

UNIVERSIDAD DE LA
REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Cuando el abuso se devela: intervenciones desde el primer nivel de atención”

Darle la palabra a un niño no es simplemente pedirle que hable sino saber escucharlo. Darle la palabra a un niño implica conocer los diferentes lenguajes y cómo pueden los niños contarnos lo que sienten y piensan. Escuchar a un niño es también escuchar lo que no puede decir. (Janin, 2011, p.33)

RESUMEN

La población infantil configura el 50% del total de los usuarios que consultan en los servicios de primer nivel de atención. A lo largo de los años y en el desarrollo de la práctica clínica, se ha observado que muchos de los niños/as que llegan a consulta psicológica donde se descubre que son víctimas de abuso o maltrato intrafamiliar, habitualmente pertenecen a un núcleo familiar donde algún integrante ha sido también víctima, presentando traumas de similares características.

El presente trabajo surge frente al interés de analizar y estudiar el concepto psicológico de transmisión generacional relacionado con el abuso sexual infantil cuando el mismo se presenta en familias donde otros miembros han pasado por iguales situaciones de abuso en el pasado, pudiendo observarse fenómenos de repetición entre diferentes generaciones dentro de un mismo núcleo familiar.

El desarrollo de trabajo gira en relación a dos líneas de trabajo: por un lado se pretende analizar a la luz de un caso clínico los conceptos de transmisión generacional del trauma y de repetición transgeneracional, donde se plantean la instalación de dinámicas y modalidades vinculares familiares sin posibilidad de elaboración de los contenidos enquistados en el psiquismo. Para ello, se toman conceptualizaciones básicas para su análisis, entre las que se destacan la repetición y la transmisión generacional, ampliamente desarrolladas por diferentes autores.

Por otro lado, se examinarán las características de la intervención psicológica del caso en un primer nivel de atención, a partir de la cual surgen múltiples cuestionamientos que se intentarán dilucidar: tipo de abordaje pertinente, intervenciones desde el primer nivel de atención, dificultades y objetivos, pertinencia de la derivación, intervención desde la intersubjetividad, entre otros.

Palabras clave: *transmisión generacional – abuso sexual infantil – intervención*

INTRODUCCIÓN

A partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en el Uruguay (Ley 18.211) se creó el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental durante el año 2011. El mismo, obligó a que todas las mutualistas así como los centros hospitalarios, policlínicas y centros de salud del país contaran con atención psicológica para el total de sus usuarios.

La integración de psicólogos a los equipos de salud de la Red de Atención del Primer Nivel fue una de las acciones prioritarias a llevar adelante desde la Dirección de Salud Mental de ASSE. En este sentido, durante el año 2008, surge y se incorpora en los diferentes servicios la figura de Psicóloga de Área. (Piñeiro y Trillo, 2011)

Se estima que durante el año 2009, del total de la población que consultó los servicios de psicología del primer nivel de atención, “entre el 45 y el 50% correspondió a niños de hasta los 14 años y el 10% a adolescentes hasta los 18 años”. (Bettini M, Korovsky G, Reigía M, Szteren L y Valdéz L, 2009, citadas en Piñeiro y Trillo, 2001, p.149)

Es posible que durante la consulta psicológica, muchos de los niños/as que llegan a los distintos servicios de salud, revelen haber sido o estar siendo víctimas de abuso o maltrato intrafamiliar. Personalmente y tomando en cuenta los planteos teóricos que diferentes autores han hecho al respecto, me resulta de gran interés poder analizar en el presente, dos grandes aspectos relacionados con la develación del abuso sexual infantil durante la consulta psicológica y específicamente, la que tiene lugar en los centros de primer nivel de atención.

Por un lado, me interesa abordar los casos de abuso sexual infantil en los cuales las víctimas pertenecen a un núcleo familiar donde algún integrante ha sido también abusado en su infancia, presenciándose en ambos, traumas de similares características. ¿Cuáles serían los procesos que llevarían al establecimiento del abuso sexual en dos o más generaciones de un mismo núcleo familiar? ¿Cuánto influye la modalidad vincular intrafamiliar y la transmisión inter y transgeneracional? Para intentar dar respuesta a algunas de

estas interrogantes y analizar la temática propuesta, me basaré fundamentalmente en los conceptos de trauma y transmisión generacional.

Por otro lado y a partir del trabajo con una paciente víctima de abuso sexual infantil, con la cual trabajé en un centro de salud de la ciudad de Montevideo, en el marco del Programa de Practicantado, convenio entre Facultad de Psicología y ASSE, surge la motivación personal de realizar un análisis de las intervenciones que se llevan adelante por parte de los servicios de psicología, cuando el abuso sexual es develado en un primer nivel de atención.

Entendiendo la necesidad de lograr una intervención apropiada y considerando la seriedad, el cuidado y la profesionalidad con que deben ser elaboradas las estrategias de abordaje para estas situaciones, surgen múltiples interrogantes: ¿Qué tipo de intervención es más conveniente llevar a cabo? ¿Qué se espera de ésta, teniendo en cuenta que se trata de un abordaje desde el primer nivel de atención en salud? ¿Es posible hablar de un sólo tipo de intervención o necesitamos pensar en estrategias diferentes para cada uno de los pacientes? Y si así fuera, ¿Cuáles son los factores fundamentales a tener en cuenta para su elaboración?

CONSTITUCIÓN SUBJETIVA DEL NIÑO

Se tomará la concepción de psiquismo como un sistema abierto (Louis Hornstein, 2003) donde cada sujeto se encuentra abierto a su historia, tanto al pasado como al presente de la misma, donde encuentros, vínculos, traumas, catástrofes y duelos que acontecen en el vivir del sujeto y que lo auto organizan, se consideran como presentes en el psiquismo a modo de recreación de todo aquello que recibe. Los psiquismos serán entendidos como organizaciones abiertas y transformables, descartando enfoques que lo definan como cerrado y clausurado, concibiendo que para constituirse, requieren de vínculos donde se efectúen la presencia, coexistencia e intercambios entre psiquismos ya constituidos y otros en vías de constitución.

Kaës (1998) plantea la intersubjetividad como la condición necesaria para los procesos de subjetivación y construcción de subjetividad del sujeto, en quien sobreviene el intento de desprendimiento de alianzas alienantes inconscientes que se encuentran anudadas en el grupo familiar primario: el sujeto irá subjetivándose en la intersubjetividad, siendo la realidad intersubjetiva, una

condición del sujeto humano para su existencia. Se plantea la idea de un sujeto formado a partir de dos determinaciones convergentes: por un lado, el funcionamiento propio del inconsciente en el espacio intrapsíquico, y por el otro, la ligazón del sujeto con lo intersubjetivo en tanto éste se encuentra inmerso en diferentes conjuntos de los que proceden tales como la familia, los grupos y las instituciones.

La estructura dinámica del espacio psíquico tendrá lugar entre dos o más sujetos. En este espacio común, conjunto, compartido y diferenciado, se comprenderán los procesos, las formaciones y la experiencia específica, a través de las cuales cada sujeto se constituye como tal. Al decir de Kaës (2007) “un proceso de subjetivación parece posible devenir yo (Je) pensando su lugar en el seno de un Nosotros”. (p. 218)

Por su parte, Silvia Gomel (1997) define la intersubjetividad como la eficaz productora de subjetividad dentro del grupo familiar, entendiendo que el formar parte de una cadena genealógica, impone una exigencia de trabajo de continuidad psíquica a cada uno de los eslabones constitutivos de la misma. Al igual que Kaës, concibe el proceso de subjetivación como inherente a la intersubjetividad, aunque refiere específicamente, a la acaecida dentro de la familia a, entendida como lo “Intermediario que participa de las características de diversos espacios a engarzar: lo cultural-transcultural, las significaciones imaginarias, lo genealógico como pre-historia vincular jugada en la trama intersubjetiva y la psique singular, espacios lógicamente diversos pero no antinómicos.” (Gomel, 1998, p. 29)

F. André-Fustier y F. Aubertel, (1998) refieren a la intersubjetividad de la familia asociada a una función subjetivante señalando que “cada familia transmite al recién nacido su forma de aprehender al mundo externo y de organizar el universo interno. Es a partir de estas herramientas psíquicas de decodificación como cada niño construirá su mundo interno”. (p. 127)

Isidoro Berenstein (2008) define a la familia como un conjunto intersubjetivo de vínculos y de lugares ocupados por sujetos a través de sus acciones a partir del cual se produce subjetividad. “Cada uno es sujeto del inconsciente, de la estructura familiar inconsciente y sujeto social.” (p.98) Los sujetos se adquieren y se invisten desde el parentesco, donde los lugares y vínculos se encuentran

establecidos, cada uno con su propio nombre que “aguarda” por quienes los ocuparán. En este sentido se es padre en relación con el hijo o se es hijo en relación a la madre. Será a partir de los diferentes roles de parentesco que se juegan dentro de la familia, que surjan los designes de padre, madre e hijo.

El lenguaje y el sistema jurídico se convierten en un sistema codificado donde se adjudican prescripciones y circula lo permitido y lo prohibido (deseos, obligaciones con respecto a otro en un determinado tiempo y espacio denominado cotidiano) para cada uno de los miembros. Cuando los diferentes integrantes de la familia se relacionan y se sienten fehacientemente interactuando con el resto de los integrantes de la trama familiar, se producen influencias a nivel de los procesos de subjetivación de cada uno.

El lugar de la madre tendrá a su cargo, entre otras funciones, darle asistencia material y emocional al hijo y ayudarlo en su condición de desamparo. Además, deberá investir narcisísticamente el cuerpo de su hijo, colaborar en la construcción de la representación del cuerpo del hijo, diferenciándolo del cuerpo de la madre, aportando a los procesos de subjetivación del mismo.

Dentro de las funciones del padre se destacan la de cumplir con tres prohibiciones: obstaculizar la relación infantil de su esposa con su padre o familia, impedir el acercamiento abusivo del hijo a su madre, sosteniendo la amenaza de castración y obstaculizar su propio acercamiento sexual al hijo, enunciado una prohibición que a diferencia de las anteriores lo toman a él mismo como objeto. (Berenstein, I, 2008)

El humano que tiene desde lo infantil su propia historia y evolución con el otro parental se hace sujeto desde este origen así como también deviene sujeto a partir y en la relación con otro. (Berenstein, 2008)

Franco (1994) destaca el proceso de adquisición e interiorización de normas, reglas y límites en el contexto familiar, al tiempo que plantea que es en dicho proceso que cada miembro asumirá y legitimará los roles que se gesten en la familia como posibilidad de aprehender y aprender a auto regularse, estado que entiende como necesario para vivir en sociedad.

La constitución del sujeto-niño implica pensar en diferentes movimientos y etapas de procesos por los que debe transitar un psiquismo en estructuración para desprenderse de la madre y constituir su propia estructura singular,

posibilitando, finalmente, la ubicación del niño en el mundo en tanto sujeto. (Bleichmar, 1984).

Durante la infancia, el niño está comenzando a reconocer roles de forma incipiente, a descubrir sensaciones, sentimientos y a establecer vínculos. Beatriz Janin (2011) plantea que “el niño puede ser definido como un psiquismo en estructuración, estructuración signada por otros, en un devenir en el que los movimientos constitutivos, fundantes, se dan desde un adentro-fuera insoslayable”. (p.11).

Se acuerda con Montado, Muniz, Evia y Sarubbo cuando se plantea:

“La idea de subjetividad a la que nos referimos se relaciona con la constitución del sujeto que se sostiene tanto en los aspectos identitarios o identificatorios como en su pertenencia al mundo que lo rodea y que hace marca en él y lo constituye como sujeto” (2009, p.108)

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRAUMA

Si bien existen situaciones que naturalmente, por su intensidad, suelen afectar a la mayoría de las personas, es sabido que un mismo estímulo puede configurarse como un hecho traumático para algunos sujetos pero no necesariamente para todos.

A largo de muchos años, varios autores se han dedicado a escribir acerca del trauma psíquico y sus principales características. Algunas de sus teorizaciones serán señaladas en el presente trabajo, a modo de esclarecer conocimientos a propósito de la temática.

Freud (1920-1981) utilizó el concepto de trauma en algunas de sus publicaciones casi desde el comienzo de sus teorizaciones, y aunque posteriormente relativizó su importancia, nunca renunció a él totalmente. Desde el punto de vista energético, el autor refiere a lo traumático para hablar de estímulos que, superando la capacidad del aparato psíquico, no pueden ser ligados a representaciones. Por otro lado y desde una perspectiva económica, refiere a la noción de trauma como un flujo de excitaciones que se presentan en forma excesiva, superando la capacidad de tolerancia del aparato psíquico. Siguiendo las teorizaciones de Freud, Laplanche y Pontalis (1972) definieron el trauma como:

“Una experiencia que aporta en poco tiempo un aumento de excitación tan grande a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o elaboración

por los medios normales o habituales, lo que inevitablemente, dará lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético”. (p. 467-471)
Esta experiencia puede surgir como consecuencia de un solo acontecimiento muy violento o bien, por la suma de pequeños hechos que llevan a esta desorganización del psiquismo.

La psicoanalista Silvia Bleichmar (2000) considera los hechos traumáticos como colaboradores para la constitución y evolución del psiquismo, concibiendo que en el intento y logro de asimilar y elaborar estímulos externos e internos, se produzcan modificaciones, acomodaciones que lleven a su posterior complejización. Los excesos de estímulos que el psiquismo no puede metabolizar, quedan en el mismo a modo de un cuerpo extraño, configurando un hecho traumático.

Silvia Gomel (1997) aclara que no hay acontecimientos traumáticos en sí mismos y que la catástrofe vivida no es determinante de ellos. Plantea que el foco debe ser puesto en la organización, preparación y estado de alerta con los que el psiquismo pudiere defenderse y contrarrestar los efectos de tales acontecimientos, entendiendo que la posibilidad de metabolizar ciertos hechos se relaciona directamente con los recursos psíquicos de cada sujeto.

Los principales elementos configuradores del trauma son la intensidad del acontecimiento, la incapacidad del sujeto para responder al mismo y los efectos negativos que resultan de éste.

Rosa Inés Colombo (2005) refiere a los traumas vividos durante la infancia con el nombre de “representaciones intolerables” (p.21) y dirá que los mismos acontecen cuando, frente a la existencia de un incidente, no hay presencia de la angustia necesaria y aparece como contrapartida, demasiado afecto inconsciente que queda sin representación. Esto genera la imposibilidad de amortiguar y soportar la tensión excesiva, que se instala en el inconsciente a modo de afecto enquistado, imposible de ser elaborado por el psiquismo.

MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL

Partiendo de las conceptualizaciones planteadas anteriormente con respecto a la conformación subjetiva del niño y la configuración del trauma, se concibe el abuso sexual infantil como constituyente de un hecho traumático en tanto representa un estímulo excesivo para los procesos de elaboración que puede

tolerar el psiquismo de un niño. Hablamos de un psiquismo que aún necesita tiempos de estructuración para desarrollar capacidades de ligazón de representaciones y simbolización, procesos fundamentales para reaccionar ante los diferentes estímulos con los que tuviere que enfrentarse.

La OMS (2002), se define como Maltrato infantil a todas las formas de maltrato que puede ejercer uno o varios adultos hacia un menor, en el contexto de un vínculo de responsabilidad, confianza o poder, que se torna violento y desigual. El maltratador, generalmente manipula e intimida al niño/a, utilizando la coerción física y/o emocional: sobornos, promesas o engaños. Raramente, aplica la fuerza física para concretar la agresión, dado que suele establecer o preexistir un vínculo de confianza, de autoridad o de poder del que se abusa. Entre los posibles actos violentos ejercidos, se pueden encontrar: maltrato físico, emocional, abuso sexual, abandono y/o trato negligente que consecuentemente genere un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/a.

Se considera abuso sexual infantil (ASI) cualquier tipo de contacto sexual que existiera entre un menor de 18 años de edad y una persona que tuviera sobre el mismo, una posición de poder y/o autoridad. Entre las diversas situaciones que configuran este tipo de maltrato, se destacan las que el/la menor es utilizado por padres, tutores u otras personas para realizar actos sexuales o ser objeto de estimulación y gratificación sexual. No necesariamente debe existir contacto físico para que este tipo de actos sean entendidos como abuso sexual. Constitutivo de delito por atentar contra los Derechos Humanos y los Derechos de los niños, niñas y adolescentes, es considerado como un fenómeno complejo, multifactorial que puede evidenciarse en todos los medios socio-económicos y culturales, principalmente en el ámbito intrafamiliar. Suele generar severas consecuencias para quienes lo padecen, encontrando efectos a corto y largo plazo en las víctimas. (Bellinzona, Decuadro, Charczewski y Rubio, 2005)

En una investigación realizada en el Hospital Pereira Rosell, (Bellinzona, Decuadro, Charczewski y Rubio, 2005) con el objetivo de conocer y describir las características de la población de niños que ingresó al mismo con diagnóstico de maltrato infantil y abuso sexual, se observó que las víctimas predominantes son niñas de entre 5 y 12 años. Se señaló además que el

mayor porcentaje se dio a nivel intrafamiliar, donde los principales agresores fueron el padre sustituto y el padre biológico, en primer y segundo lugar respectivamente.

Es destacable la diferencia numérica entre la cantidad de casos que llegan al centro y los que finalmente realizan la denuncia. El fenómeno de ocultamiento y mantención en secreto del abuso sexual intra o extrafamiliar puede deberse a múltiples factores asociados a funcionamientos sociales, personales y familiares, entre los cuales las creencias, mitos, miedos, vergüenza, temor al ridículo, represalias o temor a acentuar el vínculo violento juegan un rol influyente muy importante. Pueden encontrarse casos en los cuales exista la “aceptación” de la realidad por la propia naturalización del hecho.

El abuso sexual infantil, produce secuelas a nivel psíquico, afectivo y comportamental. Muchas veces el sufrimiento de la víctima hace que la misma comience a actuar lo que no puede ser puesto en palabras. A lo largo de las etapas evolutivas del desarrollo del niño, pueden encontrarse algunos indicadores que manifestarían la existencia de episodios de abuso sexual infantil, entre los que se destacan: llanto incontrolado, conductas hipersexualizadas o masturbatorias, conductas regresivas, cambios bruscos en el rendimiento escolar, reticencia para desnudarse al acostarse, realización de actos delictivos, sentimientos de vergüenza, actos promiscuos, culpa, desvalorización, entre otros.

La vivencia de uno o reiterados episodios de abuso, puede generar, el desarrollo de un trastorno por estrés post-traumático. Éste reúne las manifestaciones psicológicas, inmediatas o tardías, que pueden aparecer a partir de la exposición a estresores de alto nivel, reflejando los efectos de los mismos en la vida de las personas.

Según J. Lewis Herman (1992), citado por Janin (2011), los síntomas del estrés post-traumático pueden incluirse en tres categorías: un estado de alerta permanente como si el peligro pudiese retornar en cualquier momento, con trastornos del sueño e irritabilidad. La intrusión del pensamiento, donde el trauma es revivido reiteradamente, invadiendo la vida cotidiana, los pensamientos y los sueños del sujeto y la constricción como estado de rendición y derrota que puede ser vivenciado por la víctima con sensaciones de aletargamiento e incapacidad para sentir y actuar.

Estas tres etapas podrán ir fluctuando en su aparición y duración, caracterizándose por su presencia oscilante.

En el caso de niños donde el abuso ocurre a nivel intrafamiliar, suele aparecer una “huída interna”, caracterizada por el repliegue del niño en sí mismo, quien, a modo defensivo, da lugar a la disociación, el aislamiento, la negación y la desmentida como mecanismos de defensa emergentes con los que intenta protegerse de los fuertes ataques que la vivencia traumática produce en su psiquismo. Con frecuencia, aparecen sentimientos de baja autoestima, culpa, angustia, falta de confianza o la regresión hacia las etapas donde lo traumático tuvo lugar. (Colombo, R., 2005)

TRANSMISIÓN GENERACIONAL Y ABUSO SEXUAL INFANTIL: TRAUMA Y REPETICIÓN

Siendo la intención del presente conocer, indagar y analizar los procesos mediante los cuales se efectúa la transmisión de hechos traumáticos a través de las generaciones, haciéndose presente en diferentes miembros de una misma familia, se desarrollan, a continuación, algunos conceptos teóricos inherentes al tema.

La formulación de un concepto que contemplara lo relacionado al fenómeno de transmisión de contenidos a través de las generaciones, significó un pasaje teórico de una teoría filogenética a una nueva teoría que a diferencia de la anterior, privilegió la transmisión cultural como elemento para teorizar acerca de la manera en que nos encontramos atravesados por sentidos de las generaciones que nos preceden.

Desde el nacimiento, formamos parte de distintos espacios psíquicos intersubjetivos desde los cuales se nos transmite por vía psíquica la formación de ideales, las referencias identificatorias, las representaciones, los mecanismos de defensas, creencias, mitos, ritos e ideologías. Sin embargo, la concepción del sujeto psíquico también refiere al sujeto como inseparable del grupo, momento de entrecruzamiento entre la transmisión intrapsíquica y la intersubjetiva. (M. del Valle Laguna, 2014)

Freud (1914) y siguiendo la idea de la doble influencia para la conformación de la subjetividad, manifestó la idea de que todos los individuos se dividen entre

dos necesidades: “ser uno mismo su propio fin, y ser el eslabón de una cadena a la que se está sujeto, sin la participación de su voluntad” (p.14). La continuidad transgeneracional planteada en su obra “Introducción al Narcisismo” (1914), se encuentra diseñada a partir de la constitución de dos instancias psíquicas: el super yó y el ideal del yo, entendiendo que ambas se conforman en los niños a partir de los modelos que provienen de las instancias de sus padres. Como consecuencia del intento de seguir el modelo de las mismas, los niños se convierten en herederos del deseo, inhibiciones y tabúes de sus padres.

Piera Aulagnier (1975), citada por F.André Fustier y F. Aubertel, (1998), propone el concepto de “contrato narcisista” para dar cuenta de la apropiación que el sujeto hace de los elementos del medio socio-cultural que habita. El sujeto del inconsciente es concebido como sujetado por el grupo y la sociedad, del que aprehende enunciados, que serán, en segunda instancia, metabolizados y adquiridos como propios. La subjetividad, nunca podrá ser configurada sólo a partir del sujeto dado que se encuentra influenciada por múltiples aspectos que hacen a lo social y generacional, desde donde se adquieren elementos para su final conformación. “El sujeto es, pues "narcisizado" desde su grupo familiar, pero también deberá ser un servidor que debe dar satisfacción a las necesidades narcisistas de su familia de origen”. (Losso, 2007, p.177)

La transmisión generacional es concebida entonces como “el modo peculiar en que verdades y saberes, odios y amores, deudas y legados, posibles e imposibles se traspasan de los odres viejos a los nuevos sosteniendo que la voz de las generaciones no se silencie” (Gomel. S, 1998, p.27). La transmisión generacional designará el proceso mediante el cual los diferentes contenidos son transmitidos de una generación a otra dentro de una misma familia.

“La experiencia clínica ha llevado a muchos analistas a comprobar que ciertos síntomas que presentan los pacientes, no pueden comprenderse solamente a partir de la historia personal del sujeto que los porta. Su comprensión puede enriquecerse si se considera al sujeto como eslabón de la cadena que lo precede y a la que pertenece, reconociendo la existencia de procesos de repetición ligados a las generaciones anteriores”. (Losso, 2007, p.176)

Varios autores aluden al concepto de transmisión generacional para explicar cómo algunos síntomas, traumas, modalidades vinculares, duelos y otros aspectos, frente a la imposibilidad de ser elaborados por algún miembro de la familia por su carácter traumático, se mantienen “encapsulados”, “cercados”, “enquistados” o “encriptados” a modo de piedra en sus psiquismos.

Abraham y Torok (2005), afirman que cuando un evento traumático es demasiado vergonzoso, la persona que lo sufre no logra ni reprimirlo ni elaborarlo, viéndose forzado a encriptarlo.

De acuerdo a lo planteado por Kâes (1998), se distinguen tres modos de transmisión: intrapsíquica, interpsíquica (o intersubjetiva) y transpsíquica.

En la transmisión intrapsíquica, los contenidos psíquicos se transmiten desde lo inconsciente hacia lo preconsciente o consciente. De acuerdo a la segunda tópica Freudiana, este tipo de transmisión se entenderá de una instancia psíquica a otra.

“La transmisión interpsíquica (o intersubjetiva) se origina en el grupo familiar, como transmisión intergeneracional. Por esta vía se transmiten las investiduras narcisistas en el contexto del contrato narcisista, ideales, valores, modalidades defensivas, mitos, experiencias de separación (la desilusión winnicottiana), los vínculos intersubjetivos que generan un espacio psíquico entre los sujetos y las identificaciones (...) Esta transmisión implica que pueda darse curso a un proceso de elaboración transgeneracional, con elaboración de fantasías secundarias, lo que hace posible las sucesivas transformaciones de mandatos y legados de una generación a otra” (Losso, 2007,p178).

La transmisión transpsíquica se conforma por lo proveniente directamente del psiquismo de uno u otros, exteriores al sujeto y perteneciente a otras generaciones. Se caracteriza por la falta del espacio transicional y la consecuente imposibilidad de metabolizar, asimilar o elaborar los contenidos como propios. No ocurre *entre* sujetos sino que *atraviesa* a unos y otros, dando lugar a que los contenidos recibidos puedan ser percibidos como algo extraño y ajeno al psiquismo del sujeto que los hereda.

El contenido transmitido permanecerá encriptado a través de las generaciones por su imposibilidad de elaboración y se concebirá como lo indecible, innombrable e impensable para cada una de ellas.

En la primer generación de familiares, donde la situación traumática tuvo lugar, ésta se presentará como “lo indecible” y representando todo aquello de lo que no se puede hablar, configurándose como un secreto cuyo contenido

permanecerá enquistado en el psiquismo. El acontecimiento no puede ser revelado ni puesto en palabras debido al dolor y culpa que evoca.

Ante el advenimiento de la segunda generación, lo indecible será transmitido en forma “bruta”, dada la imposibilidad de ser metabolizado o elaborado por la generación antecesora. Así, los contenidos transmitidos, habitarán a modo de cripta o fantasma en la generación heredera y operarán a nivel inconsciente en los miembros de la misma. El contenido de lo transmitido será ignorado y su existencia presentida, pero de ninguna manera será posible verbalizarla. Nos encontramos con hechos que se presentan en el orden de “lo innombrable”.

Los contenidos transmitidos que para la primer generación se presentaban en el orden de lo indecible y para la segunda de lo innombrable, se configurarán como “lo impensable” para la tercer generación. A diferencia de las anteriores generaciones, los miembros pertenecientes a esta última generación, no percibirán la existencia de un trauma secreto no elaborado. Si bien es algo que existe, se concibe como mentalmente inaccesible y sólo advendrá a modo de síntomas que serán apreciados como aparentemente inexplicables para los miembros de esta nueva generación que los padezca. (S. Gomel, 1997)

Alberto Eiguer (1998), distinguirá entre transmisión “bruta” y transmisión transicional. Con respecto a la primera, dirá que ésta puede ser calificada de traumática, en tanto los contenidos transmitidos no han podido ser elaborados, modificados y posteriormente adquiridos como propios por parte de las nuevas generaciones, quedando destinados a su repetición a través de las mismas. En esta transmisión no es posible dar cuenta de la función simbolizante de la palabra. En la transmisión “bruta” se transmiten los agujeros representacionales, donde existen contenidos que esperan ser expulsados en tanto resulta imposible incorporarlos, representarlos y simbolizarlos, dando cuenta de una memoria que insiste, colmada de hechos dolorosos, angustiantes y/o vergonzosos, que no pueden ser tramitados y cuyo único destino posible es pasar, en forma “bruta” a los hijos y a su vez, a los hijos de sus hijos. Son recuerdos que retornan de diferentes modos y cuya repetición ha obturado caminos creativos. (Janin, 2011)

Se entiende por proceso de transicionalidad a la la introducción de un yo metafórico por parte del sujeto, a través del cual, los elementos de su propia historia, que recibe sin saberlo, son reinventados, reencontrados y creados por

él, volviéndose parte sí. En este proceso, el sujeto “puede hacerse cargo de las cosas, transformándolas en palabras vivas”. (Eiguer, 1998, p.41)

En la medida en que el sujeto realiza una apropiación transformadora de los contenidos heredados al adjudicarles su impronta, comienza a conquistar su autonomía de forma independiente. Cuando ello no ocurre, el sujeto es arrasado en distintos grados por un discurso alienante del que no puede apropiarse, viendo afectada su diferenciación, percibiendo los contenidos como ajenos.

El fenómeno de transmisión no configura una recepción pasiva de los contenidos heredados por parte de las nuevas generaciones, sino que existe un rol activo de los mismos de apropiarlos. Para Silvia Gomel, la herencia no puede ser recibida pasivamente, sino que requiere del sujeto un trabajo de apropiación “de su misma sustancia”. (1998, p.26).

Abraham y Torok (2005) establecen que un padre portador de una cripta (contenido traumático enquistado en el psiquismo) determinará un fantasma psíquico en el inconsciente de un hijo con el que tiene contacto. Los padres con situaciones no elaboradas o no introyectadas transmiten un saber no sabido a sus hijos. Kaës (1998) habla de la “violencia de la herencia” para referirse a la existencia de huellas que irán ligando a las generaciones entre sí, en un sufrimiento del cual les seguirá siendo desconocida la apuesta que sostiene.

Según F. André-Fustier y F.Aubertel (1998):

Todo individuo adviene siempre a una historia que lo preexiste, de la cual es a la vez heredero y prisionero. Se ha dicho: un individuo no puede de hecho inventar totalmente su propia historia, se ancla en la que le ha sido legada por sus predecesores; es partiendo de estos datos que va a construir su identidad de sujeto y a tomar un lugar en el conjunto familiar. (p.132).

Los individuos advendrán entonces, sin posibilidad de crear su historia desde sus orígenes, sino que parte de ella, se encontrará relacionada con aquella de la que formaron parte sus antecesores. Su identidad, será construida a partir de la historia familiar previa y de lo heredado en forma de transmisión generacional por sus antecesores. Es en este sentido que se plantea la imposibilidad del sujeto de negar su herencia, dado que si lo hiciera, se pensaría como autogenerado y “el sujeto es, en primer lugar, un intersujeto” (Kaës, 1998 p.17).

Fraiberg y colaboradores (1987), citados por Laguna (2014) manifiestan:

En toda crianza existen fantasmas, visitantes del pasado no recordado de los padres, huéspedes no invitados al bautizo, que en algunas familias aparecen en escena en momentos inesperados, en donde padres e hijos se encuentran así mismos protagonizando, reeditando, papeles de obras de tiempos pasados. Otras familias se manifiestan como poseídas por sus fantasmas, huéspedes permanentes que claman por la tradición y por los derechos de permanencia y han estado presentes en el bautizo de dos o tres generaciones sin haber sido invitados. (p.14)

La práctica clínica ha permitido observar que habitualmente se suceden episodios de abuso sexual infantil acontecidos en las diferentes generaciones dentro de una misma familia. Cuando esto sucede, puede pensarse en una reedición de la problemática familiar a lo largo de varias generaciones, donde existen dramas familiares que quedan de alguna manera, impresos en el inconsciente familiar, con deudas intergeneracionales sin saldar que pasan de generación en generación.

“La transmisión transpsíquica de mandatos narcisistas y experiencias traumáticas que no pudieron ser elaboradas por las generaciones precedentes implica una suerte de violencia transgeneracional que llevará a una repetición transgeneracional” (Losso, 2007, p.180)

El abuso sexual infantil puede presentarse en algún miembro de la familia perteneciente a generaciones anteriores, como una marca en la memoria, que insiste, ser transmitida sin palabras, como las marcas de lo no tramitado, lo no ligado en alguna generación anterior. En esta línea, se entiende por “trauma transgeneracional” al proceso por el cual los contenidos son transmitidos a modo de agujeros y vacíos que procuran ser ligados a representaciones en nuevas generaciones. (Abraham y Torok, 2005)

Roberto Losso (2007), basado en el concepto freudiano de “compulsión a la repetición” nos propone el término “repetición transgeneracional”, para explicar desde un enfoque vincular, la repetición de fenómenos relacionados con situaciones traumáticas que no pudieron ser elaboradas por las generaciones anteriores, repetición en la que está comprometido más de un sujeto. La

repetición del trauma no ocurre sólo durante la vida del sujeto sino que también la presencia de la repetición de hechos traumáticos a lo largo de las generaciones, darían cuenta de un “intento fallido de elaboración.”

Silvia Gomel, (1997) manifiesta que todo aquello que no ha podido ser ligado de forma ancestral retorna “bajo el sesgo de la compulsión a la repetición”, “perforando” toda capacidad del sujeto para elaborar lo que hereda, generando que cualquier capacidad de representación que pudiese realizar el psiquismo se vea coartada.

La transmisión generacional no permite líneas de fuga, nada puede ser abolido sin que aparezca posteriormente en las nuevas generaciones como enigma impensado, representando aquello que no pudo ser simbolizado en otro momento. Al decir de Kaës: “la carta llegará siempre a su destinatario aún si él no ha sido instituido como tal por el emisor: la huella sigue su camino a través de los otros hasta que un destinatario se conoce como tal.” (1998, p.61). “Muchas veces hasta la repetición más tanática y destructiva puede entenderse como un intento fallido de búsqueda de significación, como forma de hacer inteligible una historia vincular”. (Gomel, S, 1998, p.20)

Existe la posibilidad de que el objeto pierda su potencial traumático en tanto el sujeto logre apropiarse y subjetivar los hechos. En este sentido nos encontraríamos frente a una transmisión de tipo no traumática, donde el sujeto hace uso de los procesos de transicionalidad (Kaës, 1998, p.173).

INTERVENCIONES DESDE UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En el marco del programa de Practicantes y Residentes de Psicología en los servicios de salud, en un convenio entre Facultad de Psicología y ASSE, se concreta la oportunidad de trabajar en un centro de salud de primer nivel de atención de la ciudad de Montevideo. En este contexto y a partir del trabajo realizado con una paciente víctima de abuso sexual infantil, nace la motivación personal de analizar en el presente, las intervenciones que pueden y deben ser realizadas en estas situaciones desde un primer nivel de atención, tomando en cuenta el abordaje realizado en dicha oportunidad.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se encuentra vigente en Uruguay desde el año 2007, bajo la regulación de la [Ley 18.211](#) , siendo posteriormente modificado por las leyes [18.731](#) y [18.732](#) durante el año 2011. Este sistema se encuentra compuesto por un conjunto de servicios públicos y privados, integrados en forma de red, con una estructura única de formación y con un organismo central de gobierno que se encarga de definir políticas y normas generales, entre las que encontramos definidos los niveles de atención. A partir de su creación, se transformó el modelo de atención en salud pre-existente. Este cambio, implicó, entre otras cosas, la modificación de las concepciones de salud y enfermedad concebidas previamente por anteriores modelos de atención.

Este sistema fue creado sobre las bases de la Atención Primaria en Salud (APS), definida en 1978 en la conferencia de Alma Ata como una nueva estrategia de acción, cuyo objetivo consiste en dirigirse a todos los sectores sociales sin distinción, poniendo el foco en la promoción en salud y prevención de enfermedades, por medio de costos accesibles para la población. En este sentido, se visualiza un viraje con respecto a la perspectiva de abordajes previos, donde primaba el modelo biomédico, cuyo enfoque estaba primordialmente centrado en la enfermedad, basado en establecimientos de segundo y tercer nivel de atención.

El nuevo modelo, diferenciándose del anterior, implicó una transición de un paradigma individual-reduccionista a otro de tipo social-expansivo (Saforcada, 2010). En otras palabras, hubo un pasaje desde un enfoque biologicista, asistencialista, centrado en la enfermedad y que entiende al sujeto descontextualizado, a un enfoque integrador, multidisciplinar, centrado en la salud y que considera al sujeto en su contexto social.

La atención integral a la salud, desde la que se enfoca el sistema de salud en nuestro país, refiere al conjunto de actividades que realiza cada equipo de salud sobre las personas sanas o enfermas, incluyendo la protección y mejora del medio ambiente, desarrolladas con actitud y orientación preventiva. Dentro de estas actividades se destacan la prevención, promoción, rehabilitación, cuidados paliativos, entre otros.

Cada país, establece dentro de su sistema de salud, la clasificación de las unidades y niveles de atención que lo conformarán. Éstos, aluden a la forma

prescrita y estratificada en que se ordenan los recursos, con el fin de satisfacer las necesidades de la población, concebidas desde los problemas de salud que en cada uno de los niveles se resuelven.

En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública reconoce tres niveles de atención. De acuerdo con el objetivo del presente, interesa profundizar acerca del Primer Nivel de Atención en Salud.

Este Nivel se caracteriza por ser el más cercano a la población, entendiéndolo como el nivel de primer contacto. Sus recursos se encuentran organizados con la finalidad de resolver las necesidades básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas a través de diferentes acciones, entre las que se destacan las actividades de promoción en salud, prevención de enfermedades y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Siendo considerado como la puerta de entrada a los servicios de salud y en donde se resuelven aproximadamente el 85% de las consultas, (Vignolo, Vacarezza, Alvarez y Sosa, 2011, p.12) se apela a una atención oportuna y eficaz. Sus establecimientos son de baja complejidad (consultorios, policlínicas, centros de salud) y la misión planteada por el SNIS, se basa en brindar una atención integral a los ciudadanos con cobertura formal del MSP, desde un enfoque preventivo, poniendo especial énfasis en la promoción de salud.

El conjunto de los centros de primer nivel de atención de Montevideo y parte de la zona metropolitana es organizado y gestionado desde marzo de 2005 por una unidad ejecutora de ASSE, denominada Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE). De acuerdo a la clasificación de los niveles de complejidad, al primer nivel de atención le corresponde el primer nivel de complejidad.

VIÑETA CLÍNICA

Milagros, de 8 años de edad, concurre por primera vez acompañada por su madre al servicio de psicología del Centro de Salud Ciudad Vieja en el mes de Noviembre, donde es atendida por las practicantes de Psicología.

Actualmente se encuentra cursando segundo año en una escuela pública del departamento de Montevideo. Convive con sus hermanos varones de 14 y 15 años, su madre y su padrastro, quienes, de acuerdo a su relato, mantienen un vínculo de violencia física y psicológica de la cual sus hijos son testigos.

La mamá es portadora de VIH desde hace 7 años aproximadamente y se encuentra actualmente sin tratamiento. Ni Milagros ni sus hermanos tienen conocimiento de la enfermedad. Por el momento, sólo el padrastro realiza actividad laboral.

Como motivo de consulta, la mamá manifiesta el deseo de que su hija se independice: *“no termina un trabajo sin una maestra al lado y dice que no le da el tiempo para copiar del pizarrón”*. Al mismo tiempo, plantea sentirse preocupada desde que las maestras han notado la dificultad de Milagros para relacionarse con sus compañeros de clase y el hecho de que la nota angustiada: *“Llora por nada casi todos los días.”* Refiere sentirse sorprendida ante frases de la pequeña: *¿Por qué fui nena?*. *“Tendría que haber sido varón”*.

A partir del discurso de la madre y a modo de ir configurando la estrategia de intervención, desde el servicio, se subraya como importante la presencia de angustia, dificultades en el relacionamiento y a nivel escolar de la paciente. Las frases se toman como elemento para ser trabajado con mayor profundidad.

El espacio se configura teniendo en cuenta todos los factores que se ponen en juego en cada uno de los síntomas que se presentan en los niños, considerando la singularidad de cada consulta y ubicando el padecer en el contexto socio-familiar en el cual el niño está inmerso. Janin (2011).

Desde los primeros encuentros, Milagros se muestra cómoda, logrando apropiarse del espacio terapéutico propuesto. Concorre a todas las consultas en forma puntual y falta muy pocas veces por dificultades de traslado dado que vive lejos del Centro.

Poco a poco es notable el afianzamiento del vínculo entre la paciente y el equipo. La misma, refiere sentirse cómoda y contenta cuando asiste a las consultas. En reiteradas ocasiones verbaliza: *“Son lindas y buenas”*.

Se proponen como herramientas para la intervención, la entrevista de juego y la aplicación de algunos test proyectivos gráficos. (Dibujo Libre, DFH). Dado que le gusta mucho dibujar y pintar, en la mayoría de los encuentros propone realizar dibujos.

Cuando se comienza a trabajar acerca de lo relatado por la mamá como preocupante para ella (llanto, dificultades en la concentración y relacionamiento), la paciente refiere que en la escuela la maestra borra el

pizarrón rápido y no le da el tiempo a copiar. Con respecto al llanto y las dificultades de relacionamiento con sus compañeros, plantea no saber lo que le pasa, mostrándose cabizbaja.

Con respecto a las frases en las cuales manifiesta su deseo de ser varón plantea que si fuera varón sus hermanos no la pelearían tanto y no se sentiría tan sola como en la actualidad por ser *“la única nena.”*

Cuando se le pregunta acerca de los vínculos con los miembros de su familia, sonrío de forma maníaca y responde que se lleva bien con todos. Se ríe. Al re preguntar, manifiesta que sus hermanos son quienes más la pelean. Se muestra reticente al hablar sobre el tema.

Frente a la pregunta específica acerca del vínculo con su padrastro dice: *“hace algo que no tiene que hacer, le digo dejame y no me deja. Me anda agarrando a lo bruto”*. (Se queda en silencio unos segundos. La expresión de su cara se torna seria y triste, no logra mantener el contacto visual y aparenta sentirse avergonzada). *“Yo sé algo que no se los puedo contar, que no se lo puedo decir a nadie”*. Se angustia y plantea tener miedo de confesar lo que sabe por temor a que su madre la ponga en penitencia.

Se le plantea desde el equipo de trabajo la confidencialidad de los encuentros, y se le brinda un ambiente de confianza y apoyo frente a lo que deba decir. Relata que su padrastro le hace *“como un perrito”* y se sube encima de ella. (En ese momento realiza una pequeña representación del acto, moviendo los brazos y la pelvis). Inminentemente, el llanto la desborda y la angustia emerge brutalmente.

A partir del material de entrevistas de juego y análisis de las técnicas proyectivas gráficas, se observan en la paciente elementos de angustia y falta de interés en el relacionamiento, una percepción hostil del ambiente familiar, sentimientos de culpa, inadecuación y miedo además de presencia del secreto, aislamiento y conductas sexuales inapropiadas para la edad.

Entre los resultados obtenidos en la técnica Persona Bajo la Lluvia, cuyos indicadores resultan apropiados para evidenciar situaciones de abuso sexual y maltrato, se observó: dimensión pequeña, elementos fálicos, lluvia sectorizada, rayos, cabeza deteriorada, ojos vacíos, ausencia de detalles y brazos cortos, lo que daría cuenta de dificultades en el contacto con el medio, sentimientos de desvalimiento, falta de protección, negación, control omnipotente, disociación,

desmentida y vivencia de abandono y desamparo (Colombo, R, Barilari, Z, Beigbeder, C, 2013).

A partir del relato de la paciente y de acuerdo a los resultados del análisis de las diferentes técnicas proyectivas aplicadas hasta el momento, la hipótesis de que las alteraciones a nivel educativo y social así como la manifestación de angustia, de la cual la madre de la paciente fue testigo en varias oportunidades, cada vez se asociaban más a la presencia de abuso sexual en la paciente.

“Sabemos que hay golpes sin palabras y de los que nada puede ser dicho, que entran en un territorio en el que reina el silencio. Es por esto que escuchar a un niño, darle la palabra, es fundamental. La sociedad tiende a mantener en silencio lo ocurrido y se ensaña en avergonzar al que habla. El secreto, el silencio y el olvido van juntos y muchas veces se prefiere olvidar todo aquello que duele. Pero darle la palabra a un niño no es simplemente pedirle que hable sino saber escucharlo. Darle la palabra a un niño implica conocer los diferentes lenguajes y cómo pueden los niños contarnos lo que sienten y piensan. Escuchar a un niño es también escuchar lo que no puede decir.” (Janin, 2011, p.33)

Con la finalidad de delinear las estrategias clínicas del abordaje, se decidió pedir asesoramiento a profesionales del centro de salud con mayor experiencia, docentes que supervisaban la práctica y a instituciones especializadas en el tema.

Al consultar con SIPIAV (Sistema Integral de Protección a niños, niñas y adolescentes contra la Violencia), el equipo manifestó la necesidad de realizar la denuncia policial del caso, entendiendo la pertinencia de alejar a la paciente del contexto de abuso al cual se encontraba expuesta. Asimismo, hicieron entrega del mapa de ruta oficial para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud, en el cual se basaban para realizar sus indicaciones.

Este mapa de ruta establece:

“El equipo de salud, ante un diagnóstico de certeza o alta probabilidad de maltrato infantil o abuso sexual, deberá dar una respuesta inmediata, identificando el nivel de riesgo (bajo, medio y alto) que afecta al niño con el fin de establecer acciones para su protección.” (2009, p.25)

Asimismo, se establece que cuando se presenten lesiones que requieran tratamiento a nivel hospitalario, sean necesarios exámenes y/o cuando la

complejidad de la situación requiera una evaluación más profunda como por ejemplo que el agresor conviva con el niño, significando un riesgo vital o social, a los centros de primer nivel de atención les corresponderá derivar a los pacientes a centros hospitalario del segundo o tercer nivel de atención. El caso sólo podrá ser tratado en un primer nivel de atención si existen factores protectores en el ámbito familiar, social y/o el contacto con redes comunitarias que permitan el tratamiento de la situación en forma ambulatoria.

Desde el equipo de practicantes se planteó que la intervención exigía un trabajo inaugurante, que debía ser construido paso a paso y a partir de las singularidades de la paciente, sin que ello significara hacer caso omiso a las instituciones formadas en el tema.

La psicología, actualmente ve sus prácticas en ámbitos muchas veces impensados, logrando desarrollarse y construir a la vez, conceptos teóricos que nacen como consecuencia de la práctica.

Sin embargo, resulta imposible no dar cuenta de las limitaciones a nivel de las herramientas que ello conlleva: “el campo de acción se torna desconocido, sin garantías teóricas que nos respalden ni líneas claramente establecidas para operar en cada situación. Las herramientas con que contamos ya no nos sirven”. (Muniz, 2009, p.16)

Se entiende la importancia de interpelar las diferentes intervenciones psicológicas, atendiendo a los alcances y limitaciones que las mismas presentan frente a los nuevos escenarios y desafíos que la actualidad impone.

Deberemos elegir entre todas las herramientas disponibles cuál será la adecuada para cada sujeto o en su defecto, nos enfrentaremos al desafío de rediseñarlas o tener que crear nuevas. “La aplicación de programas predeterminados de acción empobrece la perspectiva clínica y simplifica una realidad altamente compleja que exige soluciones novedosas para cada sujeto.” (Muniz, 2009, p.19). Se plantea imprescindible poder pensar en la singularidad del otro, entendiendo que la generalización y la estandarización de planes de acción implican consecuencias negativas para las intervenciones.

“Esto de la intervención es un trabajo artesanal, a medida. Cada consultante exige un trabajo inaugurante que se va construyendo puntada por puntada. En la época de “talle” único y de la globalización, fácilmente podemos caer en la aplicación indiscriminada de modelos

teóricos que nada dicen del paciente y nos alejan de él” (Muniz, 2009, p.26)

Desde el lenguaje coloquial, el término intervención es asociado a la acción de entrometerse, y/o participar. También al ámbito médico cuando se remite a una intervención quirúrgica como sinónimo de operación.

Etimológicamente, el término intervenir proviene de la conjunción del latín: *inter* y *venire*, que significan venir-entre o venir-dentro. En este sentido, el término puede ligarse a la idea de participar, tomar parte, mediar, entrometerse y actuar con otros. (Cristóforo, 2002). “El que viene dentro”, al que nos referimos en la raíz etimológica de intervenir, se asocia a “quien se mueve buscando al que habla (viene), y encuentra a punto de partida de la escucha clínica, otro que interviene (va hacia el que habla, consulta, dentro de ese vínculo)” (Cristóforo, 2002, p. 30)

La raíz etimológica de consulta alude a “pensar con uno mismo o con otro” (Cristóforo, 2009, p.29). Tanto “intervenir” como “consulta”, contemplan un momento del orden de lo reflexivo y del pensar y otro del orden de lo activo; el de moverse hacia otro para hacer.

Muniz (2009) refiere al término “intervención” y plantea:

“Es una acepción poco feliz para pensar las operatorias terapéuticas. El problema reside, a mi entender, en que no se ha encontrado aún un término más adecuado para denominar lo que acontece entre quien demanda y quien se propone para responder (responsable) sobre la situación. A falta de términos, aparecen nominaciones que no son ingenuas, dado que pueden develar una forma de concebir esa acción: hay uno que pide y hay otro que tiene el saber-poder para responder. Posiciones asimétricas, objetivantes, neutras. Uno pide y otro da”. (Muniz, 2009, p 16)

Ante la elaboración de las diferentes estrategias acordes para cada paciente, el desafío será poder tolerar la incertidumbre que cada encuentro con el consultante produce. Morín (1994), citado por Muniz (2009), dirá que “La estrategia es el arte de trabajar con las incertidumbres”. (p.115)

El sujeto de la intervención es pensado como un sujeto en vínculo, influyendo y siendo influenciado por la cultura, co-construyendo subjetividad con otros y es en ese sentido que se piensa la intervención.

La intervención no puede ser entendida como una relación asimétrica de saber, como su raíz etimológica parece denotar, sino todo lo contrario: es concebida como un encuentro de al menos dos sujetos, quienes, en conjunto, inaugurarán una nueva forma de encuentro, de la que resultará su mutua subjetivación. Será en la novedad del encuentro donde se habilitará y producirá un espacio para pensar desde una nueva perspectiva, “des-cubriendo” con el otro. Lo terapéutico refiere al encuentro y lo que allí se produce. (Muniz, 2009).

Todo encuentro es el productor de lo nuevo, lo imprevisto, lo que no tiene marcas previas ni es simple repetición. Por lo tanto, cada nueva situación, requerirá de un abordaje diferente, pertinente y ajustado a cada paciente.

“En una época en la que la tendencia es clasificar el sufrimiento, la idea es rescatar la complejidad de la vida psíquica, las vicisitudes de la constitución subjetiva y el tránsito complicado que supone siempre la infancia” (Janin, 2011, p.10).

Era imprescindible poder interpelar la práctica y las estrategias que se trazarían para abordar el caso, conceptualizando y acordando la intervención desde la generalidad y también desde un primer nivel de atención, considerando lo que se espera en el mismo con respecto a los abordajes individuales y sin dejar de reflexionar sobre lo que desde el equipo se entendía como intervención y cómo estaba dispuesto a realizarla.

La integración de psicólogos de área a los equipos de salud de la Red de Atención del Primer Nivel fue una de las acciones prioritarias a llevar adelante desde la Dirección de Salud Mental de ASSE.

De acuerdo con el nuevo modelo de atención se enfatiza la atención integral en Salud Mental con la actividad coordinada en los tres niveles de atención, priorizando las áreas de promoción y prevención, la atención de las personas con enfermedad mental en su medio y el enlace con programas de rehabilitación y resocialización. (Piñeiro y Trillo, 2011, p. 141).

De acuerdo a lo anterior, se delinearán los objetivos planteados para las intervenciones en psicología de todos los técnicos del primer nivel de atención, que a diferencia de otros niveles, se encuentran más dedicados al trabajo en campo, la realización de derivaciones y puesta en marcha del trabajo en red de la zona.

En este sentido, el tipo de abordaje individual que le es pertinente se relaciona con intervenciones focalizadas, cuyo objetivo es la comprensión psicodinámica de la vida cotidiana del paciente en orientación familiar o laboral, intentando lograr objetivos en plazos limitados en cuanto al tiempo de trabajo (Fiorini, 1978).

Las estrategias delineadas para el abordaje del caso desde un primer nivel de atención se basaban en la derivación a un segundo nivel de atención, la derivación a instituciones con experiencia en el tema, con la correspondiente denuncia o en su defecto, continuar trabajando con la paciente.

La derivación hacia alguna institución especializada en abuso o hacia un centro de segundo nivel de atención, donde la paciente pudiera realizar un proceso psicoterapéutico más prolongado era concebida de forma negativa en tanto podría colaborar en la victimización secundaria de Milagros y generaría la ruptura del vínculo terapéutico consagrado.

La victimización secundaria se entiende como el conjunto de consecuencias psicológicas, sociales, jurídicas y económicas negativas que dejan las relaciones de la víctima con el sistema jurídico penal. Es producto de un choque entre las expectativas de la víctima y la realidad institucional. Entre sus características, supone una pérdida de comprensión acerca del sufrimiento psicológico, dejando a la víctima desolada e insegura, generando la pérdida de confianza en la comunidad, los profesionales y las instituciones que deberían dar respuestas. (Pérez, Gutierrez, Coronel, 2009)

Puede ser concebida como una segunda experiencia con mayores efectos negativos que la primera, que lleva a incrementar el daño causado por la situación previamente vivida.

Las vivencias dejan marcas, se inscriben. Son sabores olores, sensaciones cenestésicas, que van armando redes representacionales. El niño va armando sus redes representacionales, va constituyendo sus circuitos de pensamiento, en relación con los otros que lo rodean, fundamentalmente en relación con el funcionamiento psíquico de esos otros. (Janin, 2011, p.22)

El equipo concebía la necesidad de producir algo nuevo desde el vínculo establecido con la paciente, donde la presencia de la palabra diera paso a la ligazón de representaciones en un nuevo orden, generando y aportando

nuevas marcas en la subjetividad. La posibilidad de armar otra historia a partir de nombrar, de dar testimonio con otros, resignificando lo vivido puede conllevar a producir significaciones inéditas, pudiendo disminuir o eliminar los efectos traumáticos consecuentes del abuso, apostando a generar una marca, que estará significada por ese encuentro y las diferentes dimensiones del atravesamiento intra, inter y trans subjetivo.

“El trabajo psíquico en presencia de otros puede producir nuevas marcas que suplementan las anteriores, alterando las estructuras previas, dando lugar a un ordenamiento diferente en un proceso continuo”. (Muniz, 2009, p.117)

Al decir de Berenstein (2008, citado por Muniz, 2009), “seguir constituyéndose, haciendo historia, historia viva, activa, es tener la posibilidad de seguir construyendo nuestra identidad, hacer hace ser”. (p.124)

Se priorizó y valoró el vínculo terapéutico e intersubjetivo acontecido entre la paciente y el equipo y considerando la apropiación que había hecho del espacio, se apuntó a generar un lugar de escucha, en un clima de confianza y tranquilidad.

El diseño de la estrategia de trabajo, surgió como resultado del encuentro de diversas concepciones, disciplinas y visiones con respecto al problema en cuestión. Implicó, una mirada crítica sobre las prácticas, interpelando cada una de las acciones, entendiendo la seriedad, confidencialidad y ética con que debían ser abordadas las diferentes situaciones clínicas.

El contacto con las pediatras, la asistente social, la agente socio educativa, los psicólogos y las instituciones como SIPIAV y El Paso, implicaron una intervención integral, donde el trabajo en red e interdisciplinario propició el encuentro y la discusión productiva a partir de la cual se potenciaron los recursos de cada uno.

Fue muy importante tener presente que el objetivo de la intervención siempre fue la protección de la integridad psicofísica y el bienestar de la paciente, objetivo entendido como fundamental a la hora de diagramar ejes estratégicos de intervención en casos de abuso y maltrato.

Fue necesario tener una entrevista con el adulto referente (madre) para comunicarle lo que estaba aconteciendo, entendiendo la necesidad de generar factores de protección y no continuar invisibilizando la situación de abuso ocurrida dentro del hogar.

Desde el comienzo de la entrevista, la mamá de Milagros se muestra abierta e interesada por ayudar a su hija. Se le transmite la importancia de su presencia allí, posicionándola en el lugar de adulta responsable en el cuidado de su hija.

Al entrevistarla con respecto a la relación de su hija con su pareja, nos dice haber notado algunas cosas “extrañas” de ella para con él: no le da la mano cuando salen de paseo ni se pone de su lado y a la hora del almuerzo, se sienta lejos. Manifiesta que la paciente suele mostrarse especialmente preocupada por los horarios que cumple su pareja en el trabajo, realizando preguntas acerca de las horas de partida y llegada. Aunque nota estos comportamientos en Milagros, no les presta demasiada atención.

Con respecto a la configuración familiar de origen, relata que se encuentra conformada por varios hermanos, su madre y su padrastro, con los cuales no tiene contacto: *“Cuando yo tenía 8 años, él abusaba de mí y mi madre le creyó a él, siempre tuvo miedo de quedarse sola.”* Se angustia y cuenta haber tenido una infancia dura, rodeada de hechos traumáticos que la marcan aún en su adultez. Se angustia.

En reiteradas oportunidades, revela sentirse identificada con su hija, por ejemplo cuando Milagros le habla a su padrastro de forma un tanto agresiva.

Cuando se le transmite tener indicios del abuso sexual, automáticamente se remite a su historia y niega que lo mismo “se estuviera repitiendo”.

Se le plantea que hay situaciones que resultan tan angustiantes y doloras que son negadas y se aparenta no verlas, cuando en realidad se tienen todos los indicios para saber que están allí.

La madre refiere estar separada de hecho de su pareja y se plantea buscar trabajo en tanto reconocer que depende del dinero que su pareja le brinde, denotando su dependencia económica.

Frente al relato de la madre acerca de su propia vivencia de abuso, es posible dar cuenta cómo lo traumático se encuentra aún fuertemente instalado en su psiquismo. El monto de angustia con la que refiere el descreimiento de su madre y el acto abusivo de su padrastro hablan de lo no tramitado, de aquello que aún persiste en su memoria, sin posibilidades de haber sido elaborado.

En el presente caso, madre e hija fueron víctimas de abuso sexual infantil por parte de sus padrastros con una historia muy similar, casi idéntica.

Al comienzo de la intervención se planteó la hipótesis de que la transmisión por repetición, pero a medida que pasaron los encuentros, se comprendió que nada de lo indecible ni lo impensable estaba puesto en Milagros, no había una transmisión generacional de abuso como hecho traumático.

Si bien en ambas damos cuenta de la angustia por el trauma vivido, mientras la mamá de Milagros no tuvo la posibilidad de un espacio donde poner en palabras lo acontecido y resignificarlo, en Milagros no hay presencia de lo indecible como elemento configurador de un hecho traumático no metabolizado. Por el contrario, es en el espacio terapéutico donde la palabra se hace presente, posibilitadora y habilitadora de la circulación energética de los estímulos que difícilmente podrían haber sido metabolizados por su psiquismo en estructuración.

Teniendo en cuenta los conceptos de abuso sexual como trauma, constitución del psiquismo y la transmisión generacional del trauma, es posible plantear que la presencia de dos psiquismos con diferentes procesos de elaboración de lo traumático. En la mamá se observa un psiquismo donde lo traumático dejó marca, generando angustia y procesos de introyección de modalidades vinculares asimétricas y violentas, en las cuales se posiciona desde un lugar de sometimiento, repitiendo (de acuerdo a lo que plantea), a lo largo de su vida, y en los diferentes vínculos de pareja, el rol de sometimiento y dominación que siempre ha ocupado.

En Milagros encontramos la posibilidad de ligazón y representación del hecho traumático, posibilitado la capacidad de simbolización y la generación de nuevas marcas psíquicas, imposibilitando el enquistamiento del hecho psíquico en su inminente psiquismo, impidiendo finalmente la formación del trauma como se ha concebido.

La capacidad de simbolización y representación de Milagros dio lugar a la posibilidad de disminuir su angustia, y desculpabilizarla del hecho traumático del cual se sentía responsable. Pudo trabajar y finalmente ubicarse en la construcción de un nuevo rol, en el cual toma el lugar de niña.

Roberto Losso (2007) desarrollado el concepto de transmisión trófica, necesaria para la constitución y desarrollo del aparato psíquico, que permite

que se lleve a cabo un proceso de elaboración transgeneracional de los contenidos psíquicos, posibilitándose una modalidad de transmisión-elaboración. Describimos los obstáculos a este proceso en las familias “disfuncionales”, y planteamos la presencia en estas familias de una fantasía inconsciente familiar compartida de elaboración transgeneracional.

Si bien al comienzo del caso se podía pensar en la transmisión generacional del trauma, fue la capacidad de elaboración de la paciente la que nos dio la pauta que lo traumático en ella no se encontraba enquistado de ninguna manera

Desde el punto de vista de los niveles de prevención en salud, la intervención fue de tipo terciaria, por apuntar a la creación de herramientas e identificación de factores protectores ante el diagnóstico de una situación de abuso sexual infantil develada en la consulta. El objetivo planteado fue la minimización del sufrimiento causado, facilitando la adaptación del sujeto, contribuyendo a prevenir o reducir al máximo los efectos que pudieren haber sido observados.

La intervención psicológica desde un servicio de salud nos muestra la función trascendental de la narración, a través de la palabra del hecho traumático, en tanto propicia su función simbolizante, evitando que los contenidos queden encriptados.

Se destaca la función creadora del vínculo en la relación terapéutica, entendido como ese encuentro entre dos o más, propiciador de nuevas intersubjetividades que delineando las subjetividades que lo componen, propicia la generación de nuevas marcas psíquicas en el orden de lo saludable.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones psicológicas en los centros de salud de primer nivel son de tipo focalizadas, dado que los técnicos que allí trabajan se especializan en realizar trabajo a nivel de promoción y prevención en salud que implican la salida al campo así como el trabajo interdisciplinario y el establecimiento de redes con los recursos de la zona en la cual se encuentre trabajando.

El abordaje de casos de abuso sexual infantil implica la necesidad de trabajar en forma interdisciplinaria con instituciones y profesionales que se encuentren formados en el tema. es necesario informarse acerca de los pasos que deben llevarse adelante a la hora de realizar el abordaje, entendiendo que el abuso

sexual infantil es un delito puesto que en él se violan los derechos de los niños y adolescentes. En este sentido será fundamental el asesoramiento legal.

A partir de la viñeta clínica, caso en el cual se trabajó desde la perspectiva de intervención como el trabajo psíquico en presencia de otros puede producir nuevas marcas que suplementan las anteriores, alterando las estructuras previas, dando lugar a un ordenamiento diferente en un proceso continuo”

Se priorizó y valoró el vínculo terapéutico e intersubjetivo acontecido entre la paciente y el equipo y considerando la apropiación que había hecho del espacio, se apuntó a generar un lugar de escucha, en un clima de confianza y tranquilidad

El sujeto de la intervención es pensado como un sujeto en vínculo, influyendo y siendo influenciado por la cultura, co-construyendo subjetividad con otros y es en ese sentido que se piensa la intervención.

La intervención no puede ser entendida como una relación asimétrica de saber, como su raíz etimológica parece denotar, sino todo lo contrario: es concebida como un encuentro de al menos dos sujetos, quienes, en conjunto, inaugurarán una nueva forma de encuentro, de la que resultará su mutua subjetivación. Será en la novedad del encuentro donde se habilitará y producirá un espacio para pensar desde una nueva perspectiva, “des-cubriendo” con el otro. Lo terapéutico refiere al encuentro y lo que allí se produce. (Muniz, 2009).

Todo encuentro es el productor de lo nuevo, lo imprevisto, lo que no tiene marcas previas ni es simple repetición. Por lo tanto, cada nueva situación, requerirá de un abordaje diferente, pertinente y ajustado a cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, N. y Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu.

- André Fustier, F, Aubertel, F. (1998) *La transmisión psíquica familiar* En *Lo generacional. Abordaje en terapia psicoanalítica*. (pp. 123-168). Buenos Aires: Amorrortu.

- Barilari, Z, Colombo, R (2007). *Abuso y Maltrato infantil. Entrevista Inicial Institucional. Pericia Forense en niños maltratados*, Buenos Aires: Cauquen.
- Bellinzona, G, Decuadro, M, Charczewski, G, Rubio, I. (2005) *Maltrato infantil y abuso sexual. Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rosell en el período 1/1998-12/2001*, N° 21, *Revista Médica Uruguay*. 59-67.
- Berenstein, I. (2004) *Devenir con otros (s): Ajenidad, Presencia, interferencia*, Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- Berenstein, I. (2008). *Consideración de la familia*. En *Del ser al hacer: curso sobre vincularidad*, (pp.86-104) Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2003). *Conceptualización de catástrofe social. Límites y encrucijadas. Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales. La experiencia*. Buenos aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2004) *Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis* En *Topia*, N° 40, 1-7.
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topia.
- Del Valle Laguna, M. (2014) *Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas*. N°7. 1-24
- Colombo, R.I y Beigbeder, C.A (2005). *Abuso y maltrato infantil hora de juego diagnóstica*. Buenos Aires: Paidós.
- Colombo, R.I, Barilari, Z, Beigbeder, C. (2013). *Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba grafica. "Persona bajo la lluvia"*. Buenos Aires: Cauquen.
- Condon. F, Da Cunha, M, Dorado. S, Echeverri. M, Jiménez. A, Molas. A, Prego. C, Tuana. A, Escobal, A. (2011). *El Faro. Por una vida sin violencia*.

Conceptualizaciones sobre prácticas en el abordaje de violencia doméstica.

Montevideo: Mastergraf srl.

- Cristóforo, A. (2002). *La noción de intervención en la consulta psicológica* En *Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica.* (22 – 30) , Montevideo: Psicolibtros Waslala
- Eiguer, A. (1998) *La parte maldita de la herencia.* En *Lo generacional. Abordaje en terapia psicoanalítica.* (pp.25-81). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fiorni, H. (1978) *Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica.* (pp. 21-31) En *Aportes teórico clínicos en psicoterapias.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Franco, S. (1994). *Violencia intrafamiliar, cotidianidad oculta.* Medellín: Uryco.
- Freud, S. (2012). *Tótem y Tabú.* En *Obras Completas* (Vol. 8) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1913).
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo.* En *Obras completas.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920) *Más allá del principio de placer.* En *Obras completas.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1981). *Inhibición, síntoma y angustia.* En *Obras Completas.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1981). *Recuerdo, repetición y elaboración.* Obras completas, Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutierrez, C, Coronel, E, Pérez, C (2009) *Revisión teórica del concepto de victimización secundaria.Nº1.Liberabit.*
- Gentile, I. (1988) *Los niños castigados. Puericultura y Pediatría Social.* Montevideo: Edilimed.

- Gomel, S. (1997). *Transmisión generacional, familia y subjetividad*. Buenos Aires:Lugar.
- Herrero, A. (2009). *Abuso sexual Infantil*. Nº1, Revista de Epistemología y Ciencias Humanas, p.62-69.
- Hornstein, L. (2002). *La clínica ante las catástrofes. Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales. La experiencia*, Buenos Aires: Paidós.
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Kaës, R. (1998) *Lo generacional. Abordaje en terapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kordon, D, Edelman, L, Lagos, D, Kersner, D (2002) *Trauma Social y psiquismo. Consecuencias clínicas de la Violación a los Derechos Humanos En Efectos Psicológicos y psicosociales de la represión política y la impunidad. De la dictadura a la actualidad. En Paisaje del dolor, senderos de esperanza. Salud mental y derechos humanos* (pp. 85-100.) Buenos Aires: El Cono Sur.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1972). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Ley Nº 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. (2007). Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- Losso, R, Packciarz, A. (2007) *Elaboración Transgeneracional. La fantasía Inconsciente compartida. Familiar de Elaboración transgeneracional*. (2007) En *Familias y Parejas Psicoanalistas en América Latina*. (pp176-185)
- Ludwig, S. (2001) *Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica*. Nº72, Puesta al día, Archivos Pediátricos de Uruguay, p.45-54.
- Minuchin. S, Fishman, C. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. Bogotá: Plaza y Janés.

- MSP, SIPIAV, UNICEF (2009). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. Montevideo.
- Muniz, A.comp. (2002-2005). *Diagnóstico e intervenciones: enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Muniz, A. (2009). *Intervenciones en el campo de las subjetividades: las prácticas en la frontera*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Muniz, A. (2013). *Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135 - 154 Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>.
- Naciones Unidas. *Declaración de los derechos del niño: documento de la Asamblea General de las naciones unidas en resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989*.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS
- Pazos, M. (2007) *Sobre el abuso sexual infantil: a propósito de un caso. Una mirada desde el primer nivel de atención en Salud Mental*, N° 71, Revista de Psiquiatría del Uruguay, pag. 164-170.
- Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós. Buenos Aires.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de http://usss.org.uy/wp-content/uploads/2012/03/Plan_Salud_Mental_Agosto_2011.pdf

-Cuando el abuso se devela: intervenciones desde el primer nivel de atención-

- Vignolo, J, Vacarezza, M, Alvarez, Cy Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, N°11 En Revista Archivos Medicos. Interna.

- Zavala Sylvia (2009) Guía a la redacción en el estilo APA, 6ta edición. Biblioteca de la Universidad metropolitana.