oliveira R.V.C. (2011) Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos polícias civis e militares do Rio de Janeiro. *Ciência saúde colectiva*, 2011; 16 (4): 2199-209. RJ, Brasil.
- Minayo, M.C.S., Souza, R.E., Constantino, P. (2007) Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. *Cad. saúde pública*, 2007; 23 (11): 2767-779. Brasil.
- Ministerio del Interior (2009). Informe. Políticas Institucionales contra la Violencia Doméstica y de Género. Balance y Líneas Programáticas. Montevideo. Ministerio del Interior. División Políticas de Género.
- Montañez Fierro, S. (2016) El reconocimiento y el sufrimiento de los cuerpos en el

trabajo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(2), 29-47. Montevideo, Uruguay.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press.

Moos, R. H., Moos, B. S., & Trickett, E. J. (1974). *The Social Climate Scales: Family, Work, Correctional Institutions and Classroom Environment Scales*. Consulting Psychologists Press.

Moraes, L.F.R., Pereira, C.Z., Lopes, H.E.G., Rocha, B., Ferreira, S.A.A. y Portes P.C.P. (2000) Estrés y calidad de vida en el trabajo en la Policía Militar de Minas Gerais. Artigo financiada pela Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Morales de los Santos, C. (2018) Educación, prevención y violencia doméstica en policías de Uruguay; interrogantes y desafíos. Trabajo final de grado (TFG) Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.

Moura, Geórgia de Oliveira, Alchieri, João Carlos, & Lucena, Marianna Carla Maia Dantas de. (2014). Expression of Posttraumatic Stress Disorder indicators in firefighters. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 34(86), 139-150. Retrieved March 01, 2021, from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2014000100010&lng=en&tlng=en

Muñoz, C.A.C. (2017) Bienestar policial: una mirada a la salud, a la seguridad ocupacional y a la prevención de los riesgos ocupacionales de los policías en El Salvador. *Revista Policía y Seguridad Pública*, 143-225.

Muñoz, C.A.C. (2017) Los derechos laborales de los servidores públicos de la Policía Nacional Civil: Una aproximación socio-jurídica. El Salvador. *Revista Policía y Seguridad Pública*, 99-171.

Muro, F. (2013.). Masculinidades y violencia doméstica: influencias de los roles de género, sobre la atención que brindan los policías a mujeres denunciantes de violencia doméstica en la ciudad de Montevideo. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias

Sociales. Departamento de Trabajo Social.

- Nogueira, G.E.G., Pereira, F.L.B., Tolentino, V.M. y Chaves, C.G. (1997). O estresse e suas implicações no trabalho policial. *Psicologia: Salud Mental y Seguridad Pública*, 1 (1). (1997) Brasil.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13.
- Nusshold, P. (2017). Organização do trabalho e sofrimento psíquico nas atividades de serviço. O caso dos call centers na Argentina. *Laboreal*, 13 (1), 81-85.
<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiii0117pn>
- O.I.T. (1998) Servicios de seguridad y emergencia. Funcionarios de la policía. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo*. Suiza.
- O.M.S.-O.I.T. Definición de salud ocupacional. Disponible en:
www.ambientessupa.blogspot.com/.../definicion-de-salud-ocupacional-segun-la-OMS-y-la-OIT
- Olivas, O. L. L., Rivera, C. F. M., & Martínez, R. E. G. (2018). Impacto de la satisfacción laboral en el desempeño de un grupo de policías estatales. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 37(1), 6. Colombia.
- Oliveira, L.K., Santos, M.L. Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. *Sociologías*, 2010: 12; 224-250
- Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2023). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*, 45(3), 241–251.
- Ouviña, G., Ocampo, A. y Duffour, P. (2018.). Entre consumidores y vendedores: un panorama del microtráfico de estupefacientes en Montevideo, Uruguay, 2006 y 2012. EN: XVII Jornadas de Investigación: a 70 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos ¿libres e iguales? Montevideo, setiembre 2018. 11 p.

- Palomino Hajar, D. A. (2017). Estrategias de afrontamiento del estrés laboral empleada por policías de tránsito que trabajan en el sector II Pro-Lima Norte, 2016. Tesis para obtener el Título Profesional de Enfermería. Universidad César Vallejo. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Académica Profesional de Enfermería (2016) Lima, Perú.
- Pintado, S. (2018). Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión. *Terapia psicológica*, 36(2), 71-80.
- Puelles Casenave, C. (2015) Exigencia emocional de trabajo y estilos de afrontamiento en las unidades de intervención policial. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación Tratamientos Psicológicos I. España.
- Renault de Moraes, L.F. (2003). Calidad de vida en el trabajo y estrés ocupacional en la Policía Militar de Minas Gerais. *Revista de Psicología. Salud mental y seguridad pública*. N° 3, Diciembre de 2003. Brasil.
- Rivero, V. (2007.). Descripción y evaluación del programa de seguridad ciudadana: ¿una solución al problema de la violencia y la criminalidad? (1998-2004). Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Ciencia Política.
- Rojas-Solís, J. L., & Morán, T. (2015). Síndrome de burnout y satisfacción de vida en policías ministeriales mexicanos [Burnout syndrome and life satisfaction in mexican judicial police]. *Archivos de criminología, seguridad privada y criminalística*, 3(5), 1-17. México.
- Rudney da Silva, J., Santos, A., & Oliveira, M. (2013). Trabalho precarizado e sofrimento psíquico em policiais militares de João Pessoa. *Revista de Psicologia Social e Trabalho*, 15(1), 77-91.
- Ruiz Alva, C., & Guerra Turín, E. (1993). Escala de Clima Social en la Familia: adaptación y estandarización en Lima Metropolitana. Perú.
- Sánchez, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *Revista la Revue du*

REDIF, 2(1), 15.

- Schiavi, Pablo. (2015). Régimen jurídico de la acción de acceso a la información pública en el Uruguay. *Revista de Investigações Constitucionais*, 2(2), 137-168. Epub April 15, 2019. <https://dx.doi.org/10.5380/rinc.v2i2.44514>
- Schongut Grollmus, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 27-65. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/119>
- Shapiro, F. (2004) EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Editorial Pax. México.
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). Guilford Press.
- Shapiro, F., & Solomon, R. M. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice* (pp. 193–212). American Psychological Association.
- Silva, M.B. (2015) Violencia policial hacia adolescentes del Cerro que usan los espacios públicos de la zona. Trabajo final de Grado. Título obtenido: Licenciada en Psicología. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay.
- Soares, K., Souza, R. D., & Macêdo, S. (2020). Experiencia de ser pareja de un policía militar: un estudio fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(3), 242-252. Brasil.
- Souza, E.R., Minayo, M.C.S. (2005) Polícia, risco como profissão: morbimortalidade relacionada ao trabalho. *Ciência saúde colectiva*, 2005; 10 (4): 917-28
- Spode, C.B., Merlo, A.B.C. Trabalho policial e saúde mental: uma pesquisa junto aos capitães da policia militar. *Psicol. Refl. Crit.* 2006; 19 (3): 362-70
- Suárez de Garay, M. E. (2016) Los policías: una averiguación antropológica. ITESO. Biblioteca “Dr. Jorge Villalobos Padilla, SJ”. Universidad Jesuita de Guadalajara. México.

- Timote, G. (2015.). La enseñanza en la formación policial uruguaya. Exploración para la conformación de un campo de investigaciones. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Comisión Sectorial de Enseñanza.
- Torchalla, I. y Strehlau, V. (2018). La base de evidencia para intervenciones dirigidas a personas con TEPT relacionado con el trabajo: una revisión sistemática y recomendaciones. *Modificación de la conducta*, 42 (2), 273-303. <https://doi.org/10.1177/0145445517725048>
- Valdivia Sánchez, C. (2008). *Modelos de familia, estructuras y dinámicas reconstituidas*. Editorial Síntesis.
- Velasco, B. T. (2016). Estrés laboral en policías municipales de la Comunidad de Madrid (Doctoral disertación, Universidad Complutense de Madrid). España
- Ventura, G. C., Espinoza, H. S. C., & Muchotrigo, M. P. G. (2014). El consentimiento informado en las publicaciones latinoamericanas de psicología. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 345-359.
- Vicens, E. (2010) Violencia y enfermedad mental. Revista Espanid Opeenit, n°8, pp 95-99, San Joan de Deu, Area Psiquiatria Penitenciaria. Generalitat de Catalunya. Disponible en: www.resp.es/revistas/PDF/V08-N3-06-05
- Vila, A. (2006.). Reformas y dilemas de la seguridad pública: desentrañando las causas de la baja capacidad policial. Tesis de maestría. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Ciencia Política. Montevideo, Uruguay.
- Viñar, M. (2011). *Mundo herido y resimbolización del trauma: Inscripciones y marcas de la violencia*. Trilce.
- Viñar, M., & de Viñar, U. (2011). El enigma del traumatismo extremo. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 55-66. El enigma del traumatismo extremo. Notas sobre el trauma y la exclusión. Su impacto en la subjetividad.

- Violanti, J. (2020). Sobre la policía: una cuestión de supervivencia psicológica. *American Journal of Police Psychology*, 15(2), 102-111. Estados Unidos de América.
- Waldanne Ribeiro, B. (2003) Estrés acumulado o Burnout. *Revista de Psicología. Salud mental y seguridad pública*. N° 3, Diciembre de 2003. Brasil.
- Zemelman Merino, Hugo. (2010). Sujeto y subjetividad: la problemática de las alternativas como construcción posible. *Polis (Santiago)*, 9(27), 355-366. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682010000300016>

Apéndices

Apéndice A. Glosario de abreviaturas

CCU: Centro de Comando Unificado.

DDHH: Derechos humanos.

EDEP: Equipo de Evaluación de Perfil.

EMDR: eye movement desensitization and reprocessing, por su sigla en inglés. En español: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

EMD: eye movement desensitization, por su sigla en inglés. En español: Desensibilización por movimientos oculares.

FES: Family Environment Scale, por su sigla en inglés. En español: Escala de Clima Familiar.

HHA: eje Hipotalámico-Hipofisiario-Adrenal.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PESEA: Protocolo para Estabilización en Síndrome de Estrés Agudo.

SPIA: Sistema de Procesamiento de la Información hacia un estado Adaptativo.

SUD: Subjetive Units of Distress, por su sigla en inglés. En español: Unidades subjetivas de perturbación.

TEPT: trastorno por estrés post traumático.

TFG: Trabajo Final de Grado.

TM: Tesis de Maestría.

VOC: Validity of Cognition, por su sigla en inglés. En español: Validación de la cognición positiva.

Apéndice B. Hoja de información

Título: Sufrimiento psíquico y deterioro de vínculos intrafamiliares de policías de Montevideo diagnosticados con TEPT. Cambios percibidos a partir de la psicoterapia y la aplicación de EMDR.

Institución: Dirección Nacional de Sanidad Policial, Hospital Policial, Departamento de Salud Mental, Unidad de Estrés, sito en Acevedo Díaz 1932, teléfono de contacto 2030 1356.

Datos de contacto del investigador principal: Lic. María del Pilar Ríos Saavedra. C.I.: 1.851.436-2. pilarseguro1104@gmail.com. 099208416.

La presente investigación tiene como objetivo explorar los cambios percibidos luego de la psicoterapia y de la aplicación del método EMDR en la mejora de la salud mental y en la reparación de los vínculos familiares de policías montevideanos en actividad, diagnosticados con Trastorno por Estrés Post Traumático.

Si acepta participar en la investigación, se compromete a asistir regularmente a las entrevistas pautadas para realizar psicoterapia con la investigadora y acepta la aplicación del método EMDR. Cada sesión durará aproximadamente entre 60 y 90 minutos, dependiendo de si es una entrevista clásica, o si se aplica el método EMDR. La frecuencia será semanal y la duración un mínimo de 6 sesiones, sin establecer un máximo, el cual será lo que su salud requiera.

Serán entrevistas individuales, donde se aplicará el método de estimulación bilateral por movimientos oculares, procurando que el recuerdo del evento traumático resulte menos doloroso y más adecuado para ser utilizado en el futuro sin ocasionar sufrimiento; también se procederá a la identificación de cambios en la calidad de sus vínculos intrafamiliares.

El modo de registro de la información será mediante notas que la investigadora tomará durante las sesiones. Para salvaguardar los datos y declaraciones personales las notas se escribirán en cuaderno exclusivo para este estudio, que no quedará en la sede del Hospital Policial, así como los materiales de aplicación del método EMDR y los consentimientos informados, los cuales tampoco quedarán en dicha sede. Estarán siempre bajo el cuidado y protección de la investigadora.

En ningún momento, se procederá a registrar mediante audio, video u otro elemento informático o tecnológico existente o que pudiera existir en el futuro, los registros quedan explícitamente limitados a las notas que pueda tomar la investigadora.

Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los registros que se realicen, y en ningún caso se divulgará información que permita su identificación, a menos que se establezca lo contrario por ambas partes.

Su participación no tendrá otros beneficios directos para Usted más que la mejora de su salud y además contribuirá a la comprensión científica de los riesgos ocupacionales de los trabajadores policiales.

En este tipo de estudios pueden aparecer incomodidades o molestias durante la sesión, pero no se conocen riesgos potenciales para su salud. De todos modos, en caso de que hubiere reacciones adversas asociadas a la investigación, se procederá a una derivación a otro profesional de la unidad que lo atenderá en forma inmediata, sin necesidad de realizar trámite alguno. La investigadora facilitará el acceso sin demoras ni trámites de su parte.

La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que puede abandonar la misma cuando lo desee, sin necesidad de dar explicación alguna.

Si existe algún tipo de dudas sobre cualquiera de las preguntas o sobre cuestiones generales acerca de la investigación, puede consultar directamente a la investigadora responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, llamando al teléfono o escribiendo al mail que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre de la investigadora responsable: María del Pilar Ríos Saavedra.

Firma: _____

Lugar y fecha: _____

Apéndice C. Consentimiento informado

Acepto participar en la investigación **Sufrimiento psíquico y deterioro de vínculos intrafamiliares de policías de Montevideo diagnosticados con TEPT. Cambios percibidos a partir de la psicoterapia y la aplicación de EMDR.**

Investigadora principal: **Lic. María del Pilar Ríos Saavedra. C.I.: 1.851.436-2**

Institución: **Dirección Nacional de Sanidad Policial.**

Como participante, me comprometo a asistir regularmente a las entrevistas pautadas para realizar psicoterapia con la investigadora y acepto la aplicación del método EMDR.

Declaro que:

- He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de esta, para poder consultarla en el futuro.
- He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.
- Entiendo que no obtendré beneficios directos a través de mi participación, y que en caso de sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio, se me ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informado sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales.
- Entiendo que al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la ciudad de _____, en la fecha ____ de _____ de _____:

Firma del/de la participante:

Firma del/de la investigador/a:

Aclaración de firma.

Aclaración de firma.

Apéndice D. Escala de clima familiar de Moos, Moos y Trickett.

ESCALA DE CLIMA FAMILIAR:

En esta página vas a leer algunas frases que describen situaciones **que pueden ocurrir en la familia**.
Piensa si estas frases describen o no a tu familia y rodea con un círculo la **V** (VERDADERO) si la frase refleja lo que sucede en tu familia o la **F** (FALSO) si la frase no refleja lo que sucede en tu familia.

Por ejemplo: *En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.*

Si crees que esto ocurre mucho en tu familia y que, por tanto, la frase es verdadera siempre o casi siempre, señala la opción **V**.
Si crees que esto no pasa en tu familia, marca la **F**.
Si es verdadera para unos miembros de la familia pero no para otros, marca la respuesta que corresponda a la mayoría.

¡Recuerda que no existen respuestas correctas e incorrectas, sino que lo importante es conocer tu opinión!

1. Los problemas de mi familia se resuelven fácilmente.	
2. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
3. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
4. En mi familia se respeta la privacidad de cada uno.	
5. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
6. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
7. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
8. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
9. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
10. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
11. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
12. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
13. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
14. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
15. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
16. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
17. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
18. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
19. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
20. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
21. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
22. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
23. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
24. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
25. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
26. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
27. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
28. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
29. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
30. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
31. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
32. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
33. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
34. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
35. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
36. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
37. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
38. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
39. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
40. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
41. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
42. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
43. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
44. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
45. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
46. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
47. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
48. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
49. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
50. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
51. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
52. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
53. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
54. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
55. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
56. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
57. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
58. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
59. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
60. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
61. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
62. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
63. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
64. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
65. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
66. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
67. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
68. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
69. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
70. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
71. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
72. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
73. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
74. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
75. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
76. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
77. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
78. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
79. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
80. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
81. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
82. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
83. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
84. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
85. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
86. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
87. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
88. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
89. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
90. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
91. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
92. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
93. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
94. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
95. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
96. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
97. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
98. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	
99. Los miembros de mi familia se ayudan y apoyan mutuamente.	
100. Mi familia es muy amorosa y cariñosa.	

1	En mi familia nos apoyamos y ayudamos realmente unos a otros.	V F
2	Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.	V F
3	En nuestra familia reñimos mucho.	V F
4	En general, cada miembro de la familia se concentra en sus propias actividades.	V F
5	Para nosotros es muy importante triunfar en la vida.	V F
6	En mi familia nos interesamos mucho por la política y los problemas sociales.	V F
7	A menudo vamos al cine, a actividades deportivas o a excursiones juntos.	V F
8	En mi familia no nos interesan mucho los aspectos morales o religiosos.	V F
9	En casa las actividades se planifican y organizan cuidadosamente.	V F
10	En mi familia se siguen estrictamente unas normas de comportamiento.	V F
11	En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.	V F
12	En mi casa comentamos abiertamente nuestros problemas personales.	V F
13	Los miembros de mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.	V F
14	En mi familia nos esforzamos mucho por ser independientes y autosuficientes.	V F
15	En nuestra familia casi siempre estamos intentando mejorar y superarnos.	V F
16	Rara vez mantenemos conversaciones sobre temas intelectuales o culturales.	V F
17	Los fines de semana y las vacaciones solemos pasarlos en casa.	V F
18	Creemos que es muy importante vivir de acuerdo con normas éticas y morales.	V F
19	En casa nos importa poco el orden y la limpieza de las cosas.	V F

20	En mi familia hay una o dos personas que lo deciden todo.	V F
21	En mi familia nos dedicamos mucha atención y tiempo unos a otros.	V F
22	En casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.	V F
23	En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	V F
24	Cada uno hace en casa lo que quiere, sin consultar a los demás.	V F
25	Nos importa más el esfuerzo que ponemos en las cosas que los resultados que obtenemos.	V F
26	En casa nos gusta ver programas culturales o leer libros de carácter intelectual.	V F
27	Los miembros de mi familia tenemos pocos pasatiempos o actividades de ocio.	V F
28	En mi familia tenemos ideas muy claras sobre lo que está bien y lo que está mal.	V F
29	En casa es difícil encontrar las cosas cuando se necesitan.	V F
30	En mi casa las normas son muy estrictas y hay que cumplirlas pase lo que pase.	V F
31	En mi familia hay poco espíritu de grupo o de equipo.	V F
32	En mi familia los temas personales o íntimos se tratan abiertamente.	V F
33	Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos por suavizar las cosas y mantener la paz.	V F
34	En mi familia estimulamos a los miembros a valerse por sí mismos de forma independiente.	V F
35	Para nosotros no es muy importante progresar socialmente o económicamente.	V F
36	Casi nunca vamos a conferencias, conciertos, museos o exposiciones de arte.	V F

37	Casi todos los miembros de mi familia practicamos algún deporte o afición activa.	V F
38	En mi familia acudimos a servicios religiosos o actividades de la iglesia con regularidad.	V F
39	En casa nos gusta que cada cosa esté siempre en su sitio exacto.	V F
40	En mi hogar se puede hacer casi todo lo que uno quiera sin recibir castigos.	V F
41	Realmente en mi familia nos llevamos bien unos con otros.	V F
42	Generalmente tenemos mucho cuidado con lo que nos decimos en casa.	V F
43	Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros con frecuencia.	V F
44	En mi familia es difícil tomar decisiones de forma autónoma.	V F
45	En casa trabajamos intensamente para conseguir lo que nos proponemos.	V F
46	En mi familia se habla a menudo de temas científicos o de actualidad intelectual.	V F
47	En mi familia el ocio consiste principalmente en ver televisión o descansar.	V F
48	En mi familia creemos que las faltas y errores cometidos deben ser castigados.	V F
49	En casa la preparación de las comidas y las tareas del hogar siguen rutinas fijas.	V F
50	En mi familia se da mucha importancia al cumplimiento exacto de las reglas.	V F
51	En casa sentimos que no formamos parte de una verdadera familia.	V F
52	En mi casa cuando uno se queja siempre hay otro que se siente molesto o afectado.	V F
53	En mi familia a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos cosas.	V F

54	En mi familia se nos anima de forma explícita a pensar por nuestra cuenta.	V F
55	Para nosotros, llegar a ser alguien importante es un objetivo prioritario.	V F
56	A casi nadie en mi familia le interesa la literatura, la música clásica o la poesía.	V F
57	Los miembros de mi familia pertenecemos a clubes sociales, deportivos o juveniles.	V F
58	En mi casa tenemos discusiones frecuentes sobre temas morales, éticos o religiosos.	V F
59	En mi familia la puntualidad es un hábito sumamente importante.	V F
60	En casa las reglas del juego de la convivencia cambian constantemente.	V F
61	Hay un clima de auténtico cariño y calor humano en nuestro hogar.	V F
62	En mi familia es difícil "desahogarse" emocionalmente sin molestar a todo el mundo.	V F
63	En nuestra familia las diferencias de criterio se resuelven a gritos o con peleas.	V F
64	En mi casa cada miembro de la familia es responsable de sus propias cosas.	V F
65	En mi familia las notas escolares o los ascensos laborales se celebran con entusiasmo.	V F
66	En nuestra casa pasamos mucho tiempo discutiendo sobre arte, cine o libros.	V F
67	Cada miembro de la familia prefiere pasar su tiempo libre de forma individual.	V F
68	Creemos firmemente que existe una justicia divina que premia o castiga las acciones.	V F
69	En casa las actividades cotidianas se desarrollan de forma bastante desorganizada.	V F
70	En mi familia la disciplina se mantiene de forma rígida y rigurosa.	V F

71	Los miembros de mi familia se esfuerzan mucho por mantener la unión del grupo.	V F
72	En mi familia las opiniones e ideas se exponen de forma prudente y reservada.	V F
73	En mi familia a veces nos peleamos a golpes.	V F
74	En casa nos cuesta mucho tomar iniciativas personales sin el apoyo de los demás.	V F
75	En mi familia se nos exige ser los mejores en todo lo que hacemos.	V F
76	Los miembros de mi familia disfrutamos mucho de las actividades culturales.	V F
77	En mi familia rara vez organizamos fiestas o reuniones con amigos o familiares.	V F
78	En mi casa consideramos que mentir o engañar es una de las peores faltas morales.	V F
79	En mi hogar se le da una enorme importancia al cumplimiento de los horarios.	V F
80	En mi familia las decisiones las toman los padres de común acuerdo.	V F
81	Cuando surge un problema en casa, reina un sentimiento de desamparo general.	V F
82	En casa nos guardamos las críticas y molestias para no generar problemas.	V F
83	En mi familia los conflictos y rencores suelen durar días o semanas enteros.	V F
84	En mi hogar se respeta escrupulosamente la privacidad y el espacio de cada uno.	V F
85	En mi familia no somos especialmente competitivos ni nos obsesiona el éxito.	V F
86	En casa el hábito de la lectura no es muy común ni estimulado.	V F
87	Para nosotros las actividades recreativas compartidas son fundamentales.	V F

88	En mi familia se reza o se reflexiona frecuentemente sobre valores existenciales.	V F
89	En casa se improvisa constantemente el orden y la distribución de las tareas.	V F
90	En nuestra familia, si alguien infringe una norma, se le imponen sanciones severas.	V F

Apéndice E. Cronograma de ejecución.

Detalle.	Fechas propuestas.	Meses.
Entrevistas iniciales/Consentimiento Informado.	Mayo de 2022.	1
Proceso psicoterapéutico/EMDR/Implementación.	Junio 2022 a Noviembre 2023.	17
Evaluación de entrevistas psicoterapéuticas.	Diciembre 2023 a Febrero 2024.	2
Evaluación de las escalas EMDR.	Marzo 2024.	1
Análisis de resultados, escritura de la tesis.	Abril 2024 a Setiembre 2024.	5
Tiempo total estimado.	Mayo 2022 a Setiembre 2024.	26

TODOS LOS NOMBRES DE PERSONAS UTILIZADOS SON FICTICIOS.