



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de Psicología
Universidad de la República

Trabajo Final de Grado

Re-pensar la intervención desde su complejidad como una apuesta ético-política:
***Articulación teórico-clínica a partir de un caso de abuso sexual intrafamiliar en un
Primer Nivel de Atención en Salud.***

Thalía Noemí Estévez González
C.I.: 5.107.015-9

Tutora: Prof. Adj. Mag. María Julia Perea
Revisora: Prof. Adj. Mercedes Couso

Julio, 2022
Montevideo, Uruguay

Índice

Introducción	3
Objetivos	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
Presentación de una Experiencia Clínica	4
Marco Teórico y Articulación Conceptual	7
El Contexto como Texto	7
Violencia	8
Género	9
Lo público y lo privado	10
Generaciones	11
Encuentros entre la teoría y la clínica	12
Abuso Sexual en Infancias y Adolescencias	12
¿Qué defiende cuando nadie defiende?	13
Cuerpos congelados	14
La monstruosidad sin monstruos	15
Develar: correr el grávido velo	15
Las huellas del horror	16
Voces que (d)enuncian. Cuerpos que acompañan.	17
El Sistema de Salud como actor determinante	17
El lugar de la Psicología en el cambio del modelo de atención en salud	19
Re-pensando el vínculo con infancias y adolescencias	20
Interdisciplina: Ese plano que insiste como común	21
Lo Integral como camino y horizonte	22
El sujeto desde su capacidad instituyente	25
La psicología desde una apuesta ético-política	26
Indagando en las implicaciones	28
Consideraciones finales	30
Referencias	34

Introducción

El presente trabajo busca reflexionar en torno al lugar de la psicología en el Primer Nivel de Atención (PNA) en el subsector público de salud, y el abordaje que se realiza a situaciones de abuso sexual (AS) infantojuvenil. Se abordará la problemática desde el análisis de una experiencia particular que se toma a los efectos de comprender las dinámicas presentes y abrir el campo de análisis.

El interés por producir sobre esta temática surge a partir de una experiencia que tuvo lugar en el Centro de Salud Unión, ubicado en el Barrio Maroñas en el departamento de Montevideo, Uruguay. Allí tuve la oportunidad de insertarme como practicante de psicología a partir del convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Psicología de la UdelaR durante el año 2021. Dicho Centro de Salud forma parte de la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana, considerándose por sus características y objetivos un Primer Nivel de Atención en salud.

En un primer momento se plasmará la experiencia vivida con una usuaria, caso caratulado como "Abuso Sexual en la Infancia (ASI)", el cual llega al Equipo Referente en Violencia basada en Género y Generaciones (ERVBBG) del Centro de Salud mencionado anteriormente. Se presentará el mismo y se procurará una descripción del abordaje realizado.

En un segundo momento, se realizará una articulación que procurará ser una reflexión teórico-clínica en torno al abordaje desde la psicología a situaciones de abuso sexual infantojuvenil en el sistema de salud. Se partirá de aquello que se puede pensar más macro, contexto que se hace texto, para llegar así a reflexionar sobre las situaciones en concreto y el rol del sistema de salud. Esta articulación posibilitará una mirada que complejice la comprensión del caso presentado, sus particularidades y el abordaje realizado; como un tejido del cual conocimos un trozo, poder ir desarmando de a poco cada hilo que lo constituye, analizarlo, para luego volver a mirar el tejido y que nos permita pensar en tantos otros trozos de tejido entrecruzado por hilos similares.

A través del presente trabajo se busca tender redes que permitan pensar en un abordaje integral, que vaya más allá de lo individual, como una apuesta ético política. Desde la perspectiva de género y generaciones, se buscará comprender al abuso sexual infantojuvenil como un problema de salud pública y violación de derechos, considerando a la psicología como un agente esencial en la defensa, protección y promoción de los derechos de niñas y adolescentes.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el abordaje que se realiza desde la psicología de la salud a situaciones de abuso sexual en niñas y adolescentes en un Primer Nivel de Atención en salud a partir de un caso particular.

Objetivos Específicos

Explorar los efectos del hecho traumático en la vida y el desarrollo de la niña o adolescente abusada sexualmente y su entorno.

Indagar sobre la situación abusiva y la dinámica de dicho abuso (focalizando la atención en aquellos que se dan intrafamiliarmente) produciendo así conocimiento situado sobre el tema.

Analizar los alcances y las limitaciones de las intervenciones en situaciones de abuso sexual infantojuvenil desde la psicología, en el Primer Nivel de Atención en salud.

Contribuir a la conformación de una psicología de la salud comprometida ética y políticamente, desde una perspectiva de género y generaciones.

Presentación de una Experiencia Clínica

Se aclara que tanto nombres como demás datos identificatorios fueron modificados a efectos de proteger la confidencialidad de las personas involucradas.

A partir de un proceso de referencia y contrarreferencia llevado a cabo entre el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y el Centro de Salud Unión, es que llega al ERVBGG (integrado por psicóloga, trabajadora social, médico de familia y practicante de psicología) el caso de Romina, caratulado como "Abuso Sexual en la Infancia (ASI)". Dicho equipo se contacta telefónicamente con la madre de la usuaria y se agenda entrevista psicológica con ambas.

A través de lo redactado por profesionales del hospital se conoce que en el momento que se presentan en la emergencia del CHPR, Romina tiene 13 años y vive junto a su madre, hermanas de 8 y 15 años, y abuela materna, en la casa de esta última, donde se mudaron luego de que la situación de abuso saliera a la luz. Ellas vivían en el interior del país junto a la pareja de la madre, padre biológico de la hermana más pequeña (Sofía). El padre de Romina y el de Laura (hermana mayor), vive en Montevideo; se separaron con la madre al año y medio de Romina; desde el momento en que se fueron al interior (hace 10

años), ambas adolescentes mantuvieron muy poco contacto con su padre biológico.

En el motivo de ingreso a emergencia, la madre relata que tras una discusión de su pareja con Laura, esta refiere que hace 8 años el mismo abusa sexualmente de ella (penetración y tocamiento). En el momento, se le pregunta a Romina si ella vivió lo mismo, lo que niega. Posteriormente, logra verbalizar a la madre que la pareja materna “le tocó la vagina”.

En la primera entrevista con la psicóloga y la practicante, se presenta Romina junto a su madre. Durante toda la entrevista se encuentra callada, no logra hacer contacto visual, escucha el relato de su madre y llora. La madre se presenta muy angustiada, contacta con situaciones de abuso de su infancia. Relata que su pareja “los aisló de todos” desde que se fueron al interior del país, perdiendo contacto con amigos y otros familiares. Las características que trae la madre de su ex pareja muestran una personalidad violenta psicológicamente (celos, aislamiento, maltrato, excesiva rigidez, control). Cuenta que Romina siempre ha sido muy tímida e introvertida. “Lo único que quiero es que ellas estén bien” menciona en reiteradas ocasiones. Laura ha realizado intentos de autoeliminación, lo que la tiene muy preocupada. Apenas salió a la luz la situación de abuso vivida por Laura y Romina se vinieron a Montevideo a la casa de la abuela, “con solo algunas mochilas”. Cuando se le pregunta si la hija menor, Sofía, ha relatado situaciones de abuso o tiene alguna sintomatología, lo niega. Dada la demanda y angustia de la madre, se le brinda el contacto de una ONG de la zona para comenzar tratamiento psicológico, y se realiza pase a Laura para psiquiatría de adultos del Centro de Salud. Se agenda a Romina en 15 días para continuar un tratamiento psicológico individual.

Romina no faltó nunca a los encuentros agendados, que al comienzo fueron cada 15 días, llegando en algunos momentos a ser de frecuencia semanal debido a los emergentes. En un primer momento es la madre quien la lleva a consulta y la aguarda en la sala de espera, en dos ocasiones fue la abuela materna, ambas demuestran gran preocupación por Romina.

En cada encuentro se sienta con la espalda encorvada, mirando sus manos que no para de mover ansiosamente, sólo verbaliza “no sé”, “supongo” y pocas palabras más, ante algunos estímulos llora silenciosamente. Se presenta como “congelada”. En los primeros encuentros considerando las dificultades para acceder a la palabra, se evalúa comenzar a trabajar con el cuerpo. Se le dificulta mucho conectar con este y verbalizar qué siente. Logra decir que sus piernas tiemblan, mientras que su respiración demuestra cierto ahogo. No logra conectar con la mirada de la psicóloga y la practicante, cuando lo intenta se angustia. Comenta que solo puede mirar a su madre, hermanas y abuela.

A nivel judicial, desde el momento de la denuncia no hubo novedades, meses después ante la falta de respuesta la abuela materna se contacta con un abogado que

moviliza el proceso. A partir del momento en que la madre cuenta esto, se comienza a trabajar con Romina sobre la instancia judicial, generando el espacio donde poder ir poniendo palabras a las angustias que suelen movilizar estas instancias. En este mismo encuentro, Romina menciona “hay cosas que mi hermana no sabe”. Se propone que comience a escribir en un cuaderno, que se cree su propio “diario íntimo” donde pueda ir contando lo que no puede decir en voz alta, y se comienza a agendar semanalmente.

Romina relata que le cuesta dormir algunas noches, se le vienen pensamientos feos y en ese momento escribe en el cuaderno. Por primera vez menciona a su padre, cuenta que está haciendo actividades con este y su hermana Laura, y asistiendo a reuniones de la familia paterna, lo que le genera incomodidad.

Finalizado el octavo encuentro en un pasillo del Centro, la madre le comenta a la psicóloga que está preocupada, dice que Romina está muy enojada últimamente. Comenta que un día se delineó los ojos y se peinó, y cuando ella le dijo “estás hermosa” o “qué lindo te queda”, se lo sacó y se lavó la cara enseguida.

Ante la invitación de la psicóloga a que lleve el cuaderno a la consulta, Romina al siguiente encuentro lo lleva, remitiendo a que no quiere que sea leído en su presencia. En el cuaderno, Romina cuenta diversas situaciones de abuso por parte de su padrastro, escribe: “comenzó en 2019”. Le preocupa la hermana, “lo que haya vivido”. Menciona que muchas de las cosas que vivió nadie las sabe. Cuenta que le gustaba un chico en la escuela, le pidió el número y le escribió; cuando la pareja de la madre le ve el celular, se lo saca por 13 días y le dice que se lo devuelve si ella “se deja hacer lo que él quiera”. Cuando relata el primer abuso dice que la madre estaba mirando la tele con las hermanas, y ella había ido a pedirle el celular a su padrastro que se encontraba en otra habitación, en ese momento él le pide que lo abrace, ella lo hace y él le mete la mano por debajo de la ropa y le “toca la vagina”. Cuenta que desde ahí “llora” y está de “mal humor”.

Debido a la emergencia sanitaria que se atravesó durante ese año, Romina no tuvo que asistir a clases presenciales en Montevideo durante un largo período de tiempo. Tenía muy buenas notas, aunque en las clases no prendía la cámara y comentaba no tener contacto con ningún/a compañero/a. Con el comienzo de clases presenciales, se muestra muy nerviosa y con miedo, al abordar esto se angustia. En cierto momento, Romina menciona “soy vergonzosa”, lo que da lugar a abordar el trauma desde sus sentimientos de miedo y gran vergüenza. Ante la pregunta de qué le perturba del comienzo de clases, menciona “la mirada de los otros”.

Habiendo pasado 4 meses se mudan con la madre y hermanas, Romina trae esto con alegría; es el primer encuentro en el que se le visualiza un cambio de ánimo notorio. Este día luego de relatar un sueño donde aparece su gata, nombra por primera vez al abusador, diciendo que “Juan” es quien la cuida y le da de comer. Al decir su nombre, se

angustia y llora. A lo largo de los encuentros se insiste en que pueda ver que en ese momento está en un lugar seguro y se enfatiza en la red de contención con la que cuenta.

Luego de varios encuentros en los que se la nota desganada y desmotivada con el espacio, se propone continuar con una frecuencia mensual. La madre insiste en la importancia de que continúe mientras que Romina plantea no tener ganas. Se desconoce actualmente si sigue teniendo lugar la intervención, ya que mi proceso como practicante en el Centro de Salud finalizó en enero del presente año.

Marco Teórico y Articulación Conceptual

El Contexto como Texto

Lo invisible no es ... lo oculto, sino lo denegado, lo interdicto de ser visto.
(Fernández, 1993, p. 120)

Abordar la dimensión subjetiva, personal y desde la particularidad de cada caso es necesario y fundamental, pero no suficiente, tanto para la comprensión como para el momento de la intervención. Se hace imprescindible el diálogo constante entre la situación de AS como forma particularizada de violencia basada en género y generaciones (VBGG) y aquella estructura que la produce mientras se produce a sí misma. Este diálogo que da lugar a la reflexión posibilita realizar diagnósticos de la realidad menos lineales y simples (Esteban, 2003), pensandola desde su complejidad. Es decir que “no puede resumirse en una palabra maestra, ... no puede retrotraerse a una ley ... no puede reducirse a una idea simple” (Morin, 1990, p. 21). En esta complejidad radica la potencia, ya que mientras se obra con lo incompleto, lo imperfecto y con la incertidumbre de los procesos sociales se abre la posibilidad al despliegue de aquellas potencialidades transformadoras (Castelli et al., 2015, p. 94).

El presente apartado pretende pensar en y más allá de las situaciones particulares de violencias, para así hacer texto el contexto dando luz a las sombras que produce y reproduce el sistema. Se buscará re-pensar el concepto de violencia y considerar cómo atraviesan la cuestiones de género y generaciones en las situaciones de abuso sexual a niñas y adolescentes, tomando a la interseccionalidad como categoría analítica que permita pensar al sujeto desde la complejidad de estos múltiples atravesamientos (Severs et al., 2017, p. 42). Montero (2003) plantea que uno de los objetivos de las intervenciones “es develar, atacar, erradicar las naturalizaciones que en nuestra vida cotidiana contribuyen al

mantenimiento de situaciones dañinas para los individuos y los grupos.” (Montero, 2003, p. 34).

Violencia

La Organización Mundial de la Salud en su clasificación ubica al abuso sexual como un tipo de violencia interpersonal: violencia sexual (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003). Esta repercute más allá del acto en sí mismo teniendo un enorme impacto en la integridad física y psicológica del sujeto, comprometiendo su bienestar y desarrollo, por lo que constituye una grave violación a los derechos humanos (Ministerio de Salud Pública y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [MSP y Unicef], 2018, p.15).

Este trabajo se introduce en el hogar de niñas y adolescentes, en la violencia sexual que se da a manos de quienes se piensa y espera protejan y cuiden. Sin olvidar las particularidades de cada caso, algunos autores toman la idea de que esta violencia sería un emergente de aquello que ocurre en otros espacios (Loureiro, 2003). Por lo que se torna imprescindible generar una conciencia social e histórica de las circunstancias, poniendo el foco en la multiplicidad de elementos heterogéneos que se expresan en el concepto de violencia.

Galtung (2016) propone pensar en un “triángulo de la violencia”, donde en un vértice estaría la violencia directa, y en los otros dos la violencia estructural y cultural, “estando institucionalizada la estructura violenta e interiorizada la cultura violenta, la violencia directa también tiende a formalizarse, convertirse en repetitiva, ritual” (p. 168). En otras palabras Han (2016) plantea que la violencia directa o manifiesta -como él la denomina-, que en este caso correspondería a las situaciones de abuso sexual intrafamiliar en la infancia y adolescencia, remiten a una estructura implícita que escapa a la visibilidad, no siendo en rigor invisible sino que está invisibilizada. Esto dificulta dar luz a la relación de dominación imperante en la violencia, y allí reside su eficacia (Han, 2016, p. 117).

La estructura a la que hacen alusión ambos autores está constituida por relaciones de poder que se encuentran profundamente enraizadas en el nexos social, y de las cuales es imposible imaginar su desaparición, considerando al poder como acciones estructurando otras acciones posibles (Foucault, 1996, p. 16). El abuso sexual, ese acto de violencia en tanto asesinato de la alteridad y la libertad, incapaz de dejar ser al otro como sujeto, constituye un desgarramiento y una ruptura que posibilita la visibilización de la estructura jerárquica de poder y violencia (Han, 2016).

Género

En el presente trabajo se utiliza el término *niñas*, sin pretender negar la existencia de situaciones de abuso sexual hacia niños, sino en tanto decisión política que pretende dar

visibilidad a este grupo de personas. La elección radica en tres cuestiones principales: 1. La nominación y su poder de hacer existir. Nombrar el malestar específico del género mujer, va más allá de un acto semántico, ya que se realiza en un campo cultural y político en constante lucha (Fernández, 1993, p. 129). El lenguaje es aquello que nos conforma como sujetos sociales y nos estructura psíquica y culturalmente (Lamas, 1994), y es desde allí que se resalta la importancia de nombrar a las *niñas*. 2. Las grandes teorías del pensamiento occidental pensaron lo humano como masculino (De Barbieri, 1993), este análisis pretende realizar un giro en la forma de construcción del conocimiento y percepción de la(s) realidad(es). 3. Los datos presentados por el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) en el Informe del año 2021, indican que el 75% de las situaciones de abuso sexual registradas en ese año en el Sistema de Información Para la Infancia (SIPI) de INAU y/o abordadas en los Comité de Recepción Local (CRL) del SIPIAV fue hacia niñas y adolescentes mujeres. Números similares se registran en informes de años anteriores (SIPIAV, 2021). Por su parte, Tuana (s.f) comenta que la mayoría de los casos “son situaciones de abuso sexual por parte de padres hacia sus hijas mujeres, en segundo orden padrastros [y] en tercer lugar hermanos mayores, abuelos, tíos, padrinos, amigos de la familia, vecino, entre otros” (p. 27).

Lamas (1994) plantea que la categoría género surgió como una forma de poner el foco en la simbolización que cada cultura hace a partir de las diferencias sexuales de los cuerpos, es esta quien establece normas y expectativas sobre lo que es propio para cada sujeto. Por lo que el binarismo Hombre-Mujer, y lo atribuido como propio a cada uno, es una realidad simbólica y cultural más que biológica.

Distintas prácticas y discursos han contribuido a lo largo del tiempo en la conformación y asentamiento de la idea de una “naturaleza femenina” caracterizada por la pasividad, fragilidad, emotividad y dependencia, cualidades que al ser unidas a lo biológico quedan congeladas y naturalizadas transformándose en universales (Fernandez, 1993). Giberti (2014) plantea que estas relaciones de poder entre los géneros ocupan un lugar primordial en los abusos sexuales, más en concreto, en el incesto. A través de esta práctica se pone en acto el poder del Hombre sobre la impotencia femenina que encuentra su sostén en lo biológico (p. 164).

Retomando los planteos de Fernández (1993), si bien en la actualidad las mujeres están ocupando otro lugar en la sociedad, la desigualdad persiste como resultado de la naturalizada inferiorización histórica-social del género femenino. Los sistemas de género son sistemas de poder, en tanto la Mujer y el Hombre “son el resultado histórico de la dinámica de su correlación de fuerzas en el orden del poder” (Fernández, 1993, p. 112). Es por esto que tiene tal importancia el movimiento que generó el feminismo al ampliar la noción de política y pensar en la dimensión política de la vida privada.

Tuana (s.f) propone a la violencia sexual como una de las expresiones más duras de la discriminación por razón de género. “El paradigma de la sexualidad construida en función del varón, genera desventajas e inequidad en todos los órdenes de la vida y es discriminatorio y responsable directo de la violencia y la victimización de mujeres ... y niñas” (p. 27)

Lo público y lo privado

Fernández (1993) ubica en lo *público* al espacio del Estado y sus instituciones, lo político y el mercado, mientras que en la esfera de lo *privado* sitúa la vida doméstica (p. 133). Con el ingreso en la modernidad del hombre a lo público, la mujer queda sujeta a la familia y el hogar (p. 151).

Históricamente el espacio público fue atribuido a lo masculino y el privado al femenino, y si bien se vienen dando cambios a partir de los movimientos feministas de finales de siglo, como bien propone Fernández (1993) las “nuevas prácticas no han superado a las viejas sino que coexisten con ellas generalmente en tensión conflictiva de no poco tenor” (p. 185) En el interjuego de las significaciones entre lo público y lo privado, también se instituye un juego de visible e invisible, valorado y devaluado, incluido y excluido; dónde lo segundo de estas polaridades se adhieren como características del género femenino, quien encarna lo privado.

Desde otra óptica, Deus (s.f.) plantea que las concepciones dominantes, durante mucho tiempo, hicieron una clara separación entre la esfera de lo público y de lo privado. Como bien lo plantea nuestra Constitución, el hogar (esfera de lo privado) se define como un “sagrado inviolable”, llevando a que el Estado no pueda intervenir en conflictos intrafamiliares. Así, la violencia hacia mujeres y el maltrato y abuso hacia niñas en su propio hogar quedó históricamente oculto (p. 84). Este trabajo, en cambio, adhiere a los planteos de Rozanski (2003) quien expresa que “todo asunto en que un niño[a] pueda resultar víctima -sea de maltrato o abuso- pasa a ser indiscutiblemente público” (p. 53).

Generaciones

Volviendo a los datos que presenta el Informe del SIPIAV (2021), se observa que del total de situaciones de abuso sexual registradas, el 90% de las personas abusadas tenían 17 años o menos. De este grupo, el 45% tenían entre 13 y 17 años, y el 39% entre 6 y 12 años. Estos datos no son tomados como reflejo de la totalidad de situaciones reales de abuso sexual, sino que se trata de aquellas denunciadas y/o donde hubo intervención institucional. Para que esa instancia de visibilización exista, un conjunto de factores -fuertemente marcados por el contexto y el momento socio-histórico- deben ponerse en juego y generar las condiciones de posibilidad de despliegue. Aún así, se retoman estos

datos a fin de pensar la variable generacional como productora de desigualdad a la hora de comprender la problemática del abuso sexual. Niñas y adolescentes se encuentran en condiciones de muy alta vulnerabilidad en relación a este, debido a la vigencia de modelos discriminatorios en nuestra sociedad (Tuana, s.f., p. 25).

Al utilizar los conceptos infancia y adolescencia se suele dar por sentado que se sabe de qué se habla, pero estas categorías poco tienen de unívocas y universales. Se tratan de etapas de la vida que están social y culturalmente definidas (De Barbieri, 1993), siendo los adultos quienes suelen construir los discursos sobre estas. A partir de la Convención por los Derechos del Niño (CDN) se buscó romper, en cierta medida, con el modo patriarcal y adultocéntrico de pensar a las infancias, comenzando un proceso de transición desde un sistema tutelar represivo en el que se concebía a niñas y adolescentes como seres incompletos que requerían de una tutela adulta, a pensarlas desde la responsabilidad garantista como sujetos de derecho (Campos, 2009, p. 354). El viejo modelo no ha sido superado, siguen conviviendo en la actualidad ambos con sus prácticas y discursos en un interjuego de fuerzas.

Durante mucho tiempo se pensó a la niña desde su inmadurez biológica, el desamparo y la dependencia, integrando estas cualidades a la valoración de ella y posibilitando que el adulto la considere de su propiedad, desconociendo así, su lugar como sujeto activo, con el enorme peligro que esto significa (Ulriksen, 2005). “El mundo adulto ha reducido a las niñas, niños y adolescentes a objetos de su propiedad a tales extremos que estos “objetos de propiedad” también sirven para la gratificación sexual o la gratificación de someter” (Tuana, s.f., p. 27).

Tanto si pensamos en la indefensión del bebé humano que lo lleva a necesitar de un otro para sobrevivir, como si nos posicionamos desde considerar a niñas y adolescentes como sujetos de derechos, el lugar de un otro -adulto/Estado- es indispensable, no en tanto autoridad del tutelado, sino como garante y referente de cuidado y protección (Giberti, 2014). En las situaciones de abuso sexual intrafamiliar quien debería ocupar ese lugar es quien violenta.

La niña como categoría histórica durante mucho tiempo fue invisibilizada, Giberti (2014) relaciona esto no solo con ser considerada “pequeñas mujeres” sino debido al deseo sexual del padre (o quien ocupa tal función) alrededor de ella. “Dado que la niña aún no sirve para reproducirse, carece de utilidad socialmente reconocida. Inutilidad superada o resuelta por la práctica del incesto tolerada por el orden patriarcal” (Giberti, 2014, p. 14).

Encuentros entre la teoría y la clínica

¿Fue ese zarpazo un intento de llevarme a pedazos?
 O, por el contrario,
 el hedor que le carcome es tanto que le desborda,
 que quería dejar algo de ello en mi cuerpo,
 hacerme compartirlo, también llevarlo.
 Insecto que deposita su larva siniestra en ser viviente
 para que le coma por dentro.
 - Patricia Karina Vergara Sánchez, *Indómita Versa*.

La siguiente articulación retomará algunos puntos de la experiencia clínica presentada a modo de generar un análisis; no pretende ser un texto que agote la experiencia, sino por el contrario, constituye un movimiento de apertura.

A lo largo de la misma, se utilizará el término *agresor* considerando que es el más utilizado en la bibliografía consultada y a efectos de hacer dinámica la lectura. Cabe destacar, que algunos autores han hecho una reflexión crítica tanto sobre este concepto como sobre el de *abusador*, ya que conllevan la existencia, en contraposición, de una *víctima*, lo que se desarrollará más adelante (Arias, 2012).

Abuso Sexual en Infancias y Adolescencias

Romina llega al ERVBBG del Centro de Salud ya que ciertos profesionales de la salud previamente detectaron una situación de “Abuso Sexual Infantil” y realizaron la derivación pertinente. Giberti (2015) define al ASI como “un acto sexual impuesto a [una niña] cuyo desarrollo afectivo y cognitivo es insuficiente para que pueda comprender plenamente la naturaleza del acto propuesto y realizado, y que no está en posibilidad de aportar su consentimiento” (p. 34).

El abuso sexual en la infancia y/o adolescencia constituye uno de los acontecimientos que genera los daños más graves y perjudiciales que puede sufrir el sujeto para su desarrollo y bienestar tanto físico como psíquico, en el presente y futuro (Deus, s.f, p. 83). La misma autora plantea que a nivel físico pueden generarse daños tanto temporales como permanentes, como por ejemplo, incontinencia, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados e incluso la muerte (p. 83).

A nivel psíquico, Intebi (2008) compara el daño con un “balazo en el aparato psíquico” de la niña o adolescente (p. 173). Constituye uno de los traumas más importantes,

ya que la situación abusiva desborda la capacidad de elaborar la experiencia vivida, generando así una situación de estrés post trauma con una sintomatología de lo más variada (Intebi, 2008).

Romina expresa que se le suelen imponer imágenes del abuso, que no solo no puede controlar sino que se da sistemáticamente generando un enorme malestar. Intebi (2008) plantea que esta es una de las sintomatologías más frecuentes que se presentan ante un hecho traumático de tal magnitud devastadora para la psiquis de la niña y/o adolescente. A estas imágenes que se imponen en la conciencia de Romina, se le suman aspectos que hablan de un trastorno del sueño: insomnio y pesadillas recurrentes, estas últimas muchas veces relacionadas al abuso.

¿Qué defiende cuando nadie defiende?

Como plantean Franco et al. (2018) el abuso sexual infantil es un traumatismo desarticulador “de los trazos identitarios básicos constituyentes del psiquismo. El Yo, a pesar de lo construido, podría desarticularse, comprometiendo la relación del sujeto consigo mismo y con la realidad” (p. 71). Esto lleva a que se activen ciertos mecanismos defensivos que cumplirán la función de mantener alejadas las experiencias traumáticas de los sentimientos ligados a esta, para así proteger el psiquismo en desarrollo ante algo tan desgarrador para la existencia.

En Romina uno de los mecanismos defensivos que se hace más visible en el acontecer clínico es la disociación, en la cual los pensamientos, sentimientos y experiencias vividas no son integrados ni a su conciencia ni a su memoria. Si bien le posibilita una cierta adaptación al entorno, debido a la intensidad y cronicidad de los hechos traumáticos vividos, el mecanismo se cristalizó activándose no solo ante una situación de riesgo (Intebi, 2008). Esto desemboca en cierta rigidez psíquica acompañada del hecho de que las emociones parecieran congeladas. García (2017) menciona que cuanto mayor sea esta “anestesia psíquica” en la niña o adolescente, más grave es el trauma.

Al pensar en los diferentes elementos que fueron surgiendo a lo largo de los encuentros con Romina, tanto aquello del orden de lo dicho como de lo no dicho, se puede proponer que estos muchas veces se contradicen y superponen. Este hecho puede llevar al error de sugerir que el relato no es verídico y poner así en riesgo su credibilidad. Se debe tener en cuenta en todo momento que los mecanismos de defensa están en juego, y como parte del esfuerzo por mantener alejado lo traumático, la memoria se puede ver comprometida y los tiempos distorsionarse, tornándose confuso el discurso. A su vez, en el momento en el que sucedían las situaciones abusivas, esa misma persona que abusaba y dañaba, era la que brindaba afecto y ocupaba un lugar muy relevante en la vida de Romina,

por lo que en ese momento la única vía de escape posible también fue la disociación (Tuana, s.f.).

Cuerpos congelados

La presentación de Romina desde el primer encuentro transmitía un cuerpo rígido, con la espalda curva, la mirada puesta en sus propias manos, una mirada vuelta hacia sí misma sin conectar con el otro en ningún momento. En las instancias donde se busca trabajar a partir de la mirada como canal que le permita volver a conectar con el mundo, solo lo consigue mantener por unos pocos segundos ya que le genera una enorme angustia. Gonçalves (2016) plantea que muchas veces como defensa la niña o bien vive fuera de su cuerpo, o por el contrario, como sucede en Romina, “congela su energía en el núcleo, imponiendo una barricada sobre el mundo” (p. 24).

Una persona en la que Romina confiaba, y que ocupó el lugar de figura paterna durante la mayor parte de su vida, le causó un enorme daño traicionando su confianza básica, lo que le lleva a la creencia de que el mundo es un lugar peligroso y las personas no son confiables (Intebi, 2008), por lo que debe protegerse. Todo esto genera un sentimiento de gran desconfianza que se hace presente desde el primer encuentro, tomando mayor fuerza cuando tiene que comenzar a asistir a clases presenciales. A esto se suman intensos sentimientos de culpa y vergüenza frecuentes en niñas abusadas en edad escolar (Echeburúa y de Coral, 2006), lo que lleva a que se aísle eludiendo el contacto tanto con sus pares como con el resto de los adultos. Se observa que le sucede cuando comienza a asistir a reuniones con la familia paterna, lo que le genera gran incomodidad y malestar. Un punto muy importante del abordaje terapéutico debe ser elaborar estos sentimientos, ya que pueden desembocar en malestares mayores como agresividad hacia los otros o autoinfligida (Intebi, 2008).

Como plantea Intebi (2008) no todas las niñas o adolescentes abusadas sexualmente responden al impacto emocional generado por el hecho traumático de igual forma. Algunas como Laura -hermana mayor de Romina- lo hacen con mayor agresividad y externalización, Romina en cambio, revierte el impacto sobre sí misma. Las niñas y adolescentes que toman esta última forma, se caracterizan por ser silenciosas, retraídas, pseudoadaptadas, depresivas, pasivas y con diversas manifestaciones somáticas (p. 181).

La monstruosidad sin monstruos

El abuso sexual hacia niñas y adolescentes es un proceso planificado por el agresor con acercamientos progresivos, sobornos, secretos compartidos, rituales y amenazas (MSP y Unicef, 2018, p. 25). Ejemplo de esto, es la situación de soborno contada por Romina en el cuaderno, donde el agresor le saca el celular y le dice que se lo devuelve si ella “se deja

hacer lo que él quiera". Intebi (2008) plantea que "durante el proceso de "seducción" el adulto aprende qué cosas le gustan a la [niña] y qué no, conoce sus preocupaciones y temores y utiliza esta información para inducirla hacia el contacto sexual" (p. 166).

El agresor no es un ser excepcional, anormal, un "monstruo". Al pensar en la dinámica del abuso, observamos que la mayoría de las veces el acercamiento del agresor a la niña o adolescente no se da mediante el ejercicio de la violencia física directa, por el contrario, el acto violento puede camuflarse en una demostración excesiva de afecto. Estos primeros acercamientos suelen ser interpretados como demostraciones de afecto exageradas o como parte de un juego compartido (Intebi, 2008, p. 165). Romina cuenta cómo el padrastro le pide que le dé un abrazo y a partir de ahí tiene lugar el abuso.

Develar: correr el grávido velo

El abuso sexual sucede durante muchos años en el silencio, el dolor, la angustia, la soledad y el miedo (Tuana, s.f., p. 28). Como plantean Echeburúa y de Coral (2006) el descubrimiento o develamiento -si este tiene lugar- suele darse meses o incluso años después de los primeros sucesos. En este caso, es Laura quien devela el abuso, 8 años después del primer hecho y lo hace en una discusión familiar. Intebi (2008) propone que es en los conflictos familiares donde muchas veces se desenmascara lo sucedido, llevando a que el relato en los adolescentes se torne menos creíble como si se tratara de una excusa a sus desobediencias (p. 153). En este punto, se hace necesario resaltar la importancia de que la madre le creyera cuando devela el abuso, ya que de lo contrario la duda de si Romina estaba viviendo lo mismo, no hubiese existido.

En un primer momento ante la pregunta de la madre, Romina niega el abuso, cuando logra vencer el terror y romper el silencio ya hace mucho tiempo que este ocurre, lo que suele ser característico en estos casos. Se genera en la niña un gran sentimiento de culpa por acusar a una persona tan cercana y por "no cumplir con la obligación de mantener unida la familia" (Intebi, 2008, p. 154), sumado a la vergüenza por lo ocurrido, por sentir que lo permitió y mantuvo el secreto durante tantos años. El agresor, según plantea Intebi (2008), en cierta medida saca partido del hecho de provocar una respuesta fisiológica placentera para la niña al ser estimulada en sus zonas erógenas. Esta percibe que algo malo y absolutamente repudiable por la sociedad le generaba en cierto punto placer, lo que contribuye enormemente a que se genere el sentimiento de culpa y responsabilidad.

Las huellas del horror

Como bien se plantea en el Protocolo para la Atención a Personas en Situación de Violencia basada en Género y Generaciones uno de los primeros pasos a seguir cuando llega una situación, y que busca contribuir a brindar las respuestas adecuadas, es evaluar

las consecuencias que ha ocasionado la(s) situación(es) de violencia en la niña o adolescente (Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE], 2020).

Las heridas producidas por el hecho traumático suelen ser de tal magnitud que se hace muy difícil predecir con exactitud cómo cicatrizará ese psiquismo y cuáles serán sus secuelas (Intebi, 2008), aún así, existen diversos factores que pueden ayudar a predecirlas con mayor o menor exactitud, algunos de los cuales se buscarán desglosar a continuación.

En cuanto a la situación de Romina se debe tener en cuenta el vínculo con el agresor, quien es un adulto de mucha confianza para ella, más allá del parentesco es importante considerar el nivel de intimidad emocional presente (Echeburúa y de Corral, 2006). La proximidad afectiva e intimidad pueden generar un mayor impacto psicológico y daño potencial (MSP y Unicef, 2018, p. 26).

Echeburúa y de Corral (2006) plantean que el efecto en la niña o adolescente se suele ver agravado si esta se ve obligada a abandonar el hogar, como sucedió con Romina, quien ante la develación del abuso la ida del hogar fue su consecuencia inmediata. Si bien este acto tiene su lado protector que se desarrollará más adelante, también conlleva el sentimiento de que su develación tuvo como resultado la partida abrupta del lugar donde ella había pasado la mayor parte de su vida. En reiterados momentos recuerda con añoranza a sus pares, sus mascotas y su pueblo, la adaptación a vivir en Montevideo le significó un enorme desafío.

Otro aspecto a considerar es la cronicidad, al igual que con la intimidad se entiende que a mayor tiempo transcurrido desde el inicio del abuso, mayor es el daño potencial (MSP y Unicef, 2018, p. 26). En el cuaderno Romina menciona que comenzó en el año 2019, pero ciertos elementos clínicos ofrecidos por la madre, como su timidez en la escuela, su retracción y llanto fácil, así como el sentimiento de indefensión y gran vulnerabilidad, hacen pensar en que la cronicidad e intensidad del abuso fue aún mayor. Al mismo tiempo, estas características nos llevan a pensar en cierta "fragilidad psíquica previa" que podría significar mayores dificultades en la evolución (MSP y Unicef, 2018, p. 26).

Otra de las variables a considerar a la hora de evaluar el daño, es el tipo de conducta abusiva (MSP y Unicef, 2018, p. 26). Romina relata intrusión y tocamiento, pero también menciona que hay mucho que vivió que nadie sabe. En la mayoría de los casos las conductas abusivas no se suelen limitar a hechos aislados, e incluyen tanto contacto físico (genital, anal o bucal) como la utilización de la niña o adolescente como objeto de estimulación sexual del agresor (Echeburúa y de Corral 2006, p. 76).

Si bien todas estas variables parecen dar un pronóstico un tanto desalentador, hay una de ellas que brinda grandes posibilidades de restauración del daño: el sostén familiar y social (MSP y Unicef, 2018, p. 26). Se visualiza un gran sostén por parte de su madre y abuela, quienes le creyeron desde el primer momento, esa sensación de ser creídas es uno

de los mejores mecanismos para predecir una buena evolución (Echeburúa y de Corral, 2006). Como lo plantea Intebi (2008) el modo en cómo las madres (o figuras de cuidado) de la niña reaccionan ante el develamiento es crucial para la recuperación de estas. Ambas han incentivado a que Romina no faltara a ninguna de las consultas agendadas, y tanto antes como luego de cada consulta se mostraron atentas y dispuestas.

Voces que (d)enuncian. Cuerpos que acompañan.

¿Por qué hablar del horror?
 ¿Por qué remover los escombros?
 ¿Por qué escribir en las paredes,
 ... con tiza que no renuncia,
 que no cansa?
 No es que no pueda ser yo feliz,
 sólo es que no soporto
 que se consienta el cinismo:
 “Aquí no ha ocurrido nada”.

- Patricia Karina Vergara Sánchez, *Indómita Versa*.

A través del siguiente apartado se pretende generar un análisis del conjunto de prácticas y discursos que tienen lugar a diferentes niveles, posibilitando una visión más global y compleja, que permita lecturas más ajustadas de la realidad y en consecuencia dirigir mejor las intervenciones (Esteban, 2003, p. 26).

El Sistema de Salud como actor determinante

Como se ha venido hablando, el abuso sexual intrafamiliar es un fenómeno que genera enormes daños en niñas y adolescentes que sufren o han sufrido estas situaciones, para quienes es muy difícil la reivindicación de sus derechos, tanto por su edad como por ser parte de una cultura patriarcal y adultocéntrica. Por esta razón, es que Tuana (s.f.) hace énfasis en la importancia del rol de adultos y adultas, profesionales y ciudadanas en la protección y promoción de la restitución de sus derechos (p. 42). Cuando los adultos de la familia no han cumplido ese rol, otros actores de la comunidad, como profesionales y técnicos del sistema de salud, se vuelven aún más relevantes.

Deus (s.f) mantiene una postura crítica en cuanto a las herramientas con las que cuenta el personal de la salud para abordar situaciones de VBG. La autora propone que

estas, muchas veces, son insuficientes para realizar intervenciones eficaces, lo que ocasiona un gran sentimiento de impotencia (p. 84). A modo de soslayar este déficit y con el objetivo de brindar herramientas para la atención integral, el Equipo Coordinador de Referentes de ASSE elaboró un Protocolo para la Atención a Personas en Situación de VBG, que en el año 2020 tuvo lugar su tercer edición. Allí se detallan los objetivos de las intervenciones en VBG desde el sector salud, así como también criterios a tener en cuenta (ASSE, 2020).

En dicho protocolo se plantea que todos los profesionales y técnicos de la salud deben contar con las herramientas que les permitan dar una primera respuesta ante una situación de VBG “desde una perspectiva de Derechos Humanos, género, generaciones y diversidad contemplando la interseccionalidad y el trabajo interdisciplinario e interinstitucional” (ASSE, 2020, p. 38) En la práctica se puede ver cómo muchas veces estas actividades terminan siendo competencia exclusiva del ERVBG, como sucede en el caso presentado.

Todas las unidades ejecutoras del país deben contar con dicho equipo, siendo alguno de sus objetivos: la promoción de “la organización del proceso asistencial”, la atención de aquellas “situaciones de alto riesgo en conjunto con el equipo de salud tratante”, la orientación al personal de salud, la contribución en la “implementación de actividades de prevención y promoción”, la participación “del trabajo en red con otras instituciones”, entre otros (ASSE, 2017, p. 11).

El lugar que ocupa el PNA en estas situaciones es central, en tanto es aquel, como plantean Vignolo et al. (2011) encargado de resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes. Los modos más habituales de resolverlas es a través de la promoción de salud y prevención de la enfermedad, también puede incluir procedimientos de recuperación y rehabilitación (p. 12) Se trata del nivel más cercano a la población, lo que permite una adecuada accesibilidad (p. 12). Los profesionales y técnicos que lo conforman deben constituir un equipo en el que las usuarias tengan la confianza de que garantizarán su atención y protección integral, más aún en lo que refiere a la infancia y adolescencia. Se deben generar prácticas que protejan los derechos de niñas y adolescentes entendiendo a éstas como titulares de los mismos, incluyendo el derecho a la privacidad, libertad y autonomía progresiva (Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay, 2012).

El lugar de la Psicología en el cambio del modelo de atención en salud

El presente trabajo se enfoca en una experiencia de reparación y restitución de daños a partir de una intervención de tipo asistencialista, siendo este el modo de intervención más recurrente en los ERVBG, justificado por la alta y creciente demanda.

Saforcada (2001) menciona que en muchos casos esto es un efecto de la ausencia de actividades de protección y prevención primarias no biológicas (p. 49). La puesta en marcha de ese tipo de acciones significa un cambio en el modelo de atención en salud dominante en Uruguay, el cual ha estado históricamente centrado en la atención a la enfermedad y la rehabilitación. Esta es una de las líneas que se impulsa en la reforma de la salud propuesta a través de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el año 2007 (Giménez, 2012). A 15 años de la promulgación de la ley, es indiscutible la persistencia del modelo biomédico de atención en salud, ya que como plantea Giménez (2012) está conformado por prácticas establecidas y cristalizadas de larga data tanto en las instituciones, en el personal de la salud, como en la población en su conjunto (p. 3).

La psicología como respuesta a la hegemonía imperante es potencialmente determinante en la contribución al cambio del modelo de atención en salud. Esta disciplina desde su lugar puede abrir la mirada a todas esas variables histórico sociales determinantes del proceso salud-enfermedad-atención (Gandolfi, 2002, p. 26). Morales Calatayud (1997) define a la Psicología de la Salud como “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud”, al mismo tiempo le concierne “el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación” (p. 88).

Morales Calatayud (2002) propone pensar el problema de la salud y la enfermedad como un problema “esencialmente humano”, que tiene su origen en la “representación subjetiva de la realidad, la vida afectiva y el comportamiento” de las personas como parte de un grupo social (p. 16). Tradicionalmente, no se le ha otorgado la suficiente importancia a este aspecto “humano” del proceso salud-enfermedad, por parte de los campos de saberes dominantes en el tema. La psicología, como construcción científica, debería contribuir a la comprensión de estos procesos (Morales Calatayud, 2002, p. 17). “Es necesario incorporar el saber psicológico, de manera amplia, a la comprensión de todo el proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud positiva hasta las manifestaciones de enfermedad más severas y el proceso mismo de morir” (Morales Calatayud, 2002, p. 17).

En muchas oportunidades cuando se incorpora psicólogos al trabajo desde un PNA, Cortázar (2002) plantea que se realiza fundamentalmente desde el modelo médico-clínico propio del paradigma “Individual-Restricativo”, propuesto por Saforcada et al. (2010). Este paradigma considera a las personas individualmente, a lo sumo a la familia, como unidades aisladas, no dejando lugar a los abordajes desde la promoción y prevención en salud, lo que evitaría llegar a sufrimientos mayores. Estos son “indispensables para mejorar la calidad de vida y lograr el desarrollo integral de la sociedad” (Saforcada, 2001, p. 49). La eficacia y eficiencia del quehacer del psicólogo en el campo de la salud aumenta cuando se

comprende la importancia del tejido social y las características psicosocioculturales de las comunidades en el proceso de salud (Saforcada et al., 2010, p. 35).

En lo que respecta al abuso sexual intrafamiliar en la infancia y la adolescencia y el abordaje realizado desde el sistema de salud, vemos como no solo está predominantemente enfocado en la rehabilitación, sino que las acciones de prevención y promoción en salud constituyen un deber a nivel internacional. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en un documento titulado Acción para poner fin a la explotación y el abuso sexual de las niñas, niños y adolescentes (2020), expresa las dificultades que se está teniendo en materia de prevención de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes (NNA). Allí mismo se plantea la ausencia de un “plan maestro” que guíe estas acciones. A nivel estatal y de políticas públicas se debe trabajar en fortalecer lo propuesto por la Convención sobre los Derechos del Niño en el año 1989, donde se estableció la obligación estatal de proteger a NNA de “cualquier forma de violencia, descuido, maltrato, y explotación y abusos sexuales, así como de implementar procedimientos y programas sociales de prevención y respuesta” (Unicef, 2020, p. 22).

Re-pensando el vínculo con infancias y adolescencias

La puesta en marcha de la reformulación en la mirada que socio-culturalmente se tiene sobre las infancias y adolescencias, es tan solo un punto de partida en la deconstrucción del vínculo del adulto/profesional interviniente con la niña o adolescente (Tollo, 2021). “Un prerrequisito para alojar la palabra del otro en la escucha es lograr la intimidad del espacio” (Tollos, 2021, “Pensar con el niño”, párr. 4). Considerando que no toda forma de ejercicio de poder es opresora (Montero, 2003, p. 32), entre el terapeuta y la niña/adolescente hay una asimetría necesaria, que sin transformarse en una réplica de modelos adultomorfos, posibilita la generación de un espacio protector (Tollos, 2021) y capaz de recuperar la potencia. La escucha se debe constituir en un acto de sostén y hospitalidad, lo cual sólo es posible desde una posición de desamparo de las certezas de los profesionales intervinientes (Stolkiner, 2019), este desamparo posibilita una escucha respetuosa de la otredad y su potencia.

Se debe tener presente que las niñas y adolescentes sienten una gran vergüenza, por eso es que suele ser muy difícil para ellas expresarse; es necesario darles el tiempo para que adquieran la confianza necesaria y se sientan cómodas en el espacio y respecto al vínculo (Velázquez et al., 2013). La constitución de un lugar seguro debe tener como elemento medular la disposición de un clima de confianza que le permita a la niña o adolescente sentir la tranquilidad de que lo que allí exprese será cuidado y alojado (Tollos, 2021). La imposibilidad de generar contacto visual en Romina, su cuerpo ensimismado, la ausencia de palabra y la rigidez en la comunicación, son algunos de los elementos clínicos

que al ser persistentes, llevan a presumir que el vínculo de confianza no llegó a generarse como hubiese sido deseable.

La construcción de un espacio seguro es la base de cualquier intervención psicológica, más aún en casos de AS donde la confianza se encuentra completamente resquebrajada, lo que significa un gran desafío. Recién cuando el espacio seguro está conformado y la niña o adolescente confía en el vínculo, puede compartir el hecho traumático desplegándose así la posibilidad de transformarlo en experiencia, al ser conectado con el afecto que desconectó en un primer momento como modo de protección (Franco et al., 2018). La fuerza radica cuando se toma al sujeto como un ser de potencialidades, las cuales a partir del abordaje y el vínculo, se rescatan y desarrollan, más allá de la presencia de carencias (Rebellato y Giménez, 1997, p. 90). Esto facilita, en niñas y adolescentes abusadas sexualmente, el despliegue de nuevos posicionamientos respecto a su historia vital, así como nuevas conexiones de las afecciones. Allí, estas recuperan la potencia arrasada, rompiéndose las relaciones de sometimiento, incluso en el vínculo con el terapeuta. (Molas, s.f., p. 56).

Interdisciplina: Ese plano que insiste como común

Las intervenciones en situaciones de AS constituyen un acontecimiento singular donde las estrategias de acción se producen en el encuentro particular. Sin embargo, hay algo que permanece como invariante, ciertos planos que insisten como comunes al decir de Molas (s.f.), y refieren al sentido de las intervenciones (p. 57).

Uno de estos planos es el de la construcción de miradas inter-disciplinarias y colectivas” (Molas, s.f., p. 57). El abordaje a situaciones de AS en la infancia y la adolescencia necesita de la interdisciplina -diversas concepciones y posiciones respecto al problema- que involucre abordajes múltiples conectados con los distintos campos de acción cotidiana de quien consulta -familia, organizaciones, comunidad- (Molas, s.f., p. 56). Como parte del cambio de modelo, la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) incluye a la interdisciplinariedad como una de sus características fundamentales, debido, entre otras razones, a lo complejo de las problemáticas que se abordan en el campo sanitario (Gandolfi y Cortázar, 2006, p. 74).

El equipo no solo es valioso para el sujeto que solicita ayuda, sino que se constituye en una forma de sostener a quienes cuidan, quienes se encuentran en el día a día con infancias y adolescencias arrasadas. Loureriro (2003) propone que trabajar en equipo constituye una de las formas de abordaje más eficaces para cuidar al cuidador. Uno de los puntos que se constituyen como inflexión en los equipos que abordan situaciones de AS en la infancia y adolescencia es la judicialización de los mismos. En el caso de Romina la denuncia ya había sido realizada cuando el equipo toma conocimiento de la situación,

siendo el encargo del mismo el acompañamiento a las instancias judiciales, el cual es muy oportuno debido a las herramientas con las que contaban las profesionales. En otras situaciones es este quien tiene que decidir si realizar la denuncia es el acto más oportuno o no, en estos casos el abordaje desde la interdisciplinariedad resulta fundamental.

El ERVBBG que intervino en este caso lo conformaban dos disciplinas: Psicología y Trabajo Social. El abordaje interdisciplinar fomentó la toma de decisiones en conjunto promoviendo una atención integral, reorganizando el pensamiento sobre la situación más allá de lo propio de cada disciplina (Gandolfi y Cortázar, 2006, p. 74). El trabajo en equipo resulta aún más potenciador en tanto más disciplinas estén en juego y se conforme en el mismo proceso que genera diálogo de apertura, enriquecimiento y complementariedad (Gandolfi y Cortázar, 2006, p. 75).

Lo Integral como camino y horizonte

Lo integral refiere a aquello que supera las aproximaciones fragmentarias a determinada situación, y contiene todas las partes o aspectos de la misma (Benítez et al., 2015, p. 73). Siguiendo lo que se propone en la estrategia de APS y como bien se detalla en el Protocolo para la Atención a Personas en Situación de VBBG, la integralidad como horizonte requiere del diálogo interinstitucional e intersectorial, pensando a la salud más allá de las paredes del sector salud. Se incluye a todos aquellos actores institucionales o sectores de la sociedad que sean determinantes en la vida del sujeto o el grupo. No se concibe a éste como separable de su entorno, en el caso de Romina, hubiese sido interesante el diálogo con aquellos lugares de inserción social, por ejemplo: la UTU, la escuela a la que asistía antes de mudarse, entre otros.

Siguiendo lo propuesto por la APS: la atención integral e integrada, la orientación familiar y comunitaria, y el énfasis en la promoción y prevención deben constituirse en elementos medulares de los abordajes (Vignolo et al., 2011). Cuando la madre de Romina plantea su preocupación por Laura en la primera entrevista, la respuesta del equipo fue la derivación a psiquiatría, sin realizar un seguimiento de esta derivación como así tampoco posibilitando el despliegue de un abordaje que la incluya. Así mismo, la madre en esta primera entrevista se presenta con un gran monto de angustia y ansiedad, relatando su propio ASI así como situaciones de violencia por parte de su ex pareja. Como respuesta a esto se le brinda el contacto telefónico de una ONG de la zona, quienes la derivan a asistencia jurídico-legal. Constituye una fortaleza la detección de estas necesidades, no así el abordaje propuesto, el cual sólo se constituirá en integral en tanto se corra el foco de la díada terapeuta-víctima. Como plantea Beigbeder (2008) “enfrentar el estrés que [el develamiento de la situación abusiva] genera y aceptar el duelo por la familia perfecta que

no fue, requiere de mucha fortaleza y precisa de una buena contención” (p. 51), esta no admite espera y debe constituir un abordaje que involucre a todas las personas implicadas.

La cristalización de lo biomédico como modelo de atención en salud mental contribuye a dar primacía a lo individual por sobre otras formas de intervención. Con el cambio de modelo propuesto por la creación del SNIS se procura la comprensión de la enfermedad más allá de lo individual, estando indisolublemente ligada al entorno familiar y social de la persona, pudiendo actuar como agravante o protector (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2011, p. 5).

Saforcada (2001) propone el “abandono de las categorías individuales de análisis y acción (persona, enfermo, personas, los enfermos, etc.) para pasar a usar ... categorías colectivas (familia, red social, vecindario, comunidad, etc.)” (p. 48). Lo singular de la experiencia individual se puede comprender como expresión de “un grado de potencia” que muestra en sí misma lo colectivo, mientras que “lo colectivo supone a lo singular como modo expresivo” (Lee Teles, 2010, p.106) por lo que están innegablemente entrelazadas.

Como en el caso de Romina, las intervenciones a situaciones de AS en la infancia y la adolescencia en muchas oportunidades suelen estar dirigidas exclusivamente al abordaje con la niña o adolescente que se considera víctima. No se desconoce, como plantea Molas (s.f.) que es ella quien “desde algún retoño de lo posible, logra decir, mostrar, expresar su estado de impotencia al tiempo que al hacerlo despliega su potencia” (p. 55) pero se propone ir más allá y partir de pensar al sujeto y su entorno como una unidad. La posibilidad de devenir sujetos está dada desde el nacimiento por la necesidad de relacionarse e interactuar con otros humanos en “redes de inter-entornos” (Saforcada, 2001, p. 124); ¿por qué entonces, desconocer esta naturaleza vincular en los abordajes donde se propone restaurar daños en “los trazos identitarios básicos” (Franco et al., 2018, p. 71) del sujeto?

Siguiendo la idea propuesta por Molas (s.f.) dentro de esos “planos que insisten como comunes” (p. 57) en este tipo de intervenciones, se encuentra la necesidad de facilitar desde el sistema de salud el fortalecimiento de las redes sociales y la “construcción de dispositivos y planes de acción que favorezcan el abordaje de situaciones con las familias, las comunidades y las organizaciones referentes” (p. 57) de la niña o adolescente.

Se retomará el término propuesto por Cyrulnik (2015) “tutores de resiliencia” para hacer referencia a todas aquellas personas que desde su lugar brindan sostén a la niña o adolescente. Se elige este concepto, ya que en muchas oportunidades este lugar lo ocupan los familiares cuidadores y referentes afectivos de la niña o adolescente, pero en otras este lugar corresponde a personas de la comunidad, maestras, educadoras o incluso el propio psicólogo o profesional de la salud. Los tutores de resiliencia brindan un punto de sostén para el sujeto cuando, debido a un hecho traumático, el mundo se desgarró (Cyrulnik, 2015, p. 8). Rubio y Puig (2015) plantean que estos no “son” sino que “están” y por eso quien vive

la adversidad y necesita sostén puede encontrarlos (p. 60). La confianza que se pierde ante un evento traumático de esta magnitud se buscará reconstruir en el vínculo con el tutor de resiliencia, el cual debe ser considerado e incluido en el abordaje, ya que la recuperación sólo puede ocurrir en el marco de una relación, de un encuentro con otro. “A veces, incluso, descubriendo en ese encuentro otra forma más constructiva de relacionarnos que nos enseña facetas nuevas del amor” (Rubio y Puig, 2015, p. 60).

Se considera relevante a los efectos del análisis dedicar el siguiente apartado a pensar sobre un tipo de tutor de resiliencia: la madre. En el caso presentado, nos encontramos con una madre que creyó en el relato de sus hijas, tomó la decisión de alejarse de su pareja quien era el agresor, mostrándose preocupada por el bienestar de sus hijas.

Se encuentran aquellas madres que creen en sus hijas desde el primer momento y las protegen, las que lo hacen más tarde, las que saben y lo ocultan, las que sospechan pero no se le da lugar a esta sospecha, las que participan en el abuso, y así se podría seguir detallando; lo cierto es que no hay un único perfil de madres (Intebi, 2008, p. 272). Aún así persisten, desde la bibliografía convencional y la práctica misma, discursos y acciones de condena hacia las madres de niñas o adolescentes abusadas, ya que se las considera responsables (Giberti, 2014). Como plantea Intebi (2008) “aún cuando se comprueba que [esta] desconocía totalmente la situación, pocos resisten la tentación de buscar -y por supuesto encontrar- una complicidad inconsciente” (p. 262).

En muchas oportunidades la madre es ubicada, incluso por profesionales, como cómplice del silencio, cuando en realidad como plantea Schonberd (retomado en Giberti, 2014) podría considerarse también una víctima. Hay que tener en cuenta que para que la madre pueda reaccionar de un modo protector y rompiendo el silencio “debe contar con la propia convicción respecto de cuál es el destino de una mujer (de acuerdo con lo que aprendió), cuáles son sus derechos y con quién cuenta social, jurídica y familiarmente para ser apoyada y acompañada” (Giberti, 2014, p. 152). La madre de Romina confía en el apoyo de su propia madre así como también se sostiene en el ERVBGG del Centro de Salud; razón por la cual en las instancias donde Romina plantea querer abandonar, ella insiste en mantener el contacto. El equipo debe responder de manera pertinente a esta solicitud teniendo vigilancia de su accionar, como plantea Giberti (2014) en muchas oportunidades las barreras sociales e institucionales inhiben un comportamiento activo de la madre, ya que con la develación del abuso se suele poner en cuestión su lugar como madre, como esposa y como mujer (p. 159).

Algunas madres debido al impacto que les produce el develamiento de la situación traumática vivida por su hija, quedan fijadas allí, en el dolor, furia, impotencia y culpa que el

sentimiento de haber fracasado en su rol de proteger a su hija le genera. El dolor psíquico que esto ocasiona es realmente abrumador (Giberti, 2015).

En nuestra sociedad pareciera que el ser mujer está indisolublemente unido al ser (suficientemente buena) madre. Fernández (1993) invita a pensar cómo las diversas significaciones imaginarias sociales instituyen realidad y contribuyen a fundar la aparente naturalidad del binomio mujer-madre. Razón por la cual, si una hija sufre abuso sexual intrafamiliar, la mujer-madre es la responsable en tanto no fue capaz de cumplir con el rol que le fue dado por la sola razón de portar un útero: materner “satisfactoriamente” (Giberti, 1982). Se hace necesario romper con este binomio y pensar a la maternidad como una función social más que como un “fenómeno natural inherente a las mujeres” (Fernández, 1993, p. 161).

El sujeto desde su capacidad instituyente

El poder se puede pensar no como algo estático que se tiene o no sino como una relación, por lo que constituye un proceso social (Montero, 2003). Al tiempo que se sufren abusos de poder que generan enormes sufrimientos, también “se cuenta con recursos de poder que producen transformaciones” (Montero, 2003, p. 33). Lee Teles (2010) escribe “somos seres relacionales, nuestras vidas se pliegan en tramas relacionales móviles y permanentes”, el problema no es el poder, sino “el modo en que se despliegan y configuran las relaciones [de poder, y] las lógicas que las alimentan.” (pp. 47-48).

Considerar, al momento de intervenir, el contexto socio-histórico-cultural del sujeto (en este caso, la niña-adolescente) no significa concebir al mismo desde un lugar de completa pasividad respecto de las ideologías dominantes (Esteban, 2003) que constituyen lo estructural de la violencia, sino que por el contrario se tienen en consideración también aquellas formas particularizadas de resistencia y contraviolencia que los sujetos adoptan (Fernández, 1993). Fernández (1993) plantea que si bien las mujeres cargan con las “heridas simbólicas” que se vienen mencionando y son foco permanente de dolor, también son focos de capacidad instituyente y transformación, y desde allí es valioso para la intervención. Esta debe constituirse en un proceso capaz de devolver el poder de decisión a las mujeres sobre su salud y, al fin y al cabo, sobre su propia vida (Saforcada et al., 2010, p. 57).

Trabajar con la violencia constituye un desafío para técnicos y profesionales de la salud. La problemática debe abordarse desde la empatía, el cuidado y la vigilancia ética sobre las acciones, ya que como plantea Tuana (s.f.) muchas veces el abordaje desde la ignorancia, el prejuicio y los mitos ante situaciones de AS en la infancia y la adolescencia, termina por aumentar el sufrimiento de quienes necesitan protección (p. 37).

Es vital partir de considerar al otro -niña o adolescente- como sujeto de derechos. Constituye un peligro de las intervenciones que esta quede instalada en el lugar de víctima de AS. “No es éticamente aceptable renunciar y/o descartar a la víctima como el centro de gravedad ético-moral del discurso ... pero no es políticamente viable asumirla en su mera prostración sufriente, como cuerpo victimado” (Arias, 2012, p. 5). Esto se constituiría como un segundo momento de desobjetivización. El primero tuvo lugar cuando, como plantea Bleichmar, el adulto usó a la niña o adolescente para estimularse sexualmente a sí mismo desconociéndola como sujeto (retomado en Franco et al., 2018).

Molas (s.f.) expone a la lógica binaria víctima-agresor como uno de los mayores obstáculos de las intervenciones, debido a que el terapeuta y la niña o adolescente se colocan en una díada amparo-protección en contra o respecto del agresor. En un primer momento esto es deseable en tanto hace posible el encuentro, el problema radica cuando se cristaliza, ya que la problemática queda confinada en lo individual desconociendo su carácter político, social e histórico. “Una clínica social con la violencia en vez de consolidar la díada víctima-agresor, podría aportar a la transformación de la víctima como tal en sujeto deseante-social e histórico” (p. 56).

La psicología desde una apuesta ético-política

En el contexto socio-cultural actual, los modelos neoliberales se imponen, produciendo sujetos dóciles y con miedo. Este miedo crea seres individuados, soledades, despolitiza y ocasiona que la gente crea que tiene que salvarse sola (Untoiglich, 2019, 7:50). Lee Teles (2010) reflexiona sobre la soledad, y propone que esta no es propia de lo humano, sino un “efecto de producción subjetiva, de un modo de pensar, de sentir, de percibir, de hacer” (p. 124). Desde ahí que se hace necesario pensar en una práctica social motivada por una “intencionalidad ética transformadora” (Rebellato y Giménez, 1997, p. 24). En el reconocimiento de la alteridad radica la potencia de esta ética, que se posiciona desde la esperanza, la solidaridad y el compromiso (Rebellato, y Giménez, 1997). Constituye un acto político la responsabilidad, desde la psicología, de contribuir a la conformación de subjetividades entramadas y cuidadosas de la otredad (Untoiglich, 2019).

En nuestros tiempos la otredad es una amenaza, “los tiempos en los que existía el otro se han ido. El otro como misterio, el otro como seducción, el otro como Eros, el otro como deseo ... Hoy, la negatividad del otro deja paso a la positividad del igual” (Han, 2017, p. 9). Muchas intervenciones parten de la intencionalidad por eliminar la extrañeza del otro considerada un obstáculo. Este se impone como el camino más simple, aquel de hacer conocido lo desconocido y desde allí intervenir, ya que como plantea Begrich (2017) el otro nos complica, nos posiciona y cuestiona (p. 72). Lee Teles (2010) escribe “es preciso

realizar un ejercicio de pensamiento político crítico-creativo que lejos de aislar a hombres y mujeres, de destinarlos a la soledad, abra la vía de la experiencia de lo colectivo” (p. 63).

Es necesario repensar aquellas intervenciones donde se deja al sujeto en la soledad con su sufrimiento, como amo y creador de la misma. Esto implica reinventar las intervenciones cuestionando la solidez y veracidad única de los paradigmas vigentes (Defey, 2009). Molas (s.f.) sugiere pensar a todo acto clínico, a la vez, como acto político. “Cada encuentro es un acontecimiento que produce, o puede producir, modos singulares y creativos de conexión con lo social” (p. 57). Como psicólogos/as uno de los principales desafíos radica en la transformación de la inminente capacidad de producción de estos modos, en producción real.

Rebellato y Giménez (1997) proponen el pasaje de una ciencia amoral a una ciencia éticamente responsable (p. 10). Los autores plantean que toda práctica social que se proponga este fin se debe sustentar en la creación de nuevos paradigmas, comprometidos con la construcción de una sociedad más justa (p. 24). Desde ahí que la intencionalidad ética de cambio radica en la necesidad de un paradigma de la complejidad que trascienda al paradigma de la simplicidad. Este último, obstaculiza el trabajo con y desde la diversidad, ya que niega la complejidad de la realidad, reduciendo lo complejo a categorías más simples (Rebellato y Giménez, 1997). Edgar Morin, quien teoriza sobre la urgencia de un paradigma de la complejidad en el año 1990, plantea que “los modos simplificadores del conocimiento mutilan, más de lo que expresan, aquellas realidades o fenómenos de los que intentan dar cuenta” (p. 21). El mismo autor, plantea que este modo de pensamiento mutilante conduce a acciones mutilantes, razón por la cual el cambio se hace inminente. El pensamiento complejo propone y anhela la existencia de un conocimiento multidimensional que esté “animado por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista, y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento” (Morin, 1990, p. 23). Este cambio de paradigma lleva a acciones donde se acepta la complejidad de la realidad superando así todo reduccionismo.

“En nuestros días, se desarrolla una alta tecnología de producción de subjetividades que tiene por objetivo la subordinación [y] la adaptación” (Lee Teles, 2010, p. 51). Para poder desarrollar una ética crítica se necesita pensar desde los bordes, es decir, “desde las víctimas de las sociedades contemporáneas y neoliberales” (Rebellato y Giménez, 1997, p. 72), retomando su propia voz. Como profesionales de la salud uno de los objetivos principales que atraviesa toda intervención es la mejora en la calidad de vida de la población. Se debe tener en consideración que esto no es algo que se genere desde el Estado, o más en concreto desde el sistema de salud o los profesionales que allí trabajan. El encargo de estos es garantizar los derechos y recursos necesarios para un equilibrio del cuerpo social que les permita con cierto margen de libertad gestionarse sus propias vidas

(Saforcada, 2001). Esta libertad posibilitaría que se diluyan las esclavitudes a un único modo de realidad, y por lo tanto, de aceptación de las condiciones materiales de existencia (Lee Teles, 2010, p. 71).

Lee Teles (2010) habla sobre cómo las instituciones en su modo habitual de funcionar toman determinaciones sobre la vida de las personas, creyendo saber lo que es bueno para ellas. La autora propone que en muchas oportunidades los técnicos que forman parte de estas “crean modelos, formas de vida que se consideran correctos para todos [pero] aún así la vida resiste” (p. 50).

La salud debe ser entendida como autogestión, donde el principio básico sea el respeto a la autonomía. Este principio debe ser el punto de partida de cualquier intervención, no siendo una excepción el abordaje con infancias y adolescencias, sino todo lo contrario, allí el desafío se redobla debido a las particularidades que se vienen desarrollando. Rebellato y Giménez (1997) proponen un modelo de autonomía donde los valores y creencias de la comunidad sobre la que se “interviene” son la principal fuente moral (p. 13). Este modelo surge en contraposición al modelo asistencialista, cuyas prácticas son funcionales a los modelos neoliberales de la sociedad actual (p. 23).

Indagando en las implicaciones

Si estamos allí es porque nos preocupa, y si nos preocupa es porque tenemos una opinión y una posición respecto a ese asunto. (Montero, 2006, p. 87)

La creación de estas nuevas formas de ejercer la clínica, conllevan al mismo tiempo, nuevos modos de concebirse como profesionales o sujetos intervinientes. Estos nuevos modos tienen lugar considerando “el trabajo de las implicaciones y las afectaciones como herramienta de trabajo y como habilitador de encuentros posibles” (Molas, s.f., p. 57).

Reparando en la importancia de este acto es que el siguiente apartado busca retomar y profundizar en el análisis de las implicaciones; el cual atravesó todo mi recorrido en el practicantado como estudiante de psicología, desde la elección de un PNA, la experiencia vivida en el Centro de Salud, hasta este momento en el que vuelvo sobre la experiencia vivida con Romina y la cual retomo como punto de partida. Pasando por: lo desplegado en la familiarización con la comunidad, la inmersión en la institución y sus atravesamientos, la percepción en cuanto a los roles asumidos y adjudicados, las decisiones y las no-decisiones, y los sentires en el encuentro con los otros.

Fernández et al. (2014) plantea que la implicación da cuenta de algo plegado que no es visible aunque se encuentre allí, mediante la indagación se pretende crear las condiciones para que eso que se encuentra plegado pueda desplegarse. Durante mucho tiempo se planteó que esto plegado entorpecía una “buena intervención” y se pretendía eliminarlo. Ante el reconocimiento de que esto es imposible e incluso indeseable, ya que viene con nosotros en tanto sujetos sociohistóricos y políticos y es activada por el encuentro con un otro (Acevedo, 2002), se comenzó a pensar a la indagación de estos pliegues como una herramienta fundamental en las intervenciones y en la construcción de nuestro rol.

Lourau (1991) expresa que la implicación no es pasiva en sí misma por lo que “debe ser analizada individual y colectivamente, lo que supone una actividad intensiva y muchas veces penosa” (p. 5). Es un trabajo que debe realizarse desde una vigilancia constante sobre el quehacer profesional, unido al diálogo con otros que acompañen y posibiliten el despliegue de las implicaciones.

La elección del tema de este trabajo no constituye un acto ingenuo, por el contrario. ¿Desde dónde pienso? ¿Cuáles son algunos de los pliegues que atraviesan el análisis? Reconozco mi lugar de privilegio como estudiante universitaria y asumo el compromiso ético sobre qué se dice, cómo, desde dónde y por qué. Escribo como mujer. Mujer nacida a finales del siglo XX, que fue niña y adolescente en un espacio-tiempo muy cercano, líneas vitales que me atraviesan y constituyen. Una decisión ético-política al momento de escribir y pensar la realidad fue hacerlo desde la óptica del feminismo. Hablar de y desde el feminismo, parte del reconocimiento de un espacio de pensamiento, saber y acción específico, donde el objetivo implícito o explícito es la transformación de la sociedad, la transformación de esas condiciones sociales que perpetúan la subordinación por el solo hecho de ser mujeres, produciendo sufrimiento (Esteban, 2003, p. 27). Sumado a esto, la elección de hablar desde el pliegue del género, como mujer, pensada históricamente desde lo privado, el silencio y las paredes del hogar, constituye un acto político en tanto entra en tensión con lo público de la producción académica.

Mi decisión de realizar el practicantado y escribir sobre una de las experiencias vividas allí, tiene varias líneas a desplegar, de las cuales retomaré algunas. 1. Como respuesta a una forma de entender la formación académica y la construcción del rol del psicólogo/a. 2. Desde el reconocimiento del ineludible compromiso desde nuestra disciplina con la transformación social, el lugar de la psicología de la salud y la responsabilidad por la producción de conocimiento con relevancia social que contribuya a la construcción y consolidación del nuevo modelo (Giménez, 2012), siendo este último uno de los objetivos propuestos para el practicantado. 3. Así como desde la convicción en la potencia del trabajo desde la psicología en el PNA. Como se ha venido desarrollando, la tensión existente en nuestros tiempos entre las prácticas institucionalizadas y lo instituyente del nuevo modelo

de atención en salud, llevó a que en muchas oportunidades aquello que consideraba característico de un PNA entrara en conflicto con la realidad. Esto me desafió a re-pensar desde la práctica qué tipo de acciones queremos construir como (futuros) profesionales psi en los PNA en salud, cuáles son los objetivos y cuál el compromiso con el otro y su padecer.

Consideraciones finales

A lo largo del trabajo se ha buscado generar una reflexión sobre los abordajes a situaciones de abuso sexual infantojuvenil desde la psicología de la salud. En un primer momento se propuso la metáfora de un gran tejido del cual se conocía solo una parte, el caso de Romina. El análisis buscó constituirse en el interjuego de ver al tejido desde la lejanía, al tiempo que se aumentaba el foco y se discernían alguno de sus hilos, posibilitando elucidar aquellos entrecruzamientos que lo conforman. La indagación en las implicaciones posibilitó reflexionar en torno a cómo ese tejido fue visto desde una óptica que permitió ver ciertos colores y texturas obturando la visión de otras, en tanto se entiende que como sujetos que recorremos las líneas de sufrimiento y de tristeza con el otro, se hace necesario observar cómo estas nos afectan, así como las conexiones que se producen, poniendo en juego nuestras concepciones y experiencias vitales (Molas, s.f., p. 56).

Considerar a la realidad desde su complejidad posibilitó el diálogo entre la experiencia de Romina como una forma particularizada de VBG y el contexto socio-histórico-cultural en que está inscripta, teniendo presente que este último, mientras se pretende invisible, se hace texto en la situación particular. Al momento de pensar en el abuso sexual como uno de los modos de manifestación visible de la violencia, se posibilita la visualización de toda una estructura de violencia implícita aún mayor (Galtung, 2016). Reflexionar en torno a cómo se construyen los sistemas de género, generaciones y las relaciones de poder en nuestro espacio-tiempo actual, conlleva vislumbrar cómo se producen constantemente en invisibles, al tiempo que se problematiza críticamente los procesos de naturalización (Fernandez, 1993), generando así un posicionamiento crítico y de vigilancia epistémica en nuestro accionar como (futuros) profesionales.

Como lo plantea Fernández (1993), si bien todas las mujeres llevan consigo las marcas de la desigualdad y la discriminación en razón de su género, no todas tienen las mismas marcas (p. 53). En este punto, se entrelazan las cuestiones de género y generaciones, y por lo tanto de poder, ambas desigualdades o sistemas de dominación que impactan en la conformación de la niña o adolescente, así como en el imaginario social en torno a esta, de tal manera que superan la simple sumatoria. Uno de los desafíos tanto para la comprensión de las situaciones de abuso sexual en la infancia y adolescencia, así como

para su intervención, radica en concebir estas variables como productoras en si mismas de desigualdad, vulnerabilidad y sufrimiento, como mostraban los datos presentado por el SIPIAV (2021).

Trabajar con el malestar de niñas y adolescentes conlleva necesariamente el compromiso ético de sostener y acompañar la situación particular, sin que ello signifique aplanar y reducir al individuo y sus circunstancias el sufrimiento humano, perdiéndose el complejo entramado de interrelaciones entre el individuo, la sociedad, las condiciones político-sociales-económicas y su historia (Untoiglich, 2019). Individualizar el problema significa dejar al sujeto en la soledad con su padecer, olvidando la naturaleza indudablemente social de la problemática.

Si bien se suele pensar a la infancia como una etapa feliz y a la familia como protectora (Echeburúa y de Corral, 2006, p. 81), se ha visto cómo las situaciones de abuso sexual intrafamiliar son más recurrentes de lo que es posible imaginar y aquellas denunciadas constituyen solo una parte del total. Si el develamiento sucede, tiene lugar cuando ya pasó mucho tiempo desde el primer suceso, razón por la cual se debe proteger a niñas y adolescentes tanto cuando llega al Centro de Salud un caso ya develado, así como cuando se detecta por el equipo mismo. Desde el sector salud se debe cuidar el relato evitando la re-victimización, cuidado que debe incluir a sus redes de apoyo. Las huellas del hecho traumático, cuando tuvo lugar en la infancia, se suelen re-significar en la pubertad no siempre de la misma manera (Franco et al., 2018, p. 73), lo que requiere de un seguimiento oportuno por parte de los diversos actores de la comunidad.

Es indiscutible el lugar de relevancia que ocupan adultas, adultos y profesionales en la protección y el cuidado de infancias y adolescencias. El presente trabajo ha permitido identificar la necesidad de seguir profundizando desde la investigación y la práctica en lo que respecta a la prevención de este tipo de situaciones, lo que evitaría llegar a sufrimientos mayores. Esto debe ir unido al compromiso por parte del Estado con la creación y puesta en marcha de “políticas públicas saludables” (Saforcada et al., 2010) abocadas a la promoción de la salud y prevención de situaciones de VBG. Estas prácticas formarían parte del paquete de acciones a llevar a cabo para cumplir con el objetivo del nuevo modelo de atención en salud propuesto por el SNIS, aportando a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Se requiere que el Estado cumpla su rol como garante de derechos, superando la división público-privado para así también dar lugar en la agenda pública a aquello que ocurre en el hogar y vulnera los derechos básicos de quienes requieren de mayor cuidado y protección.

Como se ha venido observando, si el abordaje se centra exclusivamente en lo individual, los resultados son muy limitados. Se resaltó en el caso presentado el entorno protector y de cuidado con el que contaba Romina, ya que este se presenta como

atenuador de lo traumatogénico (Franco et al., 2018). Evidenciar las redes sociales con las que cuenta la niña o adolescente y potenciarlas, así como promover el abordaje en conjunto, se deben constituir en uno de los objetivos principales de todo abordaje.

Se constató mediante el análisis cierto modo de intervenir que se hace necesario problematizar, y refiere al momento en el que se ubica a las madres de niñas o adolescentes abusadas como responsables. Cuestionar este modo de pensar, conlleva al mismo tiempo, romper con el binomio mujer-madre, representación imaginaria social que las carga con culpa y malestar por no haber logrado “maternar satisfactoriamente”, obturando la potencia de sostén a su hija. Al intervenir en este tipo de situaciones es necesario, como parte de un compromiso ético y de cuidado, el análisis cuidadoso de la situación total en la que se encuentra la madre. Esta, en el caso de que se considere una figura de cuidado y afecto para la niña o adolescente, debe ser incluida en el abordaje evitando que permanezca encapsulada en el lugar de informada, pasando a ocupar un rol activo como soporte para su hija (Giberti, 2014, p. 158).

“Tan político es callar y ocultar como hacer oír su voz” (Montero, 2003, 144). Uno de los objetivos de este trabajo corresponde al modo de entender a la psicología desde su compromiso ético-político con la transformación social. “Crear ámbitos de pensamiento-acción donde se dé cabida a interrogaciones críticas capaces de desarmar los modelos imperantes” (Lee Teles, 2010). Hacerlo como mujer, desde las tinieblas de lo privado dar luz a toda aquella dimensión política de la vida privada y su sufrimiento, se constituye en sí mismo como acto político.

Considerando a la salud y la academia como hechos públicos con valor social (De Lellis, 2001), el reforzamiento de las herramientas con las que el personal de la salud cuenta para la prevención, detección, abordaje y restitución de derechos en niñas y adolescentes abusadas sexualmente, así como el estudio y la visibilización de la problemática desde la academia, posibilita llevar al espacio de lo público aquello que históricamente se encontraba en el plano del malestar individual, privado; lo que representa un formidable poder social (Fernández, 1993).

La imposibilidad de comprender al sujeto y su realidad “nos inunda, nos inquieta, las palabras no alcanzan” (Lee Teles, 2010, p. 120). Este trabajo se propone contribuir a la conformación de una psicología donde en los cimientos radique la apuesta por recuperar al otro como diferente, aceptando el desafío ético de comprender al sujeto sin romper con su particularidad. Re-pensar las intervenciones significa ante todo re-pensar el vínculo con las infancias y adolescencias, co-creando espacios novedosos donde se recupere en el encuentro la potencia arrasada.

Referencias

- Acevedo, M. J. (2002). *La implicación. Luces y sombras del concepto lourauniano*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/18941>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2020). *Protocolo para la Atención a Personas en Situación de Violencia basada en Género y Generaciones*. <https://www.asse.com.uy/contenido/Manual-Clinico-SNIS-MSP-Protocolo-Institucional-de-Atencion-a-Personas-en-situacion-de-Violencia-basada-en-Genero-y-Generaciones-y-Fichas-Tecnica-10322>
- Arias, A. (2012). Teoría Crítica y Derechos Humanos: Hacia un Concepto Crítico de Víctima. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*. 36(4) http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA.2012.v36.n4.42298
- Begrich, A. (2017). El encuentro con el otro según la ética de Levinas. *Teología y cultura*. 7(4) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3725764>
- Beigbeder, C. (2008). Tratamiento psicológico de niños víctimas de maltrato y abuso sexual infantil. En R. I. Colombo, C. Beigbeder y Z. Barilari (Comp.), *Abuso y Maltrato infantil: tratamiento psicológico* (pp. 49-93). Cauquen Editora.
- Benítez, L, Bouza, R., Ccavalli, V., Rettich, J. y Vairo, R. (2015). La integralidad en el trabajo con la comunidad, una experiencia a ser sistematizada. En J. Romano, S. Fraga y V. Cavalli (Eds.) *Co-producción de conocimiento en la integralidad*. (pp. 69-76). CSEAM, Universidad de la República.
- Campos, S. (2009). La Convención sobre los Derechos del Niño: el cambio de paradigma y el acceso a la justicia. *Revista IIDH*. 50. 351-378. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/60434>
- Castelli, C., Rodríguez, A., Machado G. y Rocco, B. (2015). Interdisciplina, Territorio y Acción Colectiva: Persistir en la Integralidad. En J. Romano, S. Fraga y V. Cavalli (Eds.) *Co-producción de conocimiento en la integralidad*. (pp. 87-95). CSEAM, Universidad de la República.
- Cortázar, M. (2002). La Psicología de la Salud en el Primer Nivel de Atención. En A. Gandolfi (Comp.) *Psicología de la Salud: Escenarios y prácticas*, (pp. 121-131). Psicolibros.
- Cyrulnik, B. (2015). Prólogo. En J. L. Rubio y G. Puig, *Tutores de Resiliencia. Dame un punto de apoyo y moveré mi mundo* (pp 7-14). Gedisa.

- De Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría de género. Una introducción teórica-metodológica. *Debates en Sociología*, (18), 145-169.
- De Lellis, M. (2001). Modelos, teorías y prácticas en el campo de la salud pública. En E. Saforcada (Comp.), *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva* (pp. 29-47). Proa XXI.
- Defey, D. (2009). Cuando hacemos psicoterapia... ¿estamos haciendo política?. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*. 8.
- Deus, A. (s.f.). Abuso Sexual Infantil. Prioridad de la protección integral de los Derechos del Niños. En D. González y A. Tuana (Coords.), *El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual* (pp. 81-98). Avina.
- Echeburúa, E., de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 75-82.
- Esteban, M.L. (2003). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria: Antropología y Salud Mental*, 3(1), 22-39.
- Fernández, A. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Fernández, A., López, M., Borakievich, S. Ojam, E. y Cabrera, C. (2014). La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, (7), 5-20.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Acción para poner fin a la explotación y el abuso sexuales de las niñas, niños y adolescentes*. <https://www.unicef.org/media/102211/file/CSAE-SUMMARY-WEB-ES.pdf>
- Foucault, M. (1996). El sujeto y el Poder. *Revista de Ciencias Sociales*, 11 (12), 7-19.
- Franco, A., Poverene, L., Toporosi, S., Eiberman, F., Woloski, E., Tomei, F., Louro, L., Lastra, S., Germade, A. y Esquivel, J. (2018, noviembre 28-diciembre 1). *Condiciones subjetivas y familiares en la utilización de diferentes mecanismos defensivos ante lo traumático del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes* [Ponencia]. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-122/16>
- Galtung, J. (2016). La violencia: Cultural, estructural y directa. *Política y violencia: comprensión teórica y desarrollo en la acción colectiva*. (183), 147-168. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5832797>

- Gandolfi, A. (2002). La Psicología de la Salud en la Formación de los Psicólogos. En A. Gandolfi (Comp.) *Psicología de la Salud: Escenarios y prácticas*, (pp. 21-28). Psicolibros.
- Gandolfi, A. y Cortázar, M. (2006, noviembre 20-25). El desafío de la interdisciplina en la formación de los profesionales de la Salud: Aspectos psicológicos de la atención sanitaria. En *VIII Jornadas de Psicología Universitaria: "A medio siglo de la Psicología en el Uruguay"* (pp. 73-78). Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo.
- García, M. (2017). Cuando los niños hablan... Cómo escuchar, registrar y validar el testimonio de los niños que han sufrido violencia. *Guía temática 4. Material de Apoyo al Protocolo Institucional de Violencia basada en Género y Generaciones de ASSE*.
- Giberti, E. (1982). Maternidad e ideología obstétrica. *Temario Psicopatológico*, 7(8).
- Giberti, E. (2014). *Incesto paterno/filial. Una visión desde el género*. Noveduc.
- Giberti, E. (2015). *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Un daño horroroso que persiste al interior de las familias*. Noveduc.
- Giménez, L. (2012). *Practicantados para estudiantes avanzados de Psicología en el campo de la Salud, en los Servicios de la Administración de Servicios de Salud del Estado ASSE* [Propuesta de trabajo]. Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Gonçalvez Boggio, L. (2016). Cuando el abuso sexual queda escrito en el cuerpo. Caso Florencia.
<https://www.clinicabioenergetica.org/wp-content/uploads/2016/03/casoflorencia.pdf>
- Han, B. C. (2016). *Topología de la violencia*. Herder.
- Han, B. C. (2017). *La expulsión de lo distinto*. Herder.
- Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay. (2012). *Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud*. Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional del Niño y del Adolescente, Sociedad Uruguaya de Pediatría, Universidad de la República, y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/los-derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-el-area-de-la-salud>
- Intebi, I. (2008). *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*. Granica.
- Lamas, M. (1994). Cuerpo: diferencia sexual y género. *Debate feminista* 10.
- Lee Teles, A. (2010). *Política Afectiva. Apuntes para pensar la vida comunitaria*. Fundación La Hendija.
- Lourau, R. (1991, noviembre 21-24). Implicación y sobreimplicación. [Conferencia] *El Espacio institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales*. Buenos Aires, Argentina.

- Loureiro, R. (2003). *Lo que pasa en casa. De la violencia que no se habla*. Psicolibros.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.inau.gub.uy/sipiav/download/6908/978/16>
- Molas, A. (s.f.). La Clínica y la Familia en el Campo de la Violencia. En D. González y A. Tuana (Coords.), *El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual* (pp. 47-58). Avina.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: El método en la Psicología Comunitaria*. Paidós.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud*. UniSon.
- Morales Calatayud, F. (2002). Psicología y Salud: Notas sobre algunos retos. En A. Gandolfi (Comp.) *Psicología de la Salud: Escenarios y prácticas*, (pp. 15-19). Psicolibros.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/725>
- Rebellato, J.L. y Giménez, L. (1997). *Ética de la autonomía. Desde la práctica de la Psicología con las Comunidades*. Editorial Roca Viva.
- Rozanski, C. A. (2003). *Abuso sexual infantil ¿denunciar o silenciar?*. Ediciones B Argentina.
- Rubio, J. L. y Puig, G. (2015). *Tutores de Resiliencia. Dame un punto de apoyo y moveré mi mundo*. Gedisa.
- Saforcada, E. (2001). Algunos lineamientos y consideraciones básicos sobre atención primaria de salud, unidades sanitarias y Salud Mental. En E. Saforcada (Comp.), *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva* (pp. 48-68). Proa XXI.
- Saforcada, E. (2001). Espacio de lo público, calidad de vida y salud. En E. Saforcada (Comp.), *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. (pp. 124-129). Proa XXI.
- Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.

- Severs, E., Celis, K. y Erzeel, S. (2017). Poder, privilegio y desventaja: teoría interseccional y representación política. *Revista de Investigaciones Feministas* 8 (1), 41-51.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2021). *Informe de gestión 2021*. <https://www.inau.gub.uy/sipiav/informes-de-gestion-sipiav>
- Stolkiner, A. (2019) ¿Qué es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud. En M. Tollo (Comp.), *Escuchar las infancias. Alojamiento singularidades y restituir derechos en tiempos de arrasamientos subjetivos*. Noveduc.
- Tollos, M. (2021). Infancias: instituidos, destitución, acontecimiento. *El Hormiguero. Psicoanálisis, Infancia/s y Adolescencia/s*. <http://revela.uncoma.edu.ar/index.php/psicohormiguero/article/view/3371>
- Tuana, A. (s.f.). Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes. En D. González y A. Tuana (Coords.), *El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual* (pp. 25-44). Avina.
- Ulriksen, M. (2005). Construcción de la subjetividad del niño. Algunas pautas para organizar una perspectiva. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (100), 339-355.
- Untoiglich, G. (2019, septiembre 23). *¿Cómo escuchamos a los niños y niñas que no hablan?. La ética y la clínica como política* [Video]. Encuentro Salud Mental en niñas, niños y adolescentes: Múltiples miradas para un abordaje integral. Universidad de la República. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=bnD8xQgLbA8&t=481s>
- Velázquez, M., Delgadillo, L. y González, L. (2013). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Reflexiones*, 92 (1) 131-139. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72927050010>
- Vignolo, J. Vacarezza, M. Alvarez, C. Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo Medicina Interna*, 33(1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X201100010003&lng=es&tlng=es