

Salud Mental:

**Perspectivas y desafíos para
la construcción de otros mundos posibles**

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

Dispositivo Grupal de Intervención para Madres de niños, niñas y adolescentes víctimas - supervivientes de abuso sexual

Adriana Alonzo Díaz, Maria Noel López Collazo

Círculo Católico de Obreros del Uruguay

Resumen

Este proyecto se enmarca en los servicios que brinda el Departamento de Salud Mental y el Equipo de referencia en Violencia de Género y Generaciones de la mutualista Círculo Católico de Obreros del Uruguay. El abuso sexual en tanto experiencia traumática conlleva la necesidad en su abordaje de equipos interdisciplinarios que atiendan la situación y su complejidad, donde tanto las víctimas/supervivientes como sus cuidadores reciban apoyo. Cuando una madre se enfrenta a la develación del abuso de su hijo o hija, el trauma puede implicar grandes dificultades para integrar la experiencia o desencadenar respuestas disociativas que podrían afectar su capacidad de mentalizar, considerando que representar y procesar lo sucedido implica la posibilidad de sostener emocionalmente. Al momento no identificamos espacios específicos en el sistema de salud uruguayo para atender cuidadoras principales de niños, niñas y adolescentes con trauma por abuso sexual.

Se podría significar ese no lugar en el acompañamiento de estas mujeres como una violencia estructural que invisibiliza su sufrimiento, enfrentando una carga simbólica y social, construida desde la lógica patriarcal que responsabiliza exclusivamente a la mujer del bienestar de sus hijos e hijas, sin considerar las dinámicas de poder y violencia.

El objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de un dispositivo de intervención psicológica grupal para madres, quienes constituyen el mayor porcentaje de cuidadoras principales de niños, niñas y adolescentes víctimas-supervivientes de abuso sexual.

El equipo coordinador se compone de dos psicólogas clínicas mujeres con perspectiva de género feminista, a los efectos de que sea un espacio de deconstrucción de prejuicios sexistas. Desde el punto de vista clínico, se busca establecer la posible incidencia del dispositivo grupal en mejoras en la mentalización y regulación afectiva de las participantes. En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud entendemos que la sostenibilidad financiera del proceso asistencial es un factor clave, donde lo grupal promueve la reparación del daño en comunidad y, al mismo tiempo, el impacto positivo en las cuidadoras incide positivamente en los procesos de los niños, niñas y adolescentes víctimas/supervivientes. El estudio es de metodología mixta, exploratorio y descriptivo, con muestra no probabilística. Se aplicaron al inicio y final del proceso de trabajo: a) cuestionario PRFQ8 (Lyuten, 2009) para valorar la capacidad de mentalización, b) CAMIR

(Garrido et al., 2009) para describir el estilo de apego, c) DERS 2 (Gratz et al., 2004) para evaluar las modalidades de regulación afectiva, y d) DES (Carlson y Putnam, 1993) para medir experiencias disociativas. Desde el punto de vista cualitativo se registran las dimensiones: a) transgeneracional, b) psicósomática, c) autocuidado, d) transferenciales, en fichas mensuales, a efectos de articular la presencia de estos contenidos en el devenir grupal con los datos cuantitativos recabados. Este proyecto es de carácter piloto y se encuentra en proceso de realización.

Abstract

This project is framed within the services provided by the Mental Health Department and the Gender and Generations Violence Reference Team of the Círculo Católico de Obreros del Uruguay mutual insurance company. Sexual abuse as a traumatic experience entails the need for interdisciplinary teams to address the situation and its complexity, where both the victims/survivors and their caregivers receive support. When a mother faces the disclosure of the abuse of her son or daughter, the trauma may involve great difficulties to integrate the experience or trigger dissociative responses that could affect her ability to mentalize, considering that representing and processing what happened implies the possibility of emotional support. At the moment, we have

not identified specific spaces in the Uruguayan health system to care for primary caregivers of children and adolescents with sexual abuse trauma. This lack of space in the accompaniment of these women could be seen as a structural violence that makes their suffering invisible, facing a symbolic and social burden, built from the patriarchal logic that makes women exclusively responsible for the welfare of their children, without considering the dynamics of power and violence. The objective of this research is to evaluate the effectiveness of a group psychological intervention device for mothers, who constitute the highest percentage of primary caregivers, of children and adolescent victims-survivors of sexual abuse. The coordinating team is composed of two female clinical psychologists with a feminist gender perspective, in order to be a space for deconstructing sexist prejudices. From the clinical point of view, the aim is to establish the possible incidence of the group device on improvements in the mentalisation and affective regulation of the participants. Within the framework of the National Integrated Health System, we understand that the financial sustainability of the care process is a key factor, where the group approach

promotes the reparation of harm in the community and at the same time the positive impact on the caregivers has a positive effect on the processes of the children and adolescent victims/survivors. The study is of mixed methodology, exploratory and descriptive, with a non-probabilistic sample. The tests were applied at the beginning and end of the work process: a) PRFQ8 questionnaire (Lyuten, 2009) to assess mentalisation capacity, b) CAMIR (Garrido et al., 2009) to describe attachment style, c) DERS 2 (Gratz et al., 2004) to assess the modalities of affective regulation, and d) DES (Carlson and Putnam, 1993) to measure dissociative experiences. From a qualitative point of view, the dimensions: a) transgenerational, b) psychosomatic, c) self-care, d) transferential, are recorded on monthly cards in order to articulate the presence of these contents in the group's evolution with the quantitative data collected. This is a pilot project and is in the process of implementation.

Fundamentación

El abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes es una problemática compleja y multidimensional, que afecta no solo el bienestar integral de las víctimas, sino también a sus cuidadores. En la mayoría de los casos, las principales cuidadoras son las madres, quienes ejercen un rol de sostén al mismo tiempo que enfrentan el impacto traumático de la situación vivida por sus hijos o hijas. Las repercusiones negativas psicológicas y sociales que enfrentan son significativas siendo las políticas públicas sanitarias actuales insuficientes para dar una respuesta integral.

En Uruguay el informe de 2023 de Gestión del Sistema Integral de Protección a la infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) destaca que de un total de 8157 situaciones registradas por violencia hacia NNA, el 22% fueron por abuso sexual. Stoltenborgh et al. (2011) realizaron un estudio de prevalencia concluyendo que aproximadamente el 20 % de las mujeres y el 8 % de los varones reconocen haber sufrido abuso sexual en sus infancias o adolescencias. Por otra parte los porcentajes de mujeres víctimas de abuso sexual en sus infancias o adolescencias varían entre el 8 % y el 31 % y entre 3 % y 17 % en varones a nivel mundial según estudio (Barth et al., 2013).

El presente proyecto se enmarca en los servicios que brindan el Departamento de Salud Mental y el Equipo de referencia en Violencia de Género y Generaciones de la mutualista Círculo Católico de Obreros del Uruguay. Desde estos equipos a partir del año 2006 llevamos adelante la atención de situaciones de abuso sexual hacia NNA identificando por un lado que los agresores sexuales en los casos que hemos atendido han sido en su totalidad de sexo masculino, siendo en el informe SIPIAV del año 2020 este porcentaje del 96% y que en su gran mayoría las cuidadoras son de sexo femenino y particularmente madres. Esta información deja en evidencia la importancia de la perspectiva de género y generaciones en el diseño de los modelos de atención para las infancias y sus referentes adultos.

Desde nuestro equipo, integrar a los cuidadores en los procesos de atención ha sido una constante y un objetivo claro, pero no siempre ha sido posible desde el punto de vista de los recursos disponibles. Desafíos económicos, logísticos se hacen presentes para ofrecer una asistencia que nos preguntamos por qué no ha ocupado un lugar de mayor visibilidad hasta ahora. Surge la pregunta respecto a si existe en este vacío un atravesamiento en relación al lugar estigmatizado de mujer - madre - cuidadora y una idea subyacente de que el mandato social que ese rol conlleva no requiere de apoyos sociales. En este sentido se pueden identificar múltiples ejemplos en el sistema de salud en que se prioriza el lugar de familiares, en este sentido es sabida la importancia de abordar la depresión puerperal tanto por la salud de la mujer como por el sano desarrollo del niño o niña o la importancia de ofrecer apoyo a familiares para personas con uso problemático de sustancias desde una perspectiva sistémica que promueva un enfoque familiar, situacional.

El abuso sexual en tanto experiencia traumática conlleva la necesidad en su abordaje de equipos interdisciplinarios que atiendan la situación y su complejidad, donde tanto la víctima como su cuidador reciban apoyo. Como antecedente podemos mencionar que en múltiples intervenciones generamos la atención del niño o niña por parte de una psicóloga del equipo referente y al mismo tiempo la de la madre por parte de otra psicóloga del equipo. Ambas atenciones en el mismo día y hora para evitar un desgaste logístico mayor que hiciera insostenible la continuidad del tratamiento y fundamentalmente en pos de generar un abordaje familiar con ambas terapeutas y la díada madre-hijo-hija.

Desde nuestro equipo y bajo la coordinación de la Mag.Psic. María Noel López, en el año 2023, llevamos adelante una investigación titulada Estilo de apego y disociación en adolescentes con historia de abuso sexual, centrada en analizar adolescentes y sus

madres buscando las relaciones entre apego y disociación en la repetición familiar y la respuesta materna ante la revelación del abuso sexual de sus hijas.

Como resultado de esta investigación surgió la necesidad de priorizar el lugar de las madres en particular y de los cuidadores en general como una respuesta clave al trauma por abuso sexual dentro de los servicios que ofrecemos, surgiendo la pregunta de por qué al momento no es esto algo instalado a nivel de las diferentes propuestas priorizadas.

La Ley de Salud Mental en Uruguay, que se promulgó en 2017, establece un marco para la protección y promoción de la salud mental en el país enfatizando la importancia de garantizar el acceso a servicios de salud mental de calidad y el derecho a recibir atención adecuada en situaciones de vulneración de derechos. Sin embargo, al momento, no identificamos espacios específicos previstos en el sistema de salud para atender cuidadoras y cuidadores, en su gran mayoría madres, de NNA víctimas de abuso sexual.

Como mencionamos, se puede pensar esto en relación al rol que se adjudica a la mujer en el modelo patriarcal, situando a la maternidad como destino en la naturaleza de la mujer, por ende su deber es cuidar. Se podría significar ese no lugar en el acompañamiento de estas mujeres como una forma de control y castigo ante la denuncia que invisibiliza su sufrimiento. A menudo las políticas de atención se centran en el bienestar del niño, niña o adolescente, dejando de lado las necesidades de quienes les cuidan, especialmente en un contexto donde la carga de las tareas de cuidado recae fuertemente en las mujeres.

La falta de un adecuado apoyo para estas madres no solo impacta en su bienestar psicológico, sino que afecta la capacidad de estas mujeres para brindar el apoyo necesario a sus hijos e hijas. Por lo tanto, es esencial desarrollar intervenciones que no solo se centren en la víctima-superviviente directa, sino también en el entorno familiar, proporcionándoles un apoyo integral que permita a estas madres/cuidadoras procesar su propia experiencia traumática y fortalecer su rol en el acompañamiento de sus hijos e hijas.

Las madres de niños, niñas y adolescentes supervivientes de abuso enfrentan una carga simbólica y social, construida desde la lógica patriarcal que responsabiliza exclusivamente a la mujer del bienestar de sus hijos e hijas, sin considerar las dinámicas de poder y violencia estructural. El componente sexual en el abuso agrava su invisibilización, ya que la sexualidad continúa siendo un tabú. Enfrentarse además a la

desigualdad y sometimiento que implican estas prácticas con infantes, despliegan algo del orden de lo monstruoso, generando gran resistencia y tendencia a negar la existencia de esta problemática, tanto en el ámbito familiar como institucional. Se tiende a mantener el status quo antes que afrontar las implicancias de la develación.

Marco Teórico

Bleichmar (1997), señala cómo la sociedad deposita en la madre la carga de la protección infantil, convirtiéndola en la única responsable del bienestar del niño, sin analizar las estructuras de violencia que permiten y habilitan el abuso.

Segato (2003) entiende a la violencia sexual como un mecanismo de control patriarcal y analiza como la develación y denuncia de estos hechos desafía el orden social, lo que explica las represalias y el descrédito hacia quienes lo hacen. Muchas veces los sistemas tanto judiciales como mediáticos deslegitiman la palabra de las madres y víctimas, reforzando la impunidad.

La develación del abuso es un evento traumático tanto para el niño, niña como para la madre, ya que rompe la percepción de seguridad y pone en crisis el vínculo protector. Es frecuente la presencia de disociación como mecanismo defensivo primordial ante el trauma que implica lo vivido. Sin embargo y derivado de los efectos de la situación traumática este mecanismo que en su momento fue operativo tiende a cristalizarse generando consecuencias desadaptativas a nivel del funcionamiento psíquico.

La disociación derivada de una experiencia traumática puede manifestarse como una desconexión de los afectos, pensamientos e incluso de la propia corporeidad. Es una respuesta defensiva frente a una experiencia emocionalmente abrumadora. Cuando una madre recibe la develación del abuso de su hijo, hija, el impacto traumático puede generar un colapso en su capacidad de integrar la experiencia, llevándola a respuestas disociativas como el embotamiento afectivo, la negación o la fragmentación de su vivencia psíquica. Esto puede afectar su capacidad de mentalizar, si la madre no puede representar y procesar lo sucedido, su posibilidad de sostener emocionalmente al niño, niña también se ve comprometida.

Desde la teoría del trauma (Herman, 1992) podríamos pensar en cómo este impacto afecta los procesos de mentalización y regulación afectiva. La mentalización es definida por Fonagy et al (2002) como la capacidad de comprender los estados mentales propios y los del otro. Esta capacidad se adquiere en parte a través de vínculos de

apego seguro con figuras significativas, donde se validan y devuelven metabolizadas (Bion, 1962) las experiencias emocionales del niño-niña.

En términos de mentalización Fonagy y Target (2002) han señalado que el trauma puede comprometer la capacidad de representar los estados mentales propios y del otro. Si la madre experimenta una desregulación intensa, con afectos como ansiedad extrema, culpa, su capacidad para contener al niño afectivamente puede verse afectada. La mentalización disminuida podría llevar a respuestas defensivas como la negación o la minimización del abuso, dificultando la sintonización afectiva con el niño, niña, adolescente. La mentalización es clave para la regulación afectiva y el desarrollo del self.

En situaciones traumáticas, la capacidad de mentalizar se ve afectada, lo que puede generar respuestas defensivas como la disociación o la desmentalización. En el caso de una madre que recibe la develación del abuso, su propio trauma puede interferir en su capacidad de comprender y sostener emocionalmente a su hijo, hija. Si la madre está atravesando su propio trauma, su capacidad de holding (Winnicott, 1956) puede debilitarse, generando un ambiente menos seguro para el niño, niña.

Bleichmar (2007) estudia cómo los traumas en la infancia afectan al psiquismo y cómo el entorno juega un papel en la producción subjetiva. Siguiendo esta línea podría pensarse como el trauma en la madre influye en la transmisión intergeneracional del dolor y en su capacidad de procesar la experiencia del niño, niña. Dolto (1985) plantea que los secretos familiares y silencios en la familia impactan en la subjetividad infantil. Las dificultades de la madre para elaborar el trauma puede reforzar dinámicas de ocultamiento que afectan la recuperación del niño, niña.

Desde la regulación afectiva (Van Der Kolk, 2014), la experiencia traumática activa respuestas de hiperactivación o inhibición a nivel del sistema nervioso central. La madre, al enfrentar un evento tan disruptivo, podría experimentar dificultades en su capacidad de modular su propia angustia, lo que a su vez impactaría en su rol de apoyo. La desregulación afectiva puede manifestarse en forma de reacciones impulsivas, ansiedad intensa o bloqueo emocional, lo que afecta también su capacidad para sostener al niño, niña en su propio proceso de recuperación.

Si pensamos en historias de abuso repetidas y sostenidas en muchos casos, el trauma complejo (Herman, 1992) es el resultado de experiencias traumáticas prolongadas, como la violencia o abuso sostenido en el tiempo. En esos casos el impacto en la regulación afectiva es profundo, generando patrones de hiperactivación (ansiedad

extrema, ira, impulsividad) o hipoactivación (depresión, desconexión emocional). Si la madre está atravesando sus propios traumas no resueltos, estos pueden activarse con la develación de abuso, aumentando el riesgo de respuestas evitativas o disociativas.

Siguiendo a Fonagy (2002), podríamos afirmar que la disociación impide la mentalización porque bloquea el acceso a los estados mentales propios y ajenos. Desde Winnicott (1971) la madre en estado disociado pierde su capacidad de ser sostén emocional. Teniendo en cuenta los planteos de Bleichmar (1997) los traumas no elaborados de la madre inciden en la subjetivación del niño, niña, adolescente. Por lo mencionado las mejoras en variables como la mentalización y la regulación afectiva benefician la salud y bienestar de estas madres así como su posibilidad de acompañar de mejor manera a sus hijos e hijas.

En este marco, entendemos que es necesario generar un dispositivo que pueda sistematizarse de forma sostenible en nuestro modelo asistencial. Este dispositivo piloto se pensó en formato grupal, únicamente para madres y coordinado por dos psicoterapeutas mujeres con formación en abordaje grupal y perspectiva de género, aspecto que entendemos ayudó a establecer el vínculo terapéutico y evitó dificultades en los procesos identificatorios ya que en esta experiencia la totalidad de los agresores son de sexo masculino.

Múltiples estudios en madres, señalan que la develación del abuso por parte de sus hijos generó síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés posttraumático (Green et al., 1995; Sufredini et al., 2022). El abordaje de estas situaciones requiere procesos sostenidos desde el encuentro y la alianza terapéutica. Judith Herman (1992) destaca la confianza como herramienta de reconexión con otros para reparar el daño de la experiencia traumática. Todas estas investigaciones refuerzan la convicción de un abordaje grupal como espacio de encuentro y sostén. Henry et al. (1994) toman en cuenta el vínculo establecido con el profesional y la incidencia del mismo en el proceso terapéutico hallando que una buena relación con el profesional arroja puntuaciones inferiores en malestar psicológico, comparando este malestar al inicio y luego de un tiempo de intervención. Hyman et al. (2003) señalan que el apoyo social percibido coincide con puntuaciones inferiores en estrés post-traumático. Borja et al. (2006) concluyen que el apoyo social informado como positivo refuerza beneficios percibidos y el apoyo social informado como negativo refuerza el estrés post-traumático. Como mencionamos la coordinación a cargo de dos psicólogas mujeres facilita procesos identificatorios y de entonamiento afectivo fortaleciendo la sororidad; además, desde un enfoque y perspectiva feminista brinda un espacio seguro y libre de violencia machista para expresar y elaborar el sufrimiento.

Objetivo general

- Valorar la eficacia del dispositivo grupal de intervención para madres de niños, niñas y adolescentes víctimas-supervivientes de abuso sexual.

Objetivos específicos

- Medir y describir la capacidad de mentalización al inicio y final del proceso de trabajo
- Medir y describir las modalidades de regulación del afecto
- Medir estilo de apego al inicio y final del proceso
- Medir experiencias disociativas al inicio y final del proceso
- Establecer la posible incidencia del dispositivo grupal en mejoras en la mentalización y regulación afectiva de las participantes.

A través de estos objetivos buscamos:

1. Crear un protocolo de atención psicológica grupal para cuidadores de NNA víctimas de abuso sexual que pueda incorporarse al Sistema Nacional Integrado de Salud.
2. Generar un impacto positivo en los cuidadores que beneficie los procesos de reparación del daño de sus hijos e hijas.
3. Aportar al Sistema Nacional Integrado de Salud tanto desde el punto de vista técnico así como en lo que respecta a la sostenibilidad financiera del dispositivo.

Metodología

Se realizará una investigación mixta, exploratoria y descriptiva, con muestra no probabilística.

Criterios de inclusión. La muestra se compone exclusivamente de madres como forma de reducir variables en juego. Se trata entonces de 12 mujeres madres de niños, niñas y adolescentes de hasta 14 años víctimas de ASI, situación de abuso acontecida en la infancia o adolescencia y cuya develación ha tenido lugar desde hace 3 años a la fecha.

Establecemos el máximo de participantes en 12 siguiendo las indicaciones del Plan de Salud Mental que implementamos en nuestra institución considerando que esta cantidad es adecuada para el correcto desarrollo de una dinámica grupal. Es necesario que exista una demanda por parte de la figura materna de apoyo asistencial relacionado al trauma.

En todos los casos son madres de NNA atendidos en el Equipo de referencia de Violencia de Género y Generaciones de la Mutualista Círculo Católico.

Criterios de exclusión. Personas que hayan realizado un intento de autoeliminación en los últimos 6 meses, o que tengan diagnóstico de trastorno severo de tipo esquizofrenia o trastorno bipolar o estén atravesando situaciones agudas como crisis psiquiátricas o vitales que la entrevistadora entienda incompatibles con la dinámica grupal.

Proceso. Se realiza una entrevista individual con cada participante en la que se presenta el proyecto y en caso de estar de acuerdo en participar se firma el consentimiento para comenzar la tarea. Se realiza una primera entrevista semidirigida y se aplica la técnica CAMIR y DES-2. El primer encuentro tiene una duración de 1 hora 15 minutos aproximadamente. Se aplica PRFQ8 y DERS en el primer encuentro grupal.

Se trabaja en forma grupal, con un máximo de 12 participantes, en encuentro de 1 hora 15 minutos de duración en la sala de reuniones grupales del Departamento de Salud Mental del Círculo Católico. La participación de este espacio no tiene costo y se integra a los espacios grupales del MODO 1 del Plan Nacional de Salud Mental en la institución. La frecuencia de los encuentros es semanal y en modalidad híbrido (presencial/virtual). El proceso de trabajo fue desde junio a diciembre del 2025. Luego de ese tiempo de trabajo se re-evaluaron las variables medidas en un inicio, aplicando nuevamente los instrumentos mencionados.

Instrumentos

CAMIR (Cartes Modèles Individuation et Résilience) es un cuestionario diseñado para evaluar los modelos de apego en adultos, explorando cinco dimensiones principales del apego: confianza en el acceso a la figura de apego, ajuste de los afectos y expresión emocional, experiencias de rechazo y abandono, mentalización de las experiencias de apego, representaciones defensivas y evitación del apego dando cuenta del proceso de individuación, la capacidad de resiliencia y la representación de las relaciones tempranas.

El cuestionario consta de 72 ítems, que se responden en una escala Likert de 1 a 5, donde los participantes indican su grado de acuerdo con cada afirmación. Se utilizó para analizar la posible relación entre el apego materno y la regulación afectiva frente al trauma. Así también podría valorarse si la afectación en regulación de afectos es derivada del trauma o bien es un modelo preexistente. Fue administrado en una primera entrevista individual antes de comenzar el proceso y al finalizar el mismo. El tiempo de aplicación promedia los 25 minutos. En el presente estudio se utilizó la versión que surge de la validación en Chile en el año 2009 (Garrido et al., 2009) estando la técnica validada en Argentina, Italia, Francia, España entre otros países. Estudios de validez:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612013000100001&script=sci_artext

<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/233340>.


<https://www.redalyc.org/pdf/727/72718925022.pdf>;

<https://www.fundacioorienta.com/es/adaptacion-y-validacion-preliminar-argentina-del-cuestionario-de-evaluacion-del-apego-camir/>

<https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v41n2/0718-4808-terpsicol-41-02-0195.pdf>

RFQ8 (Reflective Functioning Questionnaire-8) para padres y madres, esta versión abreviada evalúa la capacidad de padres y madres para interpretar las emociones, pensamientos e intenciones propias y de sus hijos e hijas. Se centra en dos dimensiones clave: certidumbre excesiva (hipermentalización) e incisión mentalizadora (hipomentalización). Consta de ocho ítems que se responden a través de escala Likert de 1 a 7, indicando así su grado de acuerdo con cada afirmación dada. Estudios de validez: Fonagy et al., 2016; <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18527310/je2ruce35>. Versión validada para población hispanoparlantes: Ruiz-Parra, E., Manzano-García, G.,

Mediavilla, R., Rodríguez-Vega, B., Lahera, G., Moreno-Pérez, A. I., & Valdivieso, L. (2023). The Spanish version of the reflective functioning questionnaire: Validity data in the general population and individuals with personality disorders. PLOS ONE, 18(4), e0274378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274378>

DERS - El DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) es un cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar dificultades en la regulación emocional. Fue desarrollado por Gratz y Roemer (2004) y ha sido ampliamente utilizado en investigaciones sobre regulación afectiva en diversas poblaciones. Está compuesto por 36 ítems que se puntúan en una escala Likert de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre), donde las puntuaciones más altas reflejan mayores dificultades en la regulación emocional. Evalúa seis dimensiones o factores: 1.No aceptación de respuestas emocionales (Non acceptance): dificultad para aceptar emociones negativas. 2.Dificultades en el control de los impulsos (Impulse): tendencia a perder el control ante experiencias emocionales intensas. 3.Falta de conciencia emocional (Awareness): escasa atención a las propias emociones. 4.Acceso limitado a estrategias de regulación emocional (Strategies): percepción de incapacidad para regular emociones negativas de manera efectiva. 5.Dificultades en la claridad emocional (Clarity): problemas para identificar y comprender las emociones propias. 6.Interferencia de la regulación emocional en objetivos conductuales (Goals): dificultad para mantener el enfoque en actividades cuando se experimentan emociones negativas .En el presente estudio, se empleó la versión validada para población hispanohablante  Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) . La administración del cuestionario se realizó de manera individual y anónima, garantizando la confidencialidad de las respuestas. Los puntajes obtenidos permitieron evaluar el nivel de dificultades en la regulación emocional y su relación con otras variables estudiadas, como la mentalización, la disociación y el control inhibitorio. Estudios de validez: <https://www.scielo.cl/scielo.php?>,

<https://revistas.uned.es/index.php/>

DES-II El Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) es un instrumento autoadministrado diseñado para evaluar la frecuencia de experiencias disociativas en la vida cotidiana. Fue desarrollado por Bernstein y Putnam (1986) y es ampliamente utilizado en investigaciones sobre disociación en poblaciones clínicas y no clínicas. Consta de 28 ítems que exploran diferentes tipos de experiencias disociativas, incluyendo: 1.Amnesia: dificultades para recordar información personal o eventos significativos. 2.Despersonalización y desrealización: sensación de desconexión del propio cuerpo o del entorno. 3.Absorción e imaginación vívida: tendencia a quedar

completamente inmerso en experiencias internas o externas, como la lectura o la fantasía. Cada ítem se puntúa en una escala de 0% a 100%, donde los participantes indican el porcentaje de tiempo en que han experimentado cada fenómeno. Se obtiene un puntaje total al calcular el promedio de todas las respuestas, con valores más altos indicando una mayor presencia de experiencias disociativas.

En el presente estudio, se utilizó la versión validada para población hispanohablante. Permitted evaluar la presencia, el tipo y la intensidad de experiencias disociativas en las participantes, lo que facilitó el análisis de su relación con variables como la mentalización, la regulación afectiva y el apego.

Estudios de validez: <https://doi.org/10.37226/rcp.v7i1.7245>

Aspectos éticos

La investigación fue aprobada y tiene el aval del comité de ética del Círculo Católico de Obreros del Uruguay y se llevó a cabo bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas científicas nacionales respecto a la investigación con seres humanos: Decretos CM/515/08 y 414/09 del Poder Ejecutivo, Ley 18331 de Habeas Data y su Decreto de Reglamentación CM/524/08. El proyecto no tiene sentido de lucro ni riesgos en cuanto a la salud de las participantes. Se informó a las participantes claramente sobre el motivo y forma de realizar la investigación en una entrevista personal en la que se contestó cualquier consulta o duda. Se contó con los consentimientos firmados de cada participante al momento de iniciar el proceso de trabajo. Las participantes podían retirarse en cualquier momento del proceso, si así lo deseaban, sin que esto genere perjuicio alguno con la investigadora ni con la institución prestadora de salud.

En caso de detectarse una situación de riesgo, esta sería derivada inmediatamente para su atención ya sea en el área psiquiátrica y/o psicológica y se facilitará el acceso a la consulta y atención necesaria sin costo por medio de nuestro departamento de Salud Mental.

Resultados

En la primera aplicación PRFQ8 se observan altos puntajes en la dimensión preocupación excesiva, dando cuenta en la totalidad de las participantes de una tendencia a sobreinterpretar los estados mentales de sus hijos e hijas, tendiendo a la hipermentalización. Esto acompañado de escasa confianza en la mentalización parental y escaso reconocimiento de la opacidad de los estados mentales.

Comparando las puntuaciones en PRFQ8 obtenidas al inicio del proceso con las obtenidas luego de un período de abordaje grupal de 8 meses de trabajo, se observa un descenso en los puntajes de la dimensión preocupación excesiva sobre los estados mentales del niño acompañado de un aumento en las puntuaciones de las dimensiones: a) confianza en la mentalización parental y b) reconocimiento de la opacidad de los estados mentales. Estas dos dimensiones indican mejoras en la capacidad de comprender los estados mentales de sus hijos e hijas e interés y curiosidad por comprenderlos. Al mismo tiempo se observa una disminución de la tendencia a la hipermentalización, indicando mejoras en la capacidad de pensar los comportamientos de sus hijos e hijas en términos de estados mentales.

En relación al DERS se observan, al inicio del trabajo, puntuaciones globales elevadas que indican dificultad para modular el afecto en forma adaptativa, que disminuyen significativamente en la segunda aplicación del cuestionario, luego del período de intervención grupal.

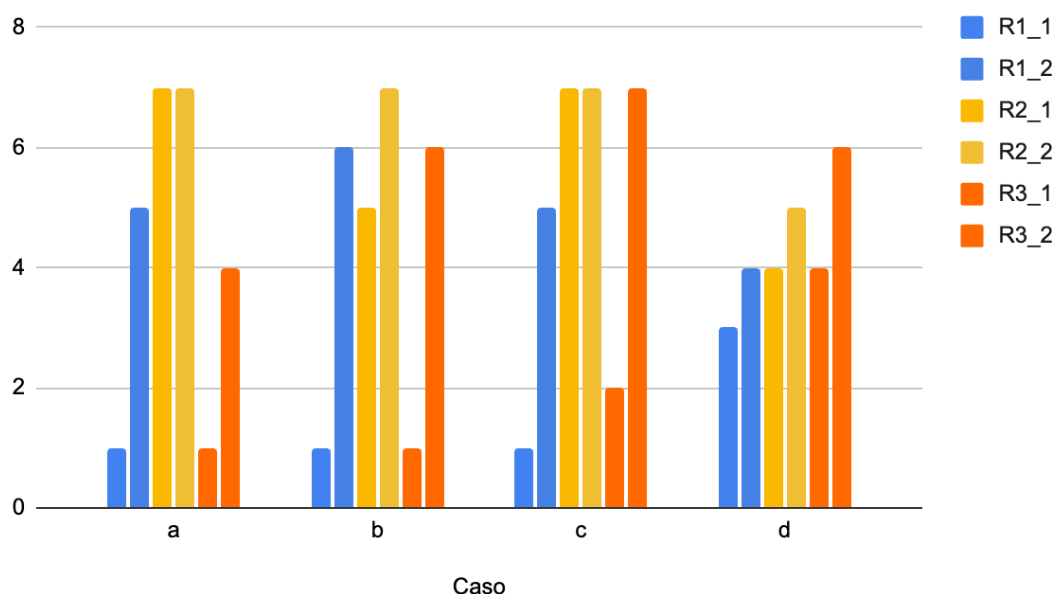
Dentro de las subescalas se destacan mejoras en la conciencia emocional, la claridad emocional, la aceptación de emociones, el control de impulsos, las estrategias regulatorias y en la interferencia de las emociones en el comportamiento dirigido a metas.

Desde el punto de vista cualitativo, observamos cuatro dimensiones que han atravesado el devenir del proceso de modo central:

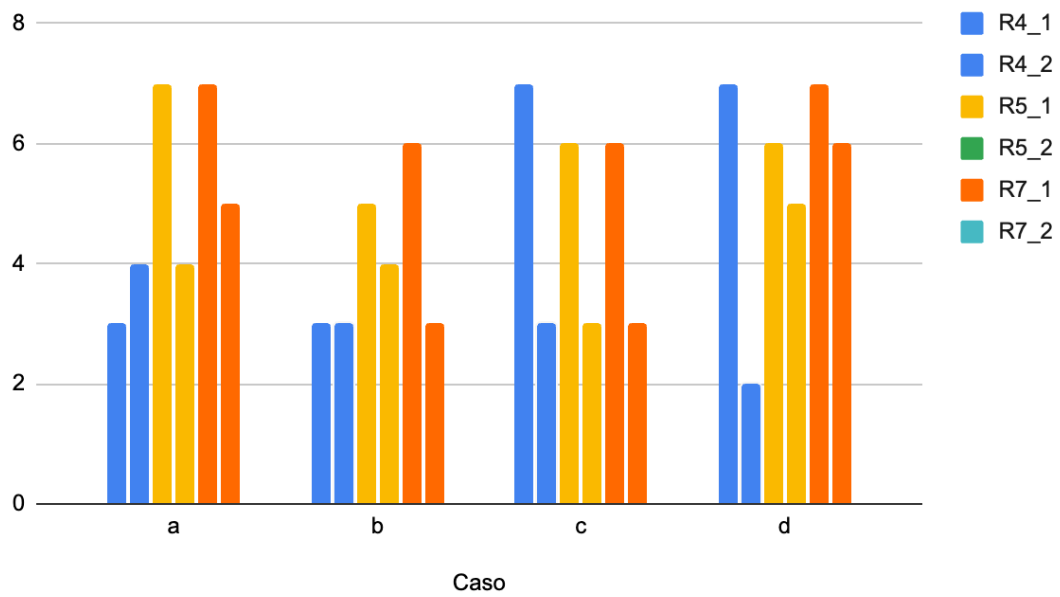
1. Trauma transgeneracional: al momento dos participantes refieren haber sufrido abuso sexual intrafamiliar transgeneracional.
2. Psicosomático: hay una fuerte presencia de indicadores neurovegetativos, sudoraciones, taquicardia, malestar digestivo, altos niveles de ansiedad. Aparece frecuentemente la vivencia de “congelamiento” traído por las participantes como una experiencia común que genera malestar.

3. Autocuidado: se presentan de forma habitual referencias a la sobrecarga mental y a la sobrecarga del cuidador, lo que impacta a nivel del estrés y la posibilidad de establecer rutinas saludables de autocuidado.
4. Transferencial: Emergieron con claridad cuatro patrones transferenciales interrelacionados. En primer lugar, la sobreadaptación: las madres anticiparon constantemente lo que "las psicólogas querían oír", ofreciendo relatos emocionalmente controlados y racionalizados para evitar ser juzgadas. En segundo lugar, la sumisión: cedían rápidamente su punto de vista ante el mínimo desacuerdo de otra participante o de las facilitadoras, incluso cuando inicialmente habían sostenido una posición clara. En tercer lugar, la dependencia: requerían instrucciones explícitas y permanentes sobre cómo sentir, cómo hablar con sus hijos, hijas o cómo tomar decisiones cotidianas. Por último, la duda sobre la propia palabra y la consiguiente búsqueda de reafirmación en el otro. Las madres descalificaban sistemáticamente su propio testimonio ("no sé si lo que siento está bien", "a lo mejor yo lo estoy viendo mal") y priorizaban invariablemente el punto de vista ajeno frente al propio. Las coordinadoras y el grupo eran investidos como el único sujeto autorizado del decir, mientras ellas mismas se ubicaban como portadoras de un saber precario que necesitaba ser ratificado por otro para existir. Abordar estos patrones en el grupo, señalándolos sin confrontación directa, resultó condición necesaria para que las madres pudieran comenzar a recuperar la confianza en su propia percepción y, con ello, su capacidad de protección filial.

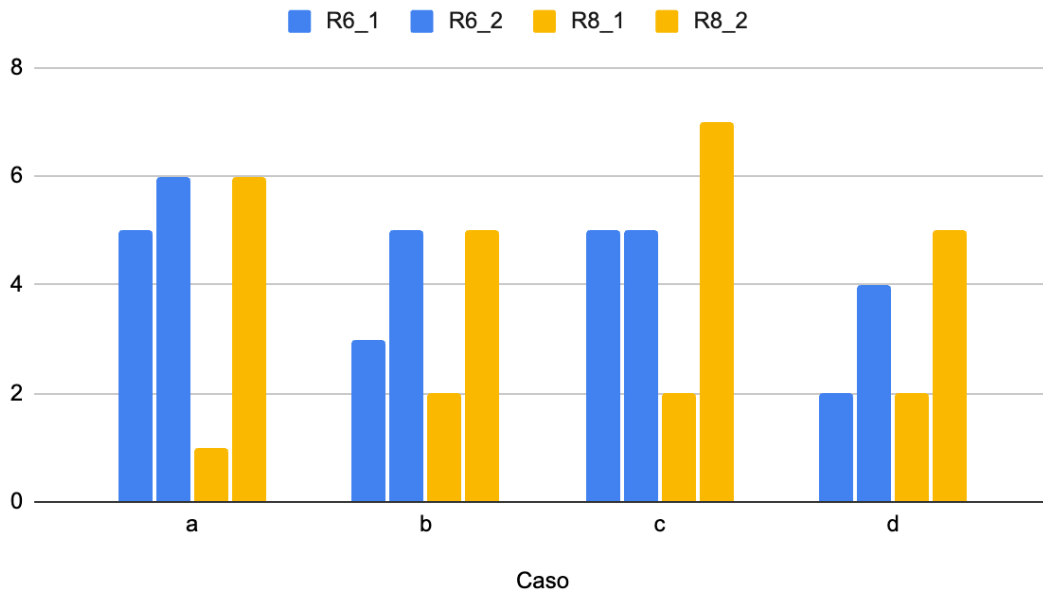
Opacidad de estados mentales



Preocupación Excesiva



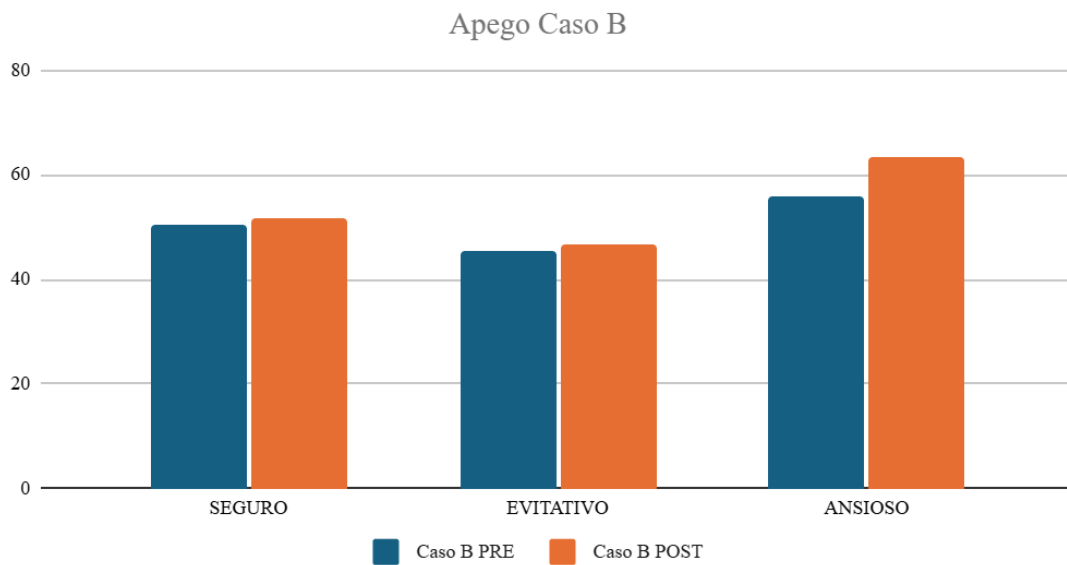
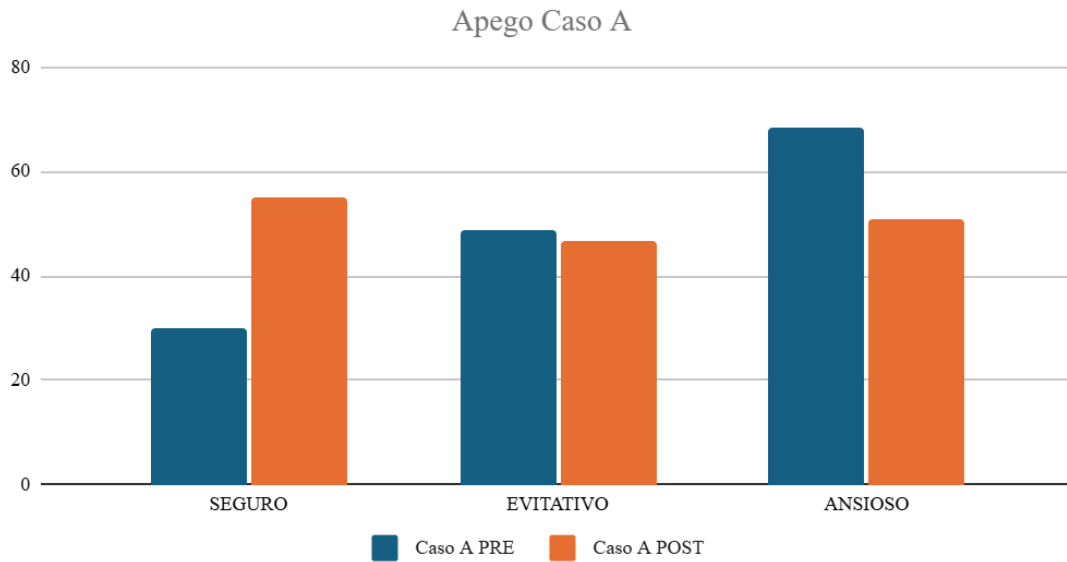
Confianza, mentalización parental

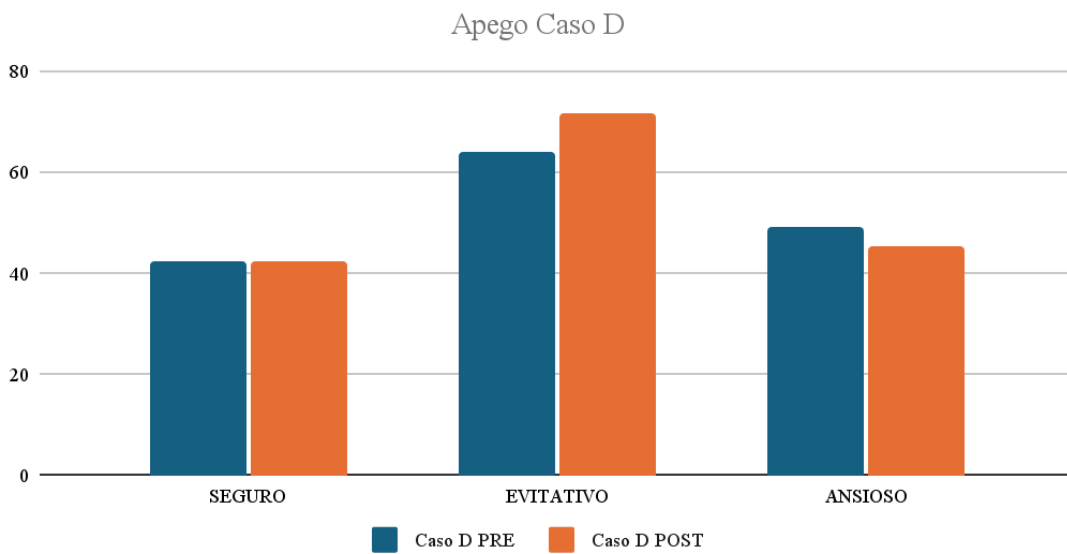
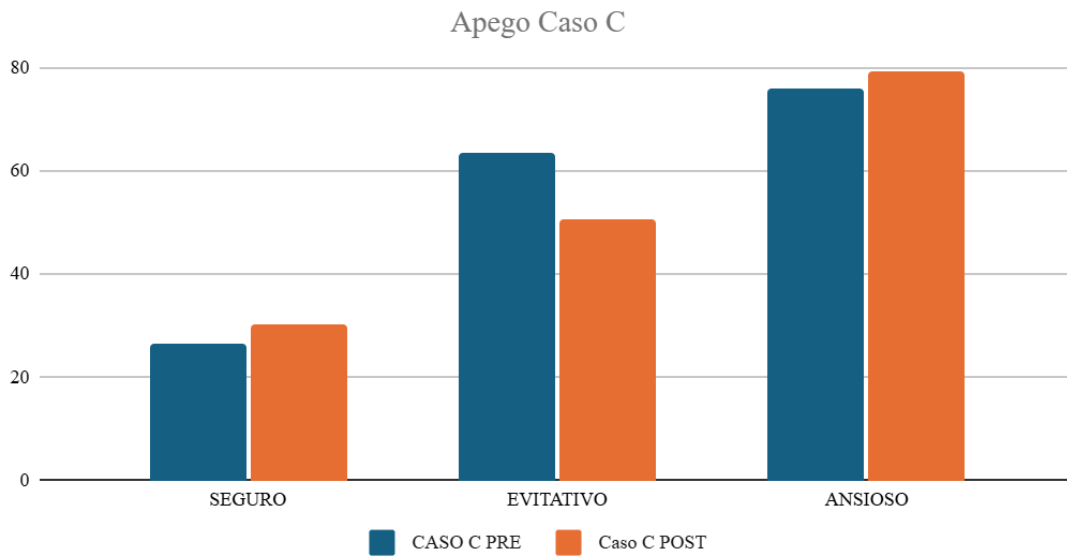


Respecto a los resultados del CAMIR se observa que en tres participantes hubo un aumento del puntaje del estilo seguro de apego y en un caso se mantuvo igual. Esta técnica ofrece puntajes espectrales entre los estilos seguro, evitativo y ansioso, lo que permite visualizar las variantes entre los mismos. Respecto a los estilos evitativos y ansiosos, no identificamos patrones a destacar.

Se entiende que el período de la presente evaluación resulta breve para medir esta variable, sin embargo el aumento del estilo seguro nos orienta respecto a continuar investigando en períodos mayores para evaluar si este dispositivo podría mejorar las respuestas de apego en las participantes.

Tablas Apego Pre y Post evaluación





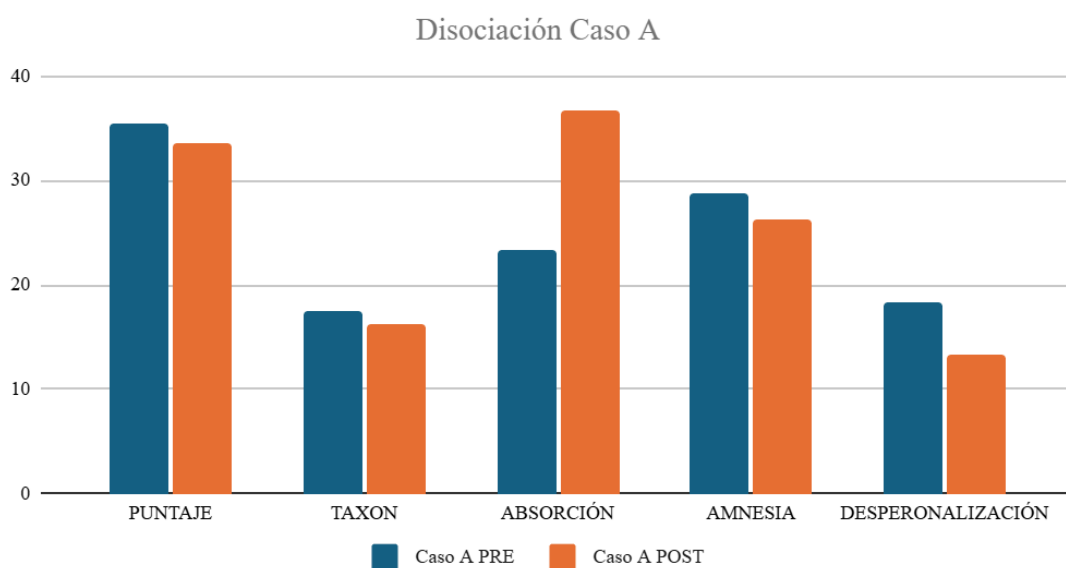
Respecto a los puntajes en el DES II de las participantes puede observarse que:

- En tres de los cuatro casos el puntaje general descendió.
- La escala taxón que mide niveles patológicos de disociación, bajó en dos casos y en otros dos aumentó.
- En dos casos la absorción aumentó, en otro se mantuvo constante y en un cuarto caso descendió.
- En tres casos la amnesia disminuyó y en un caso aumentó.

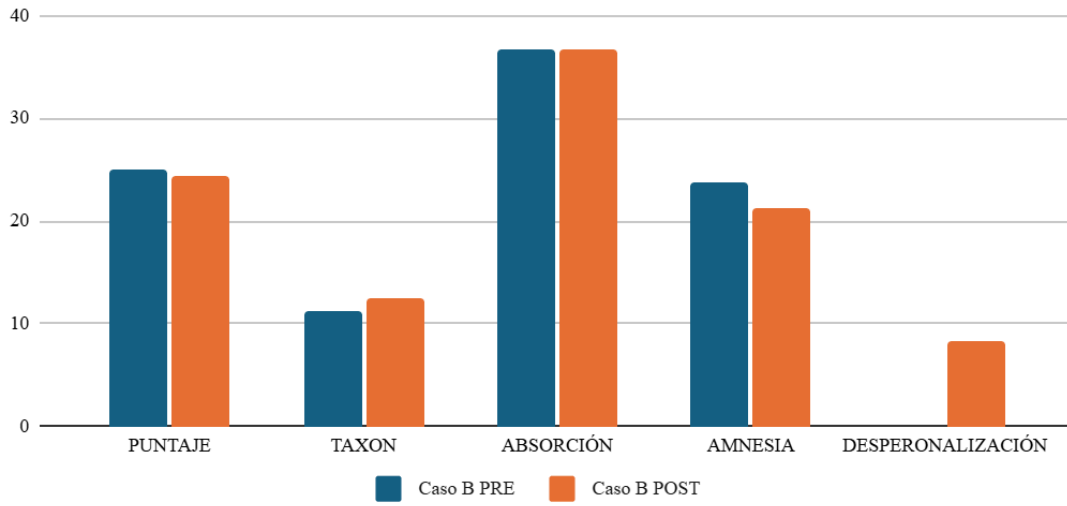
- Un caso no presentó despersonalización, en otro el nivel de despersonalización disminuyó y en los otros dos aumentó la presencia de indicadores disociativos de despersonalización o desrealización.

La participación de un espacio terapéutico representa un movimiento en el que es esperable identificar cambios en las respuestas defensivas, lo que podría explicar, que a pesar de haber bajado en tres de cuatro casos el puntaje general de disociación, haya aumentado en dos casos la escala taxón de disociación patológica. Interpretamos estos datos como una necesidad de medir esta variable con un mayor tiempo de tratamiento y en un mayor número de casos. En definitiva, no identificamos patrones claros respecto a las variables disociativas, lo que nos conduce a la pregunta respecto a cómo se comporta ese factor y sus diferentes tipos (absorción, amnesia, despersonalización) durante los procesos de tratamiento, en especial durante el primer año. A modo de hipótesis pensamos que la movilización generada en el proceso terapéutico, dependiendo de las particularidades de cada caso, podría promover cambios a nivel del procesamiento psíquico que afectarían el tipo e intensidad de respuestas disociativas como parte de los procesos de reconexión y elaboración de las memorias traumáticas. En este sentido cabe mencionar, que el proceso de recordar situaciones traumáticas procurando establecer conexiones afectivas y emocionales que permitan su elaboración, implica niveles de sufrimiento psíquico que deben dosificarse y acompañarse en cada una de sus etapas.

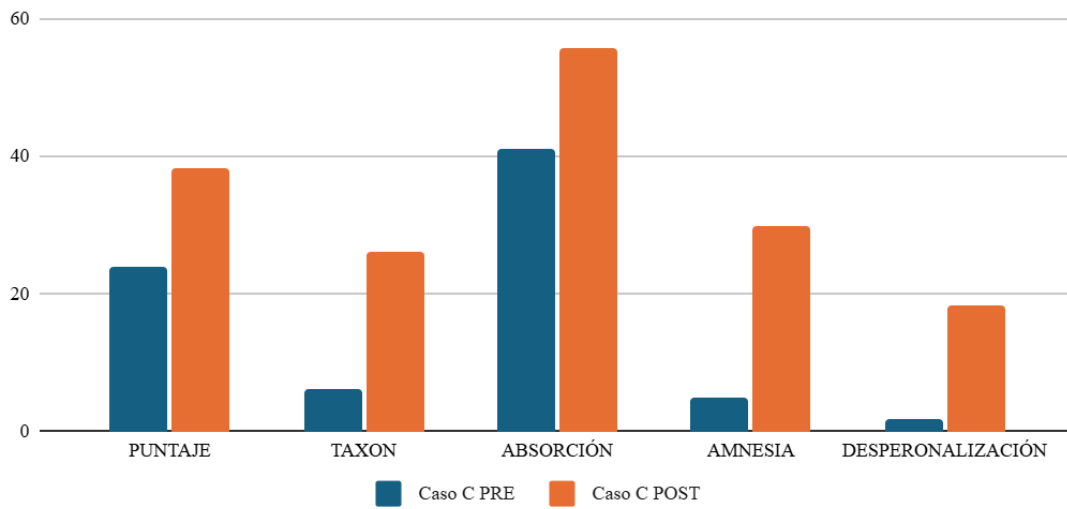
Tablas DES II - Niveles de Disociación

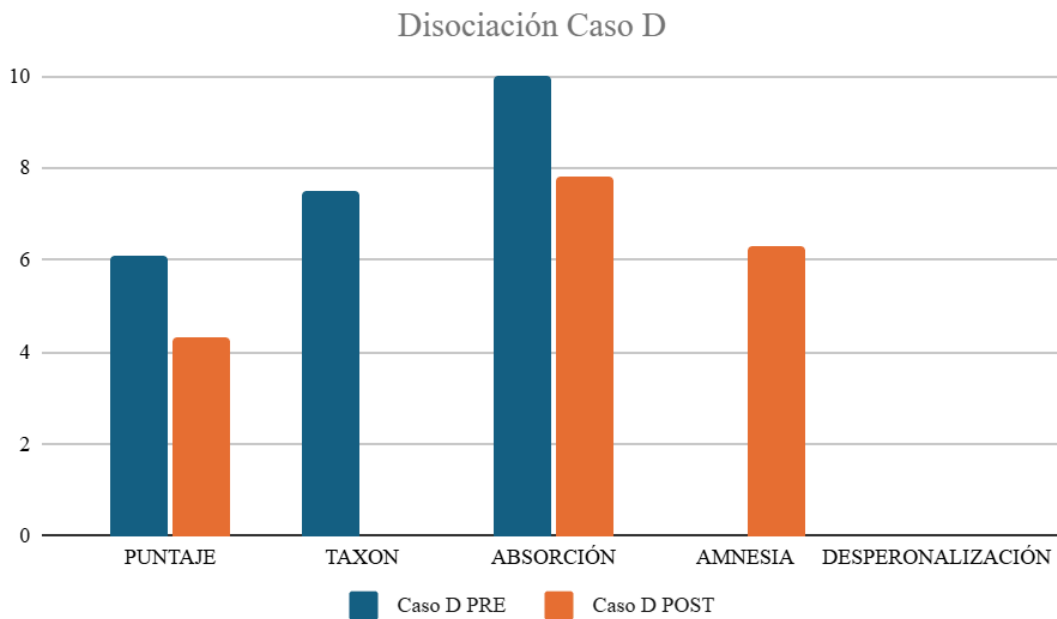


Disociación Caso B



Disociación Caso C





Análisis

En base a los objetivos clínicos del presente proyecto, generar mejoras en la capacidad de mentalización y regulación afectiva de las participantes, una de las premisas ha sido abordar la respuesta de supervivencia postraumática desde dinámicas corporales y psicoeducación que han permitido trabajar a nivel parasimpático la respiración y deconstruir posturas y miradas en proceso colectivo. Desde el punto de vista transferencial es posible identificar que el congelamiento, la rigidez o dificultad para mover las ideas y ponerlas en palabras, se traslada a la producción grupal donde muchas veces hay una suerte de estática en la narrativa y en cierta resistencia al movimiento propuesto en los caldeamientos que se realizan al comienzo de los encuentros.

Por otra parte y en lo que refiere a la sobrecarga y a la posibilidad del autocuidado, muchas de las participantes refieren no haber contado previamente con espacios donde poder poner en palabras estas vivencias, lo que a su vez se entrelaza con una creencia que surge de forma recurrente respecto a que existe una alta probabilidad de que no cuenten con nadie para resolver aspectos del cuidado de sus hijos, hijas para poder concurrir al grupo terapéutico.

Justamente, no contar con apoyo en la red de cuidados de las personas a cargo, es la principal brecha a la hora de poder concurrir al espacio. En torno a esto, nos planteamos habilitar la posibilidad de participar de forma remota de algunos encuentros mientras que en relación al cuidado de los niños, niñas se dispuso que la co-coordinadora del grupo pueda estar disponible para quedarse con ellos en un espacio lúdico, mientras se lleva a cabo la reunión. Si bien esta decisión tiene implicancias técnicas, entendimos que esto era imprescindible para garantizar el acceso al espacio.

El trabajo terapéutico respecto a la capacidad de mentalización implicó una dimensión sostenida a lo largo de los encuentros de análisis de lo transgeneracional, ejercicio clave para repensar desde la propia historia la forma de mirar y metabolizar las experiencias dentro del vínculo filial actual. Se trata de deconstruir modelos que tienden a repetirse a través de la adquisición de herramientas psico emocionales tales como el reconocimiento de la opacidad de los estados mentales. Es interesante ver que tanto esta dimensión como la confianza en la mentalización parental aumentaron en las evaluaciones post tratamiento. Tal como mencionamos, de algún modo, la curiosidad y disposición para conectar con los estados mentales de sus hijos, depende de la capacidad de conectar con los estados propios, lo que a su vez tiene un correlato corporal y afectivo que desde la mirada postraumática es necesario trabajar. En este mismo sentido, observamos un descenso en la preocupación excesiva y a nivel del apego un aumento de las respuesta de apego seguro, lo que a pesar de requerir más tiempo para poder ser medido, entendemos que da cuenta de una tendencia positiva. Este aumento de la seguridad puede entenderse a su vez, vinculado con la disminución de los niveles de hipermentalización, ya que menores niveles de ansiedad o evitación son necesarios para establecer un equilibrio en este sentido.

Finalmente, es interesante el efecto que la grupalidad tuvo en los procesos subjetivos de cada una de las participantes, instancia a instancia es posible observar la construcción de vínculos de confianza en torno al sostén colectivo. En este sentido, la escucha activa, el no juzgar, la deconstrucción de prejuicios desde una perspectiva de género feminista, representaron insumos de fortalecimiento en las alianzas terapéuticas y del devenir grupal. Este es un aspecto particularmente valioso del dispositivo, ya que es recurrente la manifestación de las participantes respecto a la afectación de su capacidad de confiar, vinculada a las violencias interpersonales sufridas hacia ellas mismas y en particular a las violencias sexuales sufridas por sus hijos e hijas.

Entendemos que el dispositivo ofrece un lugar seguro, que desde una lógica continente, femenina, permite romper silencios y descongelar la rigidez de la hipervigilancia y el miedo. En este sentido, en las trayectorias de las participantes se observan múltiples situaciones re victimizantes a nivel familiar, social, judicial, lo que conlleva el desafío de instalar desde el grupo, un ámbito de confianza como una suerte de refugio ante la hostilidad a la que habitualmente han debido enfrentarse para poder protegerse y proteger a sus hijos e hijas de las violencias sufridas.

Conclusiones

El dispositivo grupal diseñado muestra ser eficaz en la mejora de dos variables psicológicas clave para madres de NNA víctimas de abuso sexual: la mentalización y la regulación afectiva. Por un lado se observó una evolución significativa en el proceso de mentalización. Las madres pasaron de una tendencia a la hipermentalización (preocupación excesiva por sobreinterpretar los estados mentales de sus hijos) a mostrar un aumento en la confianza en su propia mentalización parental y un mayor reconocimiento de la opacidad de los estados mentales (entender que no siempre se sabe lo que el otro piensa o siente). Esto indica una capacidad más reflexiva, curiosa y menos ansiosa para comprender a sus hijos e hijas.

Por otro lado, se constató una disminución significativa de las dificultades globales para regular los afectos. Las mejoras se dieron en áreas específicas como la conciencia emocional, la claridad para identificar emociones, la aceptación de las mismas, el control de impulsos y el uso de estrategias de regulación más adaptativas. Aunque el período de evaluación fue breve para valorar cambios en el apego, se observó un aumento en la tendencia hacia un estilo de apego seguro en las participantes, lo que sugiere un efecto potencialmente positivo del dispositivo a largo plazo.

En relación a las respuestas disociativas encontramos resultados mixtos, no identificando patrones claros. Si bien el puntaje general de disociación descendió en la mayoría, algunas subescalas (como despersonalización o disociación patológica) aumentaron en ciertos casos. Se concluye que esto puede deberse a la movilización psíquica propia del proceso terapéutico, donde recordar y elaborar el trauma puede afectar las defensas disociativas. Respecto a ello, se requiere más investigación con muestras más grandes y mayor tiempo de seguimiento. La investigación identificó barreras prácticas (falta de redes de cuidado, sobrecarga) e implementó soluciones creativas como la modalidad híbrida (presencial/virtual) y la disponibilidad de un

espacio lúdico para los hijos/as durante la sesión. Esto es crucial para garantizar la accesibilidad y sostenibilidad del dispositivo.

El diseño grupal, con sus características específicas, demostró ser un formato adecuado y potente. Esto promovió el sostén colectivo, la sororidad y la deconstrucción de prejuicios. La escucha activa y el no juicio entre pares fortalecieron la alianza terapéutica y facilitaron la elaboración del trauma. La coordinación del grupo por dos psicólogas con perspectiva feminista facilitó los procesos identificatorios, ofreció un espacio libre de violencia machista y permitió abordar los mandatos de género que pesan sobre la maternidad.

Este estudio piloto demuestra que el Dispositivo Grupal de Intervención para Madres - Cuidadoras es una herramienta eficaz, necesaria y viable para mejorar la salud mental de las cuidadoras principales de NNA víctimas de abuso sexual. No solo reduce síntomas como la desregulación afectiva y la hipermentalización, sino que también fortalece su rol de sostén, contribuyendo a la reparación del daño a nivel de los procesos subjetivos de las participantes, de la dimensión vincular interpersonal especialmente con sus hijos e hijas y en consecuencia a nivel comunitario.

Bibliografía

- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*, 58(3), 469-483
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Bleichmar, S. (1997). *La fundación de lo inconsciente: Lo nuevo en psicoanálisis*. Paidós.
- Borja, S. E., Callahan, J. L., & Long, P. J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 905–914. <https://doi.org/10.1002/jts.20169>
- Butler, J. (2001). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16–27.
- Dolto, F. (1985). *La causa de los niños*. Paidós.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Garrido, L., Santelices, M. P., Pierrehumbert, B., Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIR. *Revista latinoamericana de psicología*, 41(1), 81-98.
- Green, A. H., Coupe, P., Fernandez, R., Stevens, B. (1995). Incest revisited: Delayed post-traumatic stress disorder in mothers following the sexual abuse of their children. *Child Abuse & Neglect*, 19(10), 1275-1282.

- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). The relationship between the therapeutic alliance and outcome in dynamic psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 92–100. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.1.92>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). *Clínica y Salud*, 19(2), 139–156. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/cl2008v19n2a1.pdf>
- Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence*, 18(5), 295–300. <https://doi.org/10.1023/A:1025163229055>
- Parlamento del Uruguay. (2017). *Ley N.º 19.529: Ley de Salud Mental*. Diario Oficial del Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Ruiz-Parra, E., Manzano-García, G., Mediavilla, R., Rodríguez-Vega, B., Lahera, G., Moreno-Pérez, A. I., & Valdivieso, L. (2023). The Spanish version of the reflective functioning questionnaire: Validity data in the general population and individuals with personality disorders. *PLOS ONE*, 18(4), e0274378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274378>
- Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Prometeo Libros.
- SIPIAV. (2023). *Informe anual 2023*. Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia. <https://www.inau.gub.uy>
- Sufredini, F., Moré, C. L. O. O., Krenkel, S., Crepaldi, M. A. (2022). Narratives of mothers whose children had been sexually abused: maternal reactions and comprehension regarding child and adolescent sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*, 37(5-6), NP3320-NP3345
- Stoltenborgh, M., Ijzendoorn, H. M., Euser, M. E., Bakermans-Kranenburg, M., (2011). A

global perspective on child sexual abuse: Meta-Analysis of prevalence around the world.

Child Maltreatment, 16, 79-101. <doi:10.1177/1077559511403920>

UNICEF. (2024). *Informe anual sobre la infancia en Uruguay*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/uruguay>

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego: Selección de trabajos psicoanalíticos* (3.ª ed., L. Juncos, Trad.). Barcelona: Gedisa. (Obra original publicada en 1971)

Winnicott, D. W. (1993). La preocupación maternal primaria. En *De la pediatría al psicoanálisis: Obras escogidas* (pp. 343–350, 4.ª ed., M. Luengo, Trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1956)