

# Dispositivo de reparación del daño en Artigas

SISTEMATIZACIÓN

## **DISPOSITIVO DE REPARACIÓN DEL DAÑO EN ARTIGAS**

### **Sistematización**

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

#### **Autoras:**

Marcia Tarragó y Jimena Torres,

con aportes de Magdalena García y Fernanda Lozano

#### **Equipo de trabajo:**

Lic. Psic. Luciana Volpi (Ministerio de Desarrollo Social)

Lic. Psic. Cristina Calvo (Dirección Departamental de Salud, Ministerio de Salud Pública)

Lic. Psic. Sofia Cámará (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay)

T.S. Gabriela Vasconcellos (Administración de los Servicios de Salud del Estado)

Dra. María José Mello (Red de Atención Primaria, Administración de los Servicios de Salud del Estado)

Dra. Nadia Uscudum (Administración de los Servicios de Salud del Estado)

Lic. Marcia Tarragó (Asistente Técnica Regional, SIPIAV)

Supervisión: Magdalena García y Fernanda Lozano

Coordinadora Nacional del SIPIAV: María Elena Mizrahi

Corrección de estilo: Leticia Ogues Carusso

Diseño gráfico: Manosanta Desarrollo Editorial

Impresión: Imprimex

Depósito legal:

Primera edición, Montevideo, setiembre de 2025

# Contenido

<b>Introducción</b>	5
<b>1. Antecedentes</b>	9
<b>2. Acuerdos conceptuales para el abordaje</b>	13
<b>3. Conformación del dispositivo</b>	19
<b>4. Modelo de intervención del dispositivo.</b>	21
4.1. Acciones previas	21
4.2. Primer momento	22
a. Atención psicológica	22
b. Atención médica	25
4.3. Segundo momento	26
4.4. Tercer momento	27
4.5. Cuarto momento	27
4.6. Quinto momento	28
4.7. Cierre del proceso	29
<b>5. Principales aprendizajes y desafíos</b>	33
<b>Referencias bibliográficas</b>	37



## Introducción

La violencia hacia niños, niñas y adolescentes es una de las violaciones a los derechos humanos más invisibilizadas y naturalizadas a lo largo de la historia. Durante mucho tiempo, se la justificó como parte de la disciplina o desde concepciones culturales rígidas que permitían ejercer el control sobre la autonomía, los cuerpos e incluso las vidas de mujeres, niñas y niños. Se la consideraba un asunto privado en el que no debían intervenir ni vecinos, ni docentes, ni personal de salud, educación u otras áreas de política.

Los cambios socioculturales y el impulso de los movimientos sociales en defensa de los derechos de las mujeres, de la infancia y la adolescencia pusieron en evidencia que la violencia es un problema social y de orden público. Las convenciones internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño (ratificada por Uruguay en 1990 mediante la Ley n.º 16.137), establecieron un nuevo paradigma: niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos y requieren una protección especial que asegure su interés superior y su desarrollo integral. Tienen derecho a vivir una vida libre de violencia y es obligación del Estado prevenir, intervenir y restituir los derechos cuando fueron vulnerados.

Uruguay ha avanzado en un marco normativo sólido para la prevención, la atención y la reparación de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes. La Ley n.º 19.747, que modifica el Código de la Niñez y la Adolescencia, dio rango legal al Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), que funciona desde 2007, y definió la prevención, la atención y la reparación como cometidos centrales. Además, dicha modificación tuvo por objetivo fortalecer el acceso a la justicia de niñas, niños y adolescentes, así como también ajustar los mecanismos de protección, restitución de sus derechos y reparación del daño en situaciones de violencia y de vulneración de derechos en general.

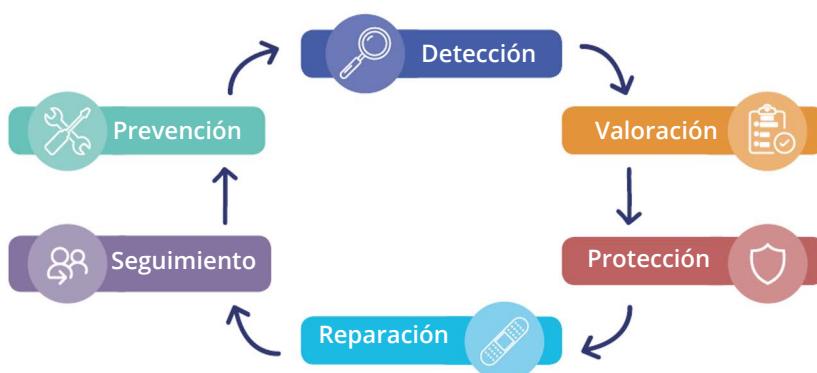
El artículo sexto especifica como uno de los cometidos del SIPIAV prevenir, atender y reparar las situaciones de violencia hacia niños, niñas y

adolescentes mediante un abordaje integral e interinstitucional. A su vez, el artículo 129 del Código de la Niñez y la Adolescencia refiere específicamente a la atención inmediata y a la reparación del daño ante las situaciones de maltrato o violencia sexual. En la misma línea, la Ley n.º 19.580 estableció la responsabilidad del Estado en la prevención, la sanción y la reparación de la violencia basada en género, incluyendo la obligación de garantizar atención integral y acciones de reparación.

Esta normativa ha sido clave para fortalecer las respuestas coordinadas e interdisciplinarias.

El modelo de atención del SIPIAV es un conjunto de lineamientos armonizados —que incluye la normativa internacional, la normativa nacional y los dispositivos de las instituciones del Estado— destinado a generar intervenciones eficaces para el abordaje de situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva individual, familiar y comunitaria. El objetivo de la intersectorialidad que propone el SIPIAV no es solo la mejora del desempeño en la provisión de servicios de cada sector, sino también la integralidad en el abordaje de un problema complejo como lo es la violencia hacia la infancia y la adolescencia.

**FIGURA 1.** Etapas del abordaje de situaciones de violencia



■ Fuente: SIPIAV (2021).

Los procesos de reparación del daño de niños, niñas y adolescentes que han vivenciado situaciones de maltrato severo y abuso sexual (en todas sus modalidades) son una etapa primordial transversal en el modelo de atención del SIPIAV.

Se concibe la reparación integral como un derecho humano fundamental explícito en el corpus normativo del derecho internacional y nacional referente a niños, niñas y adolescentes. Ello compromete al Estado y sus instituciones a actuar en forma articulada, con el fin de restaurar derechos vulnerados, garantizar la no repetición de la situación de violencia, dar atención inmediata, reparar daños y minimizar traumas y secuelas. Contiene el derecho a la atención y a los tratamientos en las dimensiones sanitaria, psicológica, psíquica, social, educativa, económica y jurídica.

La magnitud del daño se relaciona con diferentes aspectos de las situaciones, como la cronicidad de la violencia, el vínculo con la persona perpetradora, la edad de la víctima, entre otros. Es posible resaltar la magnitud de las secuelas en episodios de maltrato físico severo y abuso sexual. Estos padecimientos de niños, niñas y adolescentes están concretamente relacionados con la existencia de fenómenos traumáticos y pueden manifestarse a través de muy diversos síntomas.

El Plan de Acción (a 2024) del SIPIAV, en su componente 3, incluye como línea estratégica la creación de nuevos dispositivos de reparación del daño a escala local y el fortalecimiento de los ya existentes. Actualmente se encuentran en funcionamiento tres dispositivos de reparación del daño del SIPIAV, en Artigas, Maldonado y Treinta y Tres. Como se desprende del *Informe de gestión* correspondiente a 2023, el dispositivo de Maldonado funciona desde 2015 de forma ininterrumpida y atiende semanalmente a niños, niñas y adolescentes a partir de derivaciones del Comité de Recepción Local (CRL) del departamento. Las instituciones que aportan horas de recursos humanos son el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En Treinta y Tres, por su parte, el dispositivo funciona desde agosto de 2023, debido a la alta demanda de situaciones que se han incrementado en los últimos años. Tiene carácter interinstitucional e interdisciplinario y toma como referencia el funcionamiento del dispositivo de Artigas.

El presente documento busca sistematizar el modelo de intervención acordado en el dispositivo de reparación del daño de Artigas, con el objetivo de compartir buenas prácticas y expandir experiencias que permitan dar respuesta oportuna y efectiva a niños, niñas y adolescentes.

## 1. Antecedentes

En 2008 comenzó el proceso de implementación del SIPIAV en el departamento de Artigas, para luego crearse el CRL. En 2014, y dadas las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que se identificaron en niñas, niños y adolescentes víctimas de situaciones de violencia, se comenzó a trabajar en la implementación de un dispositivo de intervención en la ciudad de Artigas. Este dispositivo, que dejó de funcionar en 2017, se constituye como un antecedente clave para la creación y la implementación del actual dispositivo de reparación del daño en esta ciudad.

La creación de este primer dispositivo de intervención respondió a la falta de recursos en la localidad para brindar atención y lograr el cese de las situaciones de violencia hacia niñas, niños y adolescentes. A partir de esta realidad, se comenzaron a gestionar, en el marco del SIPIAV, las primeras coordinaciones con las instituciones que integran el sistema para que pudiesen destinar horas técnicas para el abordaje interinstitucional e interdisciplinario de las situaciones de mayor complejidad atendidas por el CRL. En esta etapa inicial se conformó un equipo con técnicas de las siguientes instituciones (cada una con cuatro horas semanales para el trabajo en el dispositivo):

- Dirección General de Educación Inicial y Primaria (DGEIP): una psicóloga y una trabajadora social.
- ASSE, Red de Atención Primaria (RAP): una licenciada en Enfermería.
- ASSE, segundo nivel de atención: una trabajadora social.
- INAU: dos psicólogas.

El trabajo inicial de este dispositivo estuvo centrado en las primeras etapas de abordaje. Una vez detectadas las situaciones e ingresadas al CRL, luego de haberse cumplido las intervenciones iniciales por la institución

interviniente y si la gravedad de la situación lo ameritaba, se establecía la derivación al dispositivo de intervención, donde se conformaban duplas. Estas duplas respetaban la interdisciplina e interinstitucionalidad. Cada dupla se encargaba de la implementación de todas las acciones definidas en las estrategias de intervención a fin de lograr la protección y el cumplimiento efectivo de todos los derechos vulnerados en cada situación, de las derivaciones oportunas y del seguimiento de todo el proceso.

Para dar seguimiento a cada situación, se conformaba un espacio de «ateneo» que funcionaba semanalmente con una duración de dos horas. Allí se evaluaban y planificaban las intervenciones necesarias en cada caso. Luego, la dupla destinaba las dos horas restantes a la atención de dos situaciones. Las actividades realizadas incluían todas las medidas necesarias para alcanzar la protección y el cese de la violencia, entre ellas: entrevistas individuales a niños, niñas y adolescentes; entrevistas familiares; entrevistas en contexto domiciliario; coordinaciones con otros actores intervenientes; gestión de recursos existentes; elaboración de informes judiciales; derivaciones a especialistas en caso de requerirse otras intervenciones.

La conformación y el funcionamiento de este espacio fueron evaluados de forma positiva. Sin embargo, se vio como una debilidad el momento de la reparación del daño, ya que había una sobredemanda existente y pocos técnicos psicosociales especializados para la atención de las situaciones de mayor complejidad en la localidad. Una vez que se establecían las medidas de protección correspondiente, se debía esperar varios meses para efectivizar espacios de tratamiento individual para niños, niñas y adolescentes con secuelas de la violencia padecida.

Junto con esta constatación, y dados el incremento de casos de violencia hacia niños, niñas y adolescentes en Artigas y la carencia de recursos para dar respuesta a estas situaciones desde otras instituciones, se vio la necesidad retomar el trabajo del dispositivo y avanzar hacia su implementación efectiva. Debe tenerse en cuenta que este dispositivo comenzó su implementación durante la declaración de emergencia sanitaria nacional a causa de la pandemia de COVID-19, lo cual generó que durante 2020 niñas, niños y adolescentes se vieran en la situación de no poder asistir a sus centros de estudios y permanecieran más tiempo en sus hogares, lo cual llevó a que aumentase la posibilidad de sufrir situaciones de violencia.

A continuación, repasamos los principales acuerdos conceptuales para el abordaje de las situaciones, retomando el documento *Proceso de reparación de daño* (SIPAV, 2019). Luego presentamos el modelo de intervención para la reparación del daño en sus diferentes etapas implementado en Artigas. Y, por último, sistematizamos los principales aprendizajes y desafíos a partir de la experiencia de trabajo en el dispositivo en dicha ciudad.



## 2. Acuerdos conceptuales para el abordaje

Cómo señala el documento del SIPIAV (2019) sobre el proceso de reparación de daño, la respuesta del mundo adulto ante la identificación de situaciones de abuso y violencia vividas por niños, niñas y adolescentes configura el primer eslabón de una serie de respuestas que dan inicio al proceso de protección, interrupción de la situación de violencia y, por ende, reparación del daño. Creer y confiar en lo que dicen niños, niñas y adolescentes, promover su participación en el diseño de la estrategia e informarles (de acuerdo a su etapa evolutiva) sobre las vicisitudes de su implementación constituyen acciones protectoras, tendientes a minimizar revictimizaciones.

Toda intervención que apunte a elaborar las situaciones de violencia vividas debe tener como **condición previa las garantías de seguridad y protección**. No es posible transitar por un proceso de afrontamiento de las situaciones traumáticas vividas en circunstancias que no garanticen un piso de estabilidad y contención tanto material como afectiva. Parte de la intervención implica involucrar al mundo adulto que acompañará dichos procesos, que, por lo general, son difíciles, complejos y de largo aliento. Abordar las situaciones de violencia supone desarrollar acciones en términos de protección, que garanticen la no repetición de los acontecimientos de vulneración, así como apuntar a dar garantías de no exponer a nuevos hechos abusivos en el marco de la respuesta de protección.

Dicha protección debe ser pensada desde los distintos espacios de desarrollo de niños, niñas y adolescentes, tanto sus lugares de convivencia como los distintos ámbitos por los que transitén (educativos, de salud o comunitarios), evitando las respuestas expulsivas que vuelven a violentarles y agraven las condiciones en las que se puedan encontrar. Dadas todas estas condiciones, estamos en momento de pasar a la etapa en que

niños, niñas y adolescentes y su núcleo de convivencia pueden elaborar los acontecimientos traumáticos vividos.

Las **experiencias traumáticas** son concebidas como aquellos

... hechos o acontecimientos que producen dolor y estrés (dolor físico, dolor psíquico o una experiencia de amenaza vital) [...] que sobrepasan los recursos naturales del individuo y de sus apoyos sociales para calmar el dolor y encontrarle un sentido a lo sucedido. Esto, como consecuencia de su contenido, intensidad o su duración. (Barudy y Dantagnan, 1998, p. 152)

El **trauma** se define por el impacto en la víctima y no por el suceso traumático en sí mismo. A su vez,

... el alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso [...] la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y escolar/laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello configura la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés. (Echeburúa, 2007)

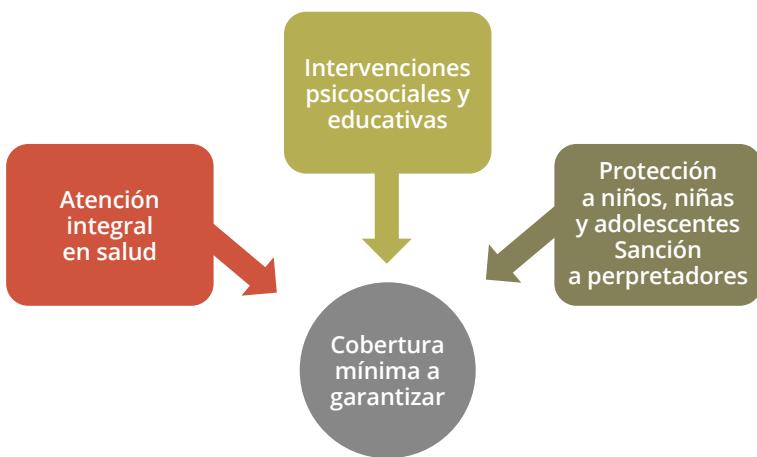
También incide el **tiempo de exposición** al suceso.

En niños y niñas la vivencia de la experiencia traumática va a estar íntimamente vinculada a su sistema de cuidado y apoyo (apego) (García, 2014). Diversas investigaciones dan cuenta de un tipo de trauma especialmente nocivo para el desarrollo psíquico de niños, niñas y adolescentes, que es aquel que sucede cuando la figura de apego no brinda la protección que debería y, en cambio, abandona, descuida o ejerce abuso emocional, físico o sexual. Existe amplia evidencia de la afectación profunda en las capacidades psíquicas fundamentales en casos de abuso sexual infantil. Los niños, niñas y adolescentes no pueden procesar los estímulos ni el significado del contacto sexual con un adulto, y menos aún si se trata de su figura de apego. La falta de respuesta afectiva de los adultos referentes de crianza, la amenaza de ruptura o las violencias pueden generar sufrimiento emocional y psicopatología en niños, niña y adolescentes

damnificados. La violencia en todas sus formas puede determinar distintos tipos de daño, tanto físico como psíquico y social, o, mayoritariamente, una conjunción de los tres.

Bravo (2007) refiere la reparación como un proceso integral en que la víctima se inserta en una red de relaciones en la que se deben considerar diversos contextos, como muestra la figura 2.

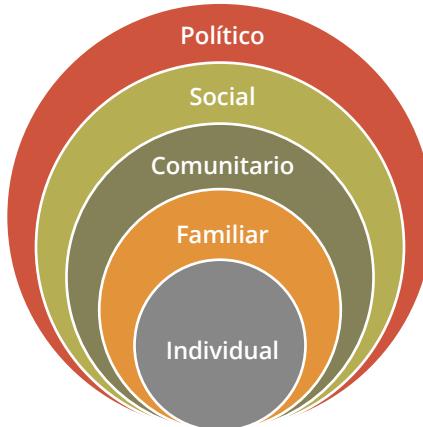
**FIGURA 2.** Contextos a tener en cuenta para una reparación integral



Fuente: SIPIAV (2019).

El proceso de reparación del daño a niños, niñas y adolescentes tiene al menos un doble carácter (Arredondo y Toro, 2010): individual y familiar. En la reparación individual es el niño o niña quien debe realizar un proceso terapéutico conducente a la «superación» de la experiencia abusiva, como la nominan los adultos, y la persona adulta cuidadora es quien le acompañará en ese proceso y se constituirá en su red de apoyo. En la reparación familiar la superación de la experiencia abusiva es tarea de todos los actores involucrados: padre, madre, hermanos y hermanas, abuelos y abuelas, tíos y tías, quienes han sido afectados por el hecho abusivo. Deben ser considerados también el ámbito comunitario, el social y el político.

**FIGURA 3.** Contextos de intervención



■ Fuente: SIPIAV (2019).

Particularmente en la primera infancia, como señala la *Guía para la atención de niñas y niños de 0 a 3 años en situación de violencia*, elaborada por el SIPIAV, el niño o niña vive experiencias que pueden generar distintos niveles de estrés: positivo, tolerable o tóxico.

**Estrés positivo** es el que se relaciona con situaciones novedosas o que generan cierta incomodidad, y ocasiona respuestas físicas menores; con el apoyo de un adulto responsable que ayude a la superación de la situación, puede promover el desarrollo y el aprendizaje. Hasta cierto grado, el estrés es necesario para el desarrollo sano y puede ser considerado «benigno» cuando tales situaciones generan cambios en los parámetros fisiológicos modulando la respuesta de corta duración y autolimitada, y con un retorno de los parámetros fisiológicos a la normalidad sin mayores consecuencias futuras.

**Estrés tolerable** es el generado por circunstancias que pueden traer consecuencias a largo plazo (como desastres naturales de corta duración) y puede ser amortiguado por las personas que asumen el cuidado de niños, niñas y adolescentes.

Por su parte, cuando la situación amenazante se mantiene en el tiempo o es de mucha intensidad, la respuesta protectora del estrés pierde su condición de tal transformándose en un tipo de estrés crónico que

se denomina **estrés tóxico**. Este tipo de estrés puede afectar órganos (como el corazón), el sistema inmunológico y otros mecanismos reguladores metabólicos. Implica mayor riesgo de desarrollar problemas de salud (enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos mentales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias) en etapas posteriores). La neurociencia ha comprobado a través de imágenes de la arquitectura cerebral que el estrés tóxico conlleva una poda importante de las conexiones neuronales, lo que determina las consecuencias antes mencionadas.



### 3. Conformación del dispositivo

Actualmente el dispositivo de reparación del daño en Artigas tiene un **equipo** conformado de la siguiente manera:

- una asistente técnica regional del SIPIAV, que ejerce la coordinación del dispositivo;
- tres psicólogas (Ministerio de Desarrollo Social, Dirección Departamental de Salud del Ministerio de Salud Pública e INAU);
- una médica pediatra y de familia de la RAP de ASSE;
- una trabajadora social de ASSE del segundo nivel de atención.

Cada una de las técnicas dispone de cuatro horas semanales para el trabajo en el dispositivo.

Se cuenta también con el apoyo continuo de una abogada de ASSE, de la encargada de la Dirección de Proyectos y Servicios del INAU y con la supervisión de las doctoras Magdalena García (psiquiatra infantil) y Fernanda Lozano (médica legista).



## 4. Modelo de intervención del dispositivo

Durante el trabajo en el dispositivo, se consolidó un formato de atención que buscó superar las individualidades para atender las situaciones desde un modelo común con base en la interdisciplina. Esta forma de organización del trabajo permitió visualizar y sistematizar las diferentes etapas del proceso de intervención, que se organiza en acciones previas y cinco momentos posteriores. A continuación se describen los elementos más relevantes de cada una de estas etapas.

### 4.1. Acciones previas

Las situaciones atendidas son en su totalidad derivadas por el CRL, por lo que ya existe un diagnóstico inicial y se conoce de antemano: los tipos de violencia, las acciones realizadas, las estrategias de protección, así como los efectos causados por las violencias, las secuelas del daño, y la sintomatología asociada. Esto implica que niños, niñas y adolescentes ya están transitando un proceso: han develado la situación, aportado los elementos iniciales para la denuncia y pasado por los diferentes momentos de la intervención. Esta secuencia es fundamental para generar los mecanismos de protección necesarios para garantizar la seguridad actual, sin lo cual no sería posible comenzar un proceso de reparación del daño.

Para no incurrir en la revictimización, es fundamental que en este primer momento se establezcan todas las medidas necesarias para generar, desde el dispositivo, las **coordinaciones pertinentes a fin de lograr un diagnóstico integral**, recurriendo para ello a todos los actores que están interviniendo en la situación. Deben establecerse, entonces, espacios iniciales con los técnicos intervenientes y con el equipo del dispositivo, de manera de contar con toda la información necesaria sin tener que recurrir a preguntar a los niños, niñas y adolescentes, ya que muchas

veces vienen de procesos largos de intervención donde han debido contar ya sus historias. Tener que comenzar el nuevo proceso desde ese relato puede generar retraumatización y es, además, un reclamo permanente de los niños, niñas y adolescentes atendidos, quienes ya no quieren volver a repetir a una nueva persona hechos tan dolorosos.

La etapa previa también incluye el establecimiento de **acuerdos iniciales con los adultos referentes** a fin de garantizar la atención. En una entrevista inicial, la psicóloga tratante y la trabajadora social explican en profundidad la importancia de la continuidad de la atención y se firma un compromiso entre los referentes y el equipo técnico, con toda la información referida al proceso de atención. En esta instancia se explicitan las diferentes instancias del proceso, entre ellas: asistencia a las intervenciones médicas, coordinaciones con otros actores (centros educativos y otros espacios a los que concurren los niños, niñas y adolescentes), realización de informes judiciales cuando corresponda y aplicación de diferentes técnicas de evaluación.

Se entiende que esta alianza inicial con los referentes, así como hacerlos parte del proceso de reparación, es fundamental, estimula un nexo con los profesionales tratantes, fomenta la comunicación continua sobre los avances y retrocesos que puedan ir percibiendo, y habilita espacios para plasmar sus interrogantes, sus temores y su propia vivencia de los movimientos generados con el tratamiento, todo lo cual es fundamental para que puedan sentirse, a su vez, sostenidos y partícipes en este proceso de cambio.

## 4.2. Primer momento

### a. Atención psicológica

Una vez cumplidas las instancias necesarias para generar un adecuado contexto de intervención, se comienza con la atención individual al niño, niña o adolescente en **espacios psicológicos semanales**. Se estipulan, a su vez, al menos tres consultas médicas (al comienzo, a la mitad y al final del proceso). En caso de que la situación lo amerite, se coordinan derivaciones a especialistas o con otros actores e instituciones intervenientes.

En la primera entrevista se presenta el encuadre de trabajo, explicando al niño, niña o adolescente en qué consistirá la atención. En esta instancia se explicita que aunque su presencia allí ocurre a raíz de la situación

padecida, no es necesario hablar de ello hasta que no se sienta con la suficiente comodidad para hacerlo, ya que se tiene conocimiento de la situación por las intervenciones anteriores. Se muestran los espacios con los que se cuenta: un consultorio pequeño y una sala de reuniones más amplia, y los insumos de cada una. La profesional tratante se presenta, y a la institución donde trabaja, y se habilita un espacio para que el niño, niña o adolescente pueda expresar sus dudas o requerimientos.

El primer momento en la atención psicológica está destinado a la **construcción del vínculo terapéutico**. Se parte del conocimiento de que las situaciones de violencia vividas generan una desconfianza hacia del mundo adulto en general y se debe tener en cuenta que los modelos de apego funcionales a contextos de riesgo dificultan nuevas interacciones. Además, en muchas ocasiones (en el 55% de las situaciones atendidas) los niños, niñas y adolescentes han tenido que abandonar su entorno familiar de origen debido a las estrategias de protección y pasaron a convivir con otros familiares o en la órbita del INAU. Todo ello complejiza la construcción de este nuevo vínculo en este momento puntual.

La seguridad relacional, para estos niños, es una experiencia en desarrollo y está constantemente puesta a prueba, no solo en su relación con sus cuidadores sino también con nosotros. Han aprendido que conectar con otro ser humano es peligroso y nosotros debemos ayudarles a desandar ese camino. (Baita, 2023, p. 23)

Esta instancia es clave y condiciona el pronóstico del tratamiento. Se requiere destinar el tiempo necesario para la instauración de un vínculo que será reparador en sí mismo y la base para las intervenciones posteriores. Es fundamental la creación de un espacio ameno, que pueda ser habilitante y protector. No se debe perder de vista que la violencia implica que los niños, niñas y adolescentes no fueron tratados como sujetos plenos de derechos y que sus necesidades e intereses no han sido tenidos en cuenta, lo que debe ser modificado a partir de estas intervenciones.

En atención a esto, se presentan varias opciones de dinámicas para brindar la posibilidad de elección de acuerdo a las preferencias del niño, niña o adolescente. Se monitorea la tolerancia al tiempo de intervención; en algunos momentos se acuerda en que se puede terminar antes o se

utilizan sesiones solo para juego libre o espacios de alimentación, y se permite en ocasiones que el niño, niña o adolescente ingrese con personas de confianza, hasta que se instaure una sensación de seguridad y acceda a trabajar a solas con la psicóloga tratante.

En este momento se empiezan a conocer los intereses, preferencias y habilidades de cada niño, niña o adolescente, lo cual es utilizado para diagramar las futuras intervenciones, siempre respetando las fortalezas individuales. A modo de ejemplo: hay quienes disfrutan dibujando, quienes prefieren técnicas más reflexivas de preguntas y respuestas, quienes eligen juegos con muñecos o construcción y quienes se expresan mejor modelando, etcétera. No debemos olvidar la riqueza que existe en las formas de comunicación en la infancia y la adolescencia, donde la palabra es solamente un medio, entre muchas otras posibilidades. Es importante tener la flexibilidad necesaria para adaptarnos a cada niño, niña o adolescente, ya que eso facilitará el camino a su recuperación.

El reconocimiento de intereses, habilidades y fortalezas habilita un diálogo con sus aspectos positivos y amplía la sensación de seguridad, lo que es fundamental en esta primera etapa. Dado que, al establecer el encuadre, los niños, niñas y adolescentes saben por qué asisten al dispositivo, es fundamental incrementar los aspectos positivos a fin de disminuir los niveles de estrés, que generalmente son altos, en particular al concurrir a un espacio donde saben que pueden volverse a activar aspectos dolorosos de sus historias.

En este primer momento se comienza a tomar contacto con las cuestiones de la vida actual del niño, niña o adolescente: rutinas, espacios, vínculos significativos, relacionamiento con pares, etcétera. De allí se recoge una fotografía del presente, que busca ampliar la información sobre los recursos internos y externos con los que cuenta, así como posibles dificultades que puedan estar teniendo lugar, ya sea en la convivencia o en espacios de socialización. En función de ello se comienza con psicoeducación, ampliando recursos y habilidades para afrontar las problemáticas actuales.

Al finalizar esta etapa, y una vez consolidado el vínculo terapéutico, se aplican técnicas proyectivas y algunos test que nos aporten en el diagnóstico inicial de la situación, por ejemplo: dibujo libre, persona bajo la lluvia, SCARED (para medir ansiedad) y ADES (para indagar niveles de disociación en adolescentes). Los mismos recursos serán utilizados al finalizar el proceso para evaluar cuali- y cuantitativamente los movimientos realizados.

Se explicita también la importancia de la consulta médica como parte del proceso, informando que la doctora integra el equipo de atención y ya conoce la situación. Se acuerda con los niños, niñas y adolescentes cuándo se realizará dicha instancia de control.

### **b. Atención médica**

En este momento inicial se da también la **primera instancia de control médico**, acordada previamente con los referentes y el niño, niña o adolescente. Esta consulta tiene lugar en la policlínica de ASSE que sea más accesible y donde atienda la doctora del equipo. Se coordina directamente en ese espacio día y hora, y se utiliza el último horario de atención de la médica a fin de que cuente con el tiempo necesario para el encuentro.

En esta instancia se lleva adelante la atención integral de niños y niñas, desde un enfoque de derechos, género y diversidad, y una entrevista con padres o referentes. Se prioriza el control pediátrico, el esquema de vacunación, la valoración de indicadores antropométricos, la valoración del desarrollo puberal a través de los grados de Tanner y la orientación en salud sexual y reproductiva. También se valora el neurodesarrollo, considerando si existen dificultades y en qué áreas, para realizar las derivaciones oportunas, por ejemplo, a nivel de lenguaje o en la esfera del humor, si existen sobrealteraciones y si amerita consulta con psiquiatría, se indaga y orienta sobre hábitos del sueño y hábitos alimenticios y se valora también la salud bucal.

Es importante destacar que la médica del equipo participa en todas las instancias de ateneos semanales y conoce las características individuales, las fortalezas, las debilidades y las estrategias de abordaje utilizadas en cada situación. Estos espacios se construyen con los mismos principios de considerar a niños, niñas y adolescentes como sujetos en la intervención. Se destina el tiempo necesario al establecimiento del encuadre, a explicar los procedimientos utilizados y su finalidad, y se informa sobre cualquier requerimiento de exámenes o derivaciones, respetando su opinión, tanto al inicio, donde se consulta en caso de adolescentes si prefieren que los adultos permanezcan o no durante la instancia, como en casos de exámenes más invasivos, como los ginecológicos, para los cuales se respeta la decisión de hacerlo o no en ese momento, se explica el procedimiento y si se requiere se agenda otra instancia para realizarlo, procurando siempre generar un clima de seguridad y respeto.

La atención médica y la atención psicológica coordinadas son fundamentales, ya que las violencias impactan sobre la relación del niño o niña con su cuerpo. Como lo explicita Silberg (2019, p. 203):

Muchos niños supervivientes permanecen separados del significado físico de las señales de su cuerpo. Algunos no perciben las señales de su cuerpo en absoluto, o malinterpretan las sensaciones [...] sus cuerpos pueden estar en estado constante de hiperactivación postraumática con aceleración de la frecuencia cardíaca, como si estuvieran permanentemente huyendo de un enemigo.

### 4.3. Segundo momento

Una vez cumplidas estas instancias, se comienza a indagar acerca de los **recursos instaurados en las primeras etapas del desarrollo** (intentando focalizar en momentos anteriores a las situaciones de violencia). Se trabaja con dinámicas como la construcción de una línea de vida, caja de arena, dibujo o *collage*, entre otras, a fin de reconocer modelos vinculares, personas significativas, fortalezas y aprendizajes que puedan ser amplificados en el tratamiento.

Poder **valorar los aspectos positivos de su historia** permite ampliar el panorama. Muchas veces, los niños, niñas y adolescentes que han padecido situaciones de violencia son reticentes a contactar con su historia, dado el peso que tienen los eventos traumáticos. Sin embargo, poder hacer foco en las fortalezas genera muchas veces situaciones de alivio. Sus historias de vida también cuentan con personas, lugares y momentos significativos que es importante rescatar y que, además, generan un «colchón» que ayuda a amortiguar los momentos difíciles vivenciados.

Esta etapa requiere un cuidado especial, ya que al volver a su historia pueden activarse también los eventos traumáticos. Es importante tener preparado otro espacio (además de aquel en el que estamos trabajando) que tenga a la vista otras dinámicas, como juegos o elementos contenedores o de relajación. Se sugiere implementar «espacios de calma», con objetos agradables al tacto como mantas y almohadones suaves, sonidos tranquilizadores y olores agradables; también espacios y objetos

que fomenten la movilidad y la descarga motriz. Estos espacios deberán adaptarse a las particularidades de cada niño, niña o adolescente y se acordará con ellos que podrán recurrir allí cada vez que lo requieran.

#### 4.4. Tercer momento

Una vez que contamos con estos insumos se vuelve a focalizar en el presente para poder **amplificar estos recursos que hemos identificado en la historia de vida para traerlos a su vida actual**, potenciándolos y fortaleciéndolos en situaciones de su cotidianidad. Se hace hincapié en la construcción de habilidades y en el reconocimiento de sus logros actuales, todo lo cual permitirá continuar ensanchando el «colchón de recursos» y fortaleciendo su autoestima.

Culminada esta etapa, se comenzará a trabajar en la **identificación de emociones, creencias sobre sí, conductas y sensaciones corporales de su vida actual**. El trabajo en cada una de estas áreas se realiza en forma separada. Para ello ha resultado útil la construcción de una caja de herramientas para cada uno de estos momentos, siempre adaptada a las individualidades. Se trabaja, además, en la psicoeducación de emociones, pensamientos y comportamientos adaptativos a la realidad actual, y en regulación emocional, brindando herramientas funcionales para identificar y poder transitar por los diferentes estados de ánimo.

#### 4.5. Cuarto momento

En esta etapa del camino, una vez fortalecido el vínculo terapéutico, habiendo amplificado los recursos y brindado información sobre las emociones y sus formas de regulación adaptativa, todo el equipo de trabajo evalúa si están dadas las condiciones para comenzar a **abordar las experiencias traumáticas en sí mismas**. Este es el momento ideal para la realización del segundo control médico, a fin de abordar el transcurso de los síntomas físicos, valorando también si están dadas las condiciones para continuar con la siguiente etapa del proceso terapéutico. Siguiendo una vez más lo planteado por Silberg (2019, p. 318):

Por lo general el procesamiento de los recuerdos traumáticos tiene lugar en la fase intermedia de la terapia, cuando se han enseñado las competencias de la modulación afectiva y el niño ha iniciado el proceso de establecer conexiones con todo su yo.

Fundamentalmente, en esta etapa es importante **valorar la estabilidad física y emocional**: si ha logrado incorporar recursos, si han remitido los síntomas y si hay, de manera general, una buena predisposición para abordar los contenidos traumáticos, debiendo estar el niño, niña o adolescente de acuerdo con iniciar esta etapa del tratamiento. Una vez acordado esto, se comenzará a trabajar, primero en los recursos necesarios (definidos por el niño, niña o adolescente) para poder abordar dichas experiencias, los que, una vez identificados, serán fortalecidos a fin de lograr su apropiación.

En esta etapa se retomará el trabajo en estaciones ya implementado al principio: se genera a un lado de la sala el lugar donde se trabajará con las vivencias traumáticas y al otro lado espacios de calma o descarga. El niño, niña o adolescente está en control de cuánto tiempo se destinará a cada estación. Conocer este modo de funcionamiento permite, a su vez, su apropiación.

Las emociones, los pensamientos y las conductas serán el nexo para comenzar a trabajar sobre los elementos de los eventos traumáticos y se irán abordando por partes para luego integrarlas poco a poco, intercalando con los recursos existentes y con técnicas de regulación ya aprendidas. También en esta etapa se cuenta con herramientas útiles que facilitaron el proceso, abordando desde lo sensorial las diferentes partes de la vivencia.

## 4.6. Quinto momento

Llegada esta etapa del proceso, se trabaja en pro de la **integración de todos los componentes abordados** en una historia de vida coherente, que integre los momentos buenos y los malos, así como los recursos para afrontar las situaciones difíciles, con énfasis en la salida de la situación traumática y en todos los elementos incorporados en los espacios terapéuticos.

La técnica que hemos usado mayoritariamente en este último momento de la intervención es la de construcción de una narrativa que contemple

la historia de vida, lo cual se propone como la creación de un cuento, haciendo hincapié en ir incorporando en cada momento las emociones, los pensamientos, las conductas y las sensaciones que van surgiendo, ya que esto es, en definitiva, lo que se pretende integrar.

En este momento, cada niño, niña o adolescente puede desplegar su propia creatividad, decidiendo cómo le gustaría contar su historia, el formato de esa narración, si será un cuento, si tendrá dibujos o no, etcétera. No se define un modelo, lo importante es poder visualizar en cada etapa los componentes y recursos y, por sobre todo, ordenar su historia en un contenido coherente e integrativo de cada aspecto.

En esta etapa se visualizan y valoran los avances, se integran las fortalezas, inclusive de poder poner en palabras los momentos más difíciles, aceptándolos también como parte de su historia. El niño, niña o adolescente puede elegir si quiere leer su historia a sus referentes, y se lleva consigo esto que es propio y que siempre queda con hojas en blanco, ya que su historia sigue en construcción.

La experiencia nos ha mostrado que en todas las situaciones en que se ha aplicado esta dinámica se visualizan resultados sumamente positivos, es aliviador en sí mismo escribir y leer la propia historia. Los niños, niñas y adolescentes se empoderan aún más de sus recursos y logran ver su fortaleza al poder atravesar momentos tan difíciles y se generan esperanzas a futuro.

Los niños que han logrado convertirse en adultos resilientes son aquellos a los que se ha brindado ayuda para dar sentido a sus heridas. El trabajo de resiliencia consiste en recordar los golpes para hacer con ellos una representación de imágenes, de acciones y de palabras con el fin de interpretar el desgarro. (Cyrulnik, 2003, p. 52)

## 4.7. Cierre del proceso

Para hacer el cierre de las situaciones, se retoman las **técnicas de evaluación** que se implementaron al principio a fin de valorar los movimientos. Se evalúan los síntomas iniciales y la situación actual en general, así como el transcurso del niño, niña o adolescente por los diferentes espacios de

inserción. Se coordina con otros actores que intervienen en la situación y se realiza una nueva valoración médica.

Una vez que contamos con todos estos insumos, se transversaliza la información en los ateneos y se valora entre todas las integrantes del equipo si se considera el cierre del proceso en este espacio. Si se dan todas las condiciones para ello, se realiza el cierre con el niño, niña o adolescente atendido (en las sesiones que se requiera) y con los referentes protectores, se comunica al juzgado y se retorna la situación al CRL, para definir qué institución se ocupará del seguimiento de la situación, etapa fundamental para evaluar el sostenimiento de la situación.

Si bien el proceso terapéutico se construye desde el eje central de las intervenciones psicológicas y médicas, no se ciñe solamente a ellas. Ha sido fundamental también contar con las intervenciones de otras disciplinas, que transversalizan todos los procesos llevados adelante, según se describen a continuación.

### **Intervenciones sociales**

Contar con una trabajadora social en el equipo ha sido fundamental para poder ampliar el margen de atención, también desde otros contextos por los que transitan los niños, niñas y adolescentes y que muchas veces requieren de intervención.

La trabajadora social es el nexo con el CRL, es quien participa de dichos espacios y conoce de primera mano las situaciones que allí se presentan para ingresar al dispositivo. Está presente en todas las instancias de ateneo semanal y colabora en la construcción de estrategias de abordaje conjunto de cada situación. Realiza al comienzo una entrevista inicial de encuadre con la psicóloga a cargo de la atención y los referentes protectores de los niños, niñas y adolescentes, para generar acuerdos en relación con la concurrencia a los diferentes espacios terapéuticos y su compromiso con el transcurso del proceso en sí.

En caso de que la situación lo amerite, lleva adelante intervenciones en contextos domiciliarios, coordina recursos que puedan estar siendo necesarios y a los que no se esté accediendo, y realiza también el nexo con las instituciones educativas en búsqueda de un referente institucional de confianza, que pueda estar al tanto del proceso realizado y brindar

insumos de los avances o retrocesos visualizados desde otros contextos de intervención, etcétera.

Dado que la trabajadora social pertenece a ASSE, es quien se encarga de ingresar a las historias clínicas de cada niño, niña y adolescente resúmenes continuos del proceso de atención implementado en el dispositivo. A su vez, puede acceder a ellas cada vez que se requiere, así como también a la de los referentes protectores siempre que exista información que aporte al proceso.

### **Asesoría legal**

Ha sido de fundamental importancia, asimismo, contar con la posibilidad de asesoramiento legal por parte de la abogada, dado que la mayoría de las veces los procesos continúan su curso en la Justicia y pueden surgir otros elementos de la situación ya denunciada u otras situaciones que van apareciendo a medida que se afianza el vínculo terapéutico y que requieren nuevas acciones.

La abogada participa de algunas instancias puntuales de ateneo semanal para estar al tanto de las situaciones abordadas. Sus tareas consisten en brindar asesoramiento ante acciones legales que deben realizarse. Se encarga, además, del seguimiento de los expedientes judiciales, escritos e informes cuando la situación lo amerita, y participa en instancias de formación orientadas a todo el equipo.

### **Supervisión continua**

Se considera también una fortaleza el contar con espacios de supervisión continua con profesionales que están fuera del equipo y que pueden aportar desde otras disciplinas, como la psiquiatría infantil y la medicina forense, y que cuentan además con amplia experiencia en el abordaje de situaciones de violencia y abuso sexual, como las doctoras Magdalena García y Fernanda Lozano.

Se ha intentado que esos espacios de supervisión se den al menos cuatro veces al año y se llevan adelante fundamentalmente en dos formas: en algunos momentos del año se marcan instancias donde se comparte el avance de los procesos que están en marcha y en otras oportunidades se solicita supervisar alguna situación que por alguna razón amerita la

opinión calificada de otros actores que aporten en la construcción conjunta de nuevas estrategias de abordaje.

Cabe señalar, asimismo, que se ha realizado al menos una instancia presencial por año de formación continua con la doctora Magdalena García, además de los espacios destinados dentro del dispositivo para compartir lectura y modelos de abordaje teórico, todo lo cual es fundamental para el proceso de formación conjunta de las integrantes del dispositivo, quienes requieren la construcción de modelos compartidos que faciliten luego el trabajo en las situaciones puntuales.

## 5. Principales aprendizajes y desafíos

Algunos de los **principales aprendizajes** de este tiempo de trabajo pueden resumirse en los siguientes aspectos:

- *Ateneos semanales*: El espacio de ateneo semanal se ha constituido como un eje central en la modalidad del abordaje, acompañando las definiciones del SIPIAV sobre la construcción interinstitucional e interdisciplinaria. En estos espacios se trabajan todas las situaciones entre todas las integrantes del equipo, por lo que es un espacio fundamental para la construcción de estrategias desde cada una de las disciplinas y en forma conjunta. Estas instancias contribuyen al aprendizaje permanente, evitando el trabajo en solitario, de manera que todas las estrategias, técnicas, test o formatos de intervención son definidos y colectivizados en el equipo, que comparte y construye muchas veces herramientas para el logro de determinados objetivos terapéuticos.
- *Acuerdos con adultos referentes*: Esta etapa es fundamental y ha implicado uno de los aprendizajes importantes del camino transitado, dado que al comienzo surgieron dificultades con varias situaciones en las que no había un real compromiso de los adultos a cargo con el proceso terapéutico, lo que culminaba en la no adhesión al tratamiento. En este sentido, contar con un acuerdo inicial impreso y firmado por todas las partes, donde se explicitan las características del espacio y todas las actividades que podrán tener lugar, además de que se permite un tiempo para poner en palabras todas las dudas, temores y necesidades específicas de los referentes adultos, ha contribuido enormemente y mejorado la continuidad.

- *Referente institucional:* Una de las características de este equipo es la apertura y la permeabilidad a toda la información del entorno, en el entendido de que los daños ejercidos por la violencia ocasionan secuelas en todas las dimensiones y en todos los contextos por los que transitan niños, niñas y adolescentes, aportando, además, cada uno de estos espacios información valiosa a la hora de evaluar los efectos del tratamiento. En este sentido, ha sido fundamental encontrar al menos a un referente institucional (ya sea desde la educación formal o la no formal, centros del INAU, etc.) que aporte desde otros espacios de inserción su visión del tránsito del niño, niña o adolescente en proceso de atención, así como también para definir acciones necesarias que puedan enriquecerlo.
- *Formación continua y herramientas compartidas (juegos, test, técnicas, etc.):* Tener espacios de formación para todo el equipo ha sido fundamental para generar un lenguaje común a todas las disciplinas, aportando desde los contenidos teóricos información relevante sobre efectos de la violencia, trauma, desarrollo evolutivo, neurobiología y efectos en el cuerpo, así como dinámicas y técnicas específicas para la exploración y el tránsito de cada uno de los momentos de la intervención. Para ello se han destinado varios espacios al año de ateneos, donde alguna integrante del equipo se encarga de preparar y compartir información relevante sobre esas temáticas o se cuenta con el apoyo de actores externos, como la doctora Magdalena García, con quien se ha implementado al menos una vez al año alguna instancia de formación para este equipo. Es importante mencionar también en este sentido que se han generado espacios de diálogo y formativos interdispositivos para la discusión de contenidos conceptuales.

Durante el trabajo en el dispositivo también hemos encontrado **desafíos** de cara al futuro, entre ellos:

- *Compromisos institucionales:* Uno de los desafíos más relevantes en este proceso ha sido el tener que ratificar los acuerdos institucionales ante cada cambio de autoridad local, ya que

pese a que al inicio se firma un compromiso que incluye a todas las instituciones que conforman este dispositivo, este aún permanece ligado a cada equipo de gestión y se debe reconfirmar ante cada cambio de las personas que ocupan los cargos, lo que dificulta la estabilidad del espacio.

- *Horas disponibles:* Las horas destinadas al dispositivo —cuatro por cada técnica— han resultado una dificultad, puesto que dos de esas horas son destinadas a los espacios de ateneos semanales, por lo que con las dos horas restantes cada psicóloga puede atender a solo dos niños, niñas o adolescentes por semana. Eso hace que el total situaciones abordadas por año no supere las seis. Lo mismo ocurre con la médica, la trabajadora social y la abogada, quienes deben realizar el seguimiento de todas las situaciones atendidas con las dos horas semanales que les restan luego del ateneo. En este sentido, entendemos que existe una brecha entre lo cualitativo, en tanto es un espacio de atención integral sumamente valioso, que tiene repercusiones positivas en la vida de los niños, niñas y adolescentes atendidos, y lo cuantitativo, porque son muy pocas las situaciones que pueden ser abordadas en este espacio y, por lo tanto, no se repercute significativamente en la solución a las demandas de la comunidad. Aún quedan muchas situaciones que no encuentran respuestas ni en los servicios de salud estatales ni en este dispositivo.
- *Recursos disponibles:* Otro desafío ha sido el no contar con recursos materiales destinados a este espacio y esto lleva a tener que solicitar a cada institución los insumos necesarios para el trabajo, lo que no siempre se logra. Se debe tener en cuenta que al trabajar con niños, niñas y adolescentes se requiere siempre contar con otros insumos, ya que el lenguaje, como hemos mencionado, es solo un medio para abordar los contenidos terapéuticos y se necesita en forma permanente reponer los materiales de papelería, juegos, juguetes y otras técnicas, pero no está previsto desde el inicio que las instituciones destinen recursos específicos para el funcionamiento del dispositivo.



## Referencias bibliográficas

- Arredondo, V., y Toro, E. (comps.). *Espejos de infancia: análisis e intervenciones en violencia infantil*. Valparaíso: ONG Paicaibi.
- Baita, S. (2023). *Tratamiento del trauma y la disociación en la infancia. Parte 1. En busca de la seguridad perdida*. Buenos Aires: Cámara Argentina del Libro.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Bravo, C. (2007). La reparación en el trabajo interdisciplinario en los centros de atención integral a víctimas de delitos violentos en la Corporación de Asistencia Judicial de Valparaíso. En Le Roy, M., *Atención a víctimas de delitos violentos. Reflexiones desde la práctica (2001-2007)*. Viña del Mar: Corporación de Asistencia Judicial de la Región de Valparaíso, pp. 53-70.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas. Volver a la vida después de un trauma*. Barcelona: Gedisa.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2007). "Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático". En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (dirs.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad* (pp. 133-141). Barcelona: Elsevier/Masson.
- García, M. (2014). *Cuando los niños hablan... Cómo escuchar, registrar y validar el testimonio de los niños que han sufrido violencia*. Serie Material ASSE N° 4: Valor del testimonio de los niños. Montevideo: ASSE.
- Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Silberg, J. L. (2019). *El niño superviviente: Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (s. f.). *Guía para la atención de niñas y niños de 0 a 3 años en situación de violencia*. Montevideo: SIPIAV.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2023a). *Plan de acción (a 2024)*. Montevideo: SIPIAV.

- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2023b). *Informe de gestión*. Montevideo: SIPIAV.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2021). *Modelo de atención del sipiav*. Montevideo: SIPIAV.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2019). *Proceso de reparación de daño*. Montevideo: SIPIAV.
- Uruguay, Poder Legislativo (2019). Ley n.º 19.747. Modificación del capítulo xi de la Ley 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 3 de junio. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19747-2019>
- Uruguay, Poder Legislativo (2017). Ley n.º 19.580. Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 9 de enero (2018). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Uruguay, Poder Legislativo (1990). Ley n.º 16.137. Aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 9 de noviembre. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16137-1990>



