



# Deconstrucción de las narrativas acerca del abuso sexual en la clínica psicoanalítica a partir de un caso clínico

Trabajo Final de Grado  
Modalidad: Articulación teórico - clínica  
Tutora: *As. Mag. Susana Quagliata*  
Revisora: *Prof. Adj. Mag. Margarita Fraga*

OLIVEIRA CASTAÑO, NATACHA FABIOLA: 4.725.931-1



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

 Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# **Deconstrucción de las narrativas acerca del abuso sexual en la clínica psicoanalítica a partir de un caso clínico**

***Una cosa es verlo de abajo y otra de arriba***

Trabajo Final de Grado - Modalidad: Teórico clínica

Docente Tutora: As. Mag. Susana Quagliata

Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. Margarita Fraga

Montevideo, Abril 2020

Oliveira Castaño, Natacha Fabiola

C. I.: 4.725.931-1

*A mis padres Alejandra y Ricardo, y a mi abuela Orfa, por enseñarme todo acerca del amor y el respeto hacia el otro.*

*A mi madre por su amor incondicional y a mi padre por su apoyo incesante y por siempre haber creído en mí.*

*A mis hermanos Camila y Santiago por haber sido mis primeros amigos.*

*A mis amigos que siempre estuvieron, están y estarán.*

*A mi tutora por su apoyo, dedicación y amor por la profesión.*

*A mi psicóloga por su labor desde la bondad y profesionalismo.*

*A Sophie por su apoyo en este trabajo.*

*A todas aquellas personas que me hicieron crecer y aprender de lo simple e importante.*

# Índice

Resumen .....	5
Introducción .....	6
Presentación del caso clínico .....	7
Capítulo I .....	9
Descripción de las líneas de intervención.....	9
Preguntas y objetivos .....	10
Preguntas.....	10
Objetivos .....	10
Desarrollo .....	11
Rol materno: violencia primaria y secundaria .....	11
Desmentida familiar .....	15
Posición subjetiva .....	16
El cuerpo como vía de expresión del dolor.....	18
Trauma .....	23
Violencia y abuso sexual .....	26
Narrar el abuso sexual .....	29
Capítulo II .....	32
Articulación conceptual.....	32
Transferencia y Contratransferencia .....	32
Alianza y vínculo terapéutico .....	36
Discurso .....	40
Narrativas Terapéuticas .....	43
Consideraciones finales.....	45
Bibliografía.....	49

# Resumen

La siguiente articulación teórico-clínica nace a partir de la inquietud por investigar acerca de la narrativa del sujeto en un contexto de terapia psicoanalítica. Para esta producción teórica se utilizará como metodología de trabajo el estudio de un caso clínico, el cual remite a la experiencia práctica preprofesional de atención psicológica.

La temática planteada será abordada desde un enfoque psicoanalítico, en donde la selección de los conceptos trabajados no parte de una decisión arbitraria, sino que se fundamentan como consecuencia del encuentro con la paciente y la problemática que la misma despliega en consulta.

El trabajo se centra en la deconstrucción del relato del paciente teniendo como objetivo analizar sobre lo que allí se produce. En base a ello, se hace especial hincapié en la problemática del abuso sexual que vivencia y las distintas problemáticas que emergen en el relato. Tales como la importancia del vínculo materno y paterno en la estructuración psíquica del niño y en consecuencia los efectos del abandono materno.

Se reflexiona acerca de las manifestaciones sintomáticas que presenta, entendiendo al cuerpo como una representación no estática, que aparece en consulta como texto del dolor vivenciado.

A su vez, será preciso mostrar el pensamiento de diferentes disciplinas en cuanto al concepto de discurso y narrativas terapéuticas, entendiendo que es a través de la reconstrucción narrada de la historia del sujeto, donde se encuentra la transformación subjetiva del paciente.

Asimismo, el siguiente trabajo se ve atravesado por lineamientos teóricos que hacen a la técnica psicoanalítica, entendiendo necesario abordar los conceptos de transferencia, contratransferencia, alianza y vínculo terapéutico. Por otra parte, se desarrollan otros conceptos fundamentales tales como: trauma, violencia y abuso sexual.

**Palabras clave:** Abuso sexual, discurso, narrativas terapéuticas, dolores en el cuerpo, trauma.

# Introducción

El presente trabajo de articulación teórico-clínica se vincula a la experiencia práctica preprofesional que fue realizada en el contexto de Prácticas del Módulo de Graduación de la Licenciatura de Psicología, cursada en el período de marzo a noviembre del año 2018. En este lapso de tiempo, la práctica fue supervisada por docentes de Facultad de Psicología, Prof. As. Marcelo Novas y As. Mag. Gonzalo Corbo, responsables de la práctica descripta, llevada a cabo en la Policlínica de la Facultad de Psicología ubicada en el Hospital de Clínicas.

Es menester destacar que la producción presente es realizada con posterioridad a la práctica descripta y lo que intenta es aportar herramientas de comprensión a la hora de trabajar en el consultorio con un paciente que atravesó una situación de abuso sexual, vinculando: la técnica psicoanalítica y los diferentes aportes teóricos elaborados con la práctica clínica.

En el transcurso de la licenciatura mi interés se ha puesto en la clínica psicoanalítica, y ello se vio potenciado luego de atravesar la experiencia práctica preprofesional. Por lo que me permitió acercarme al trabajo en la clínica, aportándome conocimientos en cuanto al encuentro con el paciente y a las intervenciones psicológicas. Ello motivó la elaboración teórica presente e invita a los profesionales de la salud mental a reflexionar sobre la importancia del relato del sujeto en la clínica, y lo esencial de la relación terapéutica en el abordaje clínico.

En un primer capítulo se aborda la importancia del vínculo materno y paterno, entendidos estos como proveedores de sostén y cuidados necesarios para el desarrollo integral del niño y lo que implica en la constitución subjetiva del mismo. Por consiguiente, se profundiza acerca de la desmentida del abuso sexual en el núcleo familiar, que actúa como potenciador de la violencia que implica el abuso propiamente dicho.

Posteriormente, se reflexiona acerca del posicionamiento subjetivo de la paciente, atravesada por vivencias traumáticas que actúan como desestructurantes. Se coloca específicamente la situación del abuso sexual como responsable de un cambio subjetivo, en cuanto a que en él es desprovista de subjetividad la persona, siendo reducida como objeto de deseo de un otro.

Para comprender los dolores corporales que presenta la paciente, cuestión que se establece como motivo de derivación al servicio, se ahonda en el concepto de manifestaciones sintomáticas, entendiendo al cuerpo como vía de expresión del dolor. Ello habilita a reflexionar acerca de la condición de la experiencia traumática de dolor sobre la

psiquis y el cuerpo, en tanto se realiza un acercamiento a las conceptualizaciones de trauma y se profundiza sobre el impacto del abuso sexual.

En el segundo capítulo se acerca a conceptos inherentes a la técnica psicoanalítica, como es transferencia y contratransferencia, alianza terapéutica y vínculo terapéutico. Destacando la importancia de estos aspectos como herramientas que favorecen el proceso de construcción y cambio psíquico del paciente. Finalmente, se analizan los conceptos de discurso y narrativas terapéuticas, donde, en este último, se enfatiza el lugar del analista como testigo, ya que en el momento en el que el sujeto analizado demanda una escucha está convocando al analista en el lugar de testigo de su propia historia.

## **Presentación del caso clínico**

A continuación, se tiene por objetivo problematizar y profundizar acerca de lo que despliega la paciente en consulta, sobre el sufrimiento que acarrea a lo largo de su historia de vida.

Se trata de una mujer de 37 años, madre de cuatro hijos, divorciada, laboralmente activa, cuyo nivel educativo alcanzado es primaria completa. Desde la entrevista de recepción, se identifican motivos de consulta referidos a síntomas de angustia, taquicardias, violencia doméstica por parte de su ex pareja y pareja actual, presencia de conflictos en el vínculo con sus hijos. Al momento de la intervención, vive con sus hijos, nieta y yerno.

Transmite vivencias angustiosas, experiencias de abandono, cansancio mental, emocional y físico. La paciente es derivada al servicio de la Facultad de Psicología, debido a que en un momento anterior se realiza estudios por diversas dolencias físicas y obtiene como resultado que cuyas dolencias no se relacionan con ningún motivo orgánico. En la primera consulta, la paciente manifiesta dolores generales en el cuerpo, taquicardias y comenta que hace unos años padece de tendinitis en uno de sus brazos. En este sentido, el motivo de consulta es el siguiente: “Tengo un montón de cosas, hace un tiempo tuve taquicardias y vine a consultar acá al Clínicas, me hice un montón de estudios y me dijeron que no tenía nada, que era angustia. Me dijeron que vaya a psicólogo y, bueno, por eso vine” (entrevista 1).

La familia de origen de la paciente, se constituye por sus padres y seis hermanos. La relación con su madre la presenta como conflictiva. A los 10 años de edad, junto con otro hermano, fueron dados a una de sus hermanas con el fin de que se hiciera cargo de su

crianza. Asimismo, su padre es presentado como una persona con consumo problemático al alcohol.

En relación al vínculo materno, expresa lo siguiente: Yo de mi madre nunca recibí un abrazo, no era cariñosa con nosotros. Con mi madre tengo rencor. Es rara mi madre. Me sentía como el comodín, cuando sirvo, pero después no” (entrevista 1). “Ella ahora tiene cáncer de médula, y los que siempre vamos a verla cuando está internada somos a los que nos dio. [...] Lo que ella tiene no me da angustia, me da más angustia pensar como fue conmigo” (entrevista 4).

En cuanto al vínculo con su padre la paciente expresa: “Mi padre era tomador” (entrevista 1). “Mi padre nos demostraba más cariño, salíamos más. No tengo recuerdos de salir con mi madre, en cambio con mi padre sí. [...] Yo siempre digo que yo amo a mi padre” (entrevista 4). En este caso, la paciente alude a que su padre creyó en ella cuando contó la situación de abuso sexual que vivió.

Con respecto a sus vínculos amorosos, se caracterizan por ser abusivos. Tuvo su primera hija en la adolescencia con un hombre mayor de edad, con quién terminó su relación y no tuvo más contacto, al igual que su hija. Tiempo después establece un segundo vínculo de pareja con el padre de sus otros hijos, del cual actualmente está divorciada. El mismo es presentado por la paciente como alcohólico y violento. En sus palabras: “Él nunca trabajó, era tomador también y era violento” (entrevista 1).

En el momento del servicio está en pareja, con quién convivió en el último tiempo. Sin embargo, dicha convivencia finalizó a raíz de una discusión donde el hombre intentó agredirla físicamente. En sus palabras:

Mi actual pareja también es violento, son todos violentos, no tengo suerte. [...] Es muy rara la relación, no podemos estar juntos, él me quiere, pero me absorbe para él solo. [...] Cuando lo conocí no era así, pero después se empezó como a obsesionar, me pedía que le mandara fotos de cómo iba vestida a trabajar, y yo ando siempre normal, sencilla. [...] A veces me da bronca, no entiendo porqué es así, si yo paso trabajando y en mi casa con mis hijos, no le doy motivo de nada. (Entrevista 1)

En los últimos 10 minutos de la última entrevista, la paciente relata un episodio de violación que sucedió en su adolescencia, este hecho traumático es descrito brevemente por la paciente, manifiesta que fue por parte de sujetos desconocidos, en un lugar público. En sus palabras: “A mí me violaron cuando tenía 17 años, y nunca me creyeron. Hasta el día de hoy nunca me creyeron [...] a los años, me tocó un trabajo cerca de ahí, viste cuando te queda ese miedo, esa sensación, pero lo afronté y seguí trabajando. Yo iba por otra calle, una cosa es verlo de abajo y otra de arriba” (entrevista 4).



Se procuró en estos fragmentos de entrevista hacer mención de los componentes centrales de la historia narrada por la paciente, a destacar.

## Capítulo I

### Descripción de las líneas de intervención

En este apartado se presentan las líneas de intervención que fueron pensándose a medida que se producía el avance del proceso terapéutico. Se debe señalar que la cantidad de consultas de la instancia práctica alcanzaron un total de cuatro entrevistas. Ello no fue algo pautado a priori, sino que por razón de comenzar a trabajar con la misma cerca de la fecha de culminación de la práctica; se estableció un proceso breve de cuatro entrevistas, las cuales fueron tomadas en su totalidad como material práctico de la producción teórica presente.

Las intervenciones dentro del análisis del caso, hacen referencia a las metas clínicas que el psicólogo se encuentra en el desafío de ir construyendo, en base al objetivo del proceso.

Según Muniz (2005) la intervención clínica es “una modalidad de práctica psicológica que favorece cambios en el consultante a partir del uso de una estrategia” (p.18). Ello implica una acción de trabajo frente al sujeto que llega a consulta, que no es planificada de una manera predeterminada, sino que, por el contrario, se va delineando de acuerdo a la información que el sujeto despliega en la clínica y también según los movimientos internos que se vayan produciendo, que observa el psicólogo sobre el paciente.

Este proceso de intervención en la clínica psicológica es posible llevarla a cabo, a partir del establecimiento del encuadre y una escucha clínica activa, en donde se habilita un espacio para poder pensar con un otro, lo cual supone la construcción de interrogantes y promoción de modificaciones en el posicionamiento subjetivo de él/la paciente.

Desde el lugar del paciente, se exhibe una trama que habilita la construcción de su propia historia en el análisis conjunto de su situación, actúa como sostén interno para poder afrontar los diversos conflictos que le atraviesan. Esta base y soporte psíquico creado por el sujeto, Janin (2012) lo entiende como “una red representacional que opere como sostén, como garantía frente a la irrupción pulsional, frente a la insistencia de lo no-representado” (p.54).

Es importante destacar que aquello producido en dicha trama no se remite en develar la historia del sujeto, sino que se trata de proveer un espacio habilitador para que pueda

narrarse en una historia, que es la propia, logrando vislumbrar cuáles son aquellos aspectos ocultos de sí mismo y cómo estos se intrincan en una posición subjetiva que parecería ser distinta a lo que muestra de sí mismo. En tal sentido, se consideró pertinente analizar y abordar aquellos relatos emergentes por parte de la paciente que dan cuenta de su sufrimiento psíquico. Las líneas de intervención que se consideraron como preponderantes y emergentes del proceso fueron las siguientes: sus vínculos familiares (violencia intrafamiliar y violencia doméstica), las angustias asociadas al abandono como trauma infantil, los dolores corporales y el abuso sexual en la adolescencia.

## **Preguntas y objetivos**

### **Preguntas**

- ¿Qué consecuencias psíquicas se juegan en la transmisión materna?
- ¿Cómo influyen los atravesamientos sociales en el abuso sexual?
- ¿Qué función cumple el dolor en la paciente?
- ¿Por qué analizar los discursos y deconstruir la narrativa implícita del sufrimiento?
- ¿Dónde leemos el sufrimiento psíquico del sujeto, si no es en el movimiento del cuerpo y de la voz?

### **Objetivos**

- Analizar las dimensiones que atraviesan el espacio clínico, a partir de la articulación teórico-práctica y la construcción de un caso clínico.
- Describir el impacto del abuso sexual en el psiquismo y en la subjetividad, desde una perspectiva de género.
- Deconstruir el discurso del paciente como indicador del sufrimiento psíquico, a través de su análisis y de la construcción de narrativas, como organizadoras de las intervenciones en la clínica.

## Desarrollo

De acuerdo con las líneas de intervención pensadas en este caso clínico, se considera menester relacionar: las consecuencias de la situación traumática, el abuso sexual (suceso que emergió inesperadamente en el último encuentro y conforma uno de los ejes centrales del trabajo) y los vínculos tempranos de la paciente. Para, de esta manera, analizar cómo ello impacta en el sufrimiento psíquico, entendiendo pertinente historizar y contextualizar los relatos y expresiones entorno a este episodio de abuso.

Al término de la última consulta, narra un episodio de violación sucedido a los 17 años, cometido por sujetos desconocidos en un espacio público, como se comentó anteriormente. Además de la angustia real del abuso sexual propiamente dicho, la paciente manifiesta, desde la vivencia traumática, la experiencia de dolor por el descrédito de la madre al momento de acudir a ella y contarle sobre la situación de abuso a la que ha sido sometida. En sus palabras:

Mi madre es rara, muchas veces había cosas de que si te pasaba algo es porque vos te lo buscaste. Como que dijera que es tu culpa. A mí me violaron cuando tenía 17 años y nunca me creyeron. Hasta el día de hoy nunca me creyeron. Me dijo: "En algo andarías vos, te habrás ido con algún hombre por ahí". [...] Pero yo salía de trabajar, estaba trabajando. A mí nunca me interesó que pensarán de mí, pero mi madre... (Entrevista 4)

### **Rol materno: violencia primaria y secundaria**

Es interesante destacar que a partir del momento en que expresa este dolor convertido en rencor, a raíz de que su madre no le cree, es cuando ella inicia el relato evocativo del abuso sexual. Ello da cuenta de la relevancia que le otorga al lugar de la madre y el peso que tiene para ella el descreimiento acerca de lo sucedido. A razón de esto, resulta necesario traer a colación el concepto del rol materno, con el fin de comprender cuáles han sido los efectos de la interiorización del objeto materno en la constitución de su psiquismo y la interrelación subyacente entre la posición subjetiva y el vínculo primario madre-hija.

Según los aportes de Aulagnier (1977): "La entrada en acción de la psique requiere como condición que al trabajo de la psique del infans se le añada la función de prótesis de la psique de la madre" (p.37). Esta prótesis funciona como el pecho de la madre, en cuanto a la extensión de su propio cuerpo, la autora considera que la unión pecho-boca es una necesidad vital, ya que actúa como dispensador de placer erógeno, necesario para el

funcionamiento psíquico del niño. Al considerar como la primera experiencia de placer el encuentro boca-pecho, el bebé encuentra a la madre como una presencia cuya propiedad es preservar la autorregulación del estado de equilibrio energético del niño. No obstante, toda ruptura de este estado se manifestará en el niño como una experiencia incognoscible, que devendrá en sufrimiento.

El rol materno, se relaciona a que la madre se presenta frente al niño como un yo hablante, ubicándolo al niño como destinatario de un discurso. La producción psíquica de la madre tiene que ver con enunciados mediante el cual le habla al niño y habla del niño. El discurso materno se encuentra como agente responsable del efecto de anticipación impuesto de quién se espera una respuesta y no la puede proporcionar, y se define como **violencia primaria**, es la diferenciación entre el espacio psíquico del bebe y la madre. Se trata de una acción necesaria que contribuye a la futura constitución del yo del niño.

Según García (2005), se entiende como un proceso traumático estructural que sirve para que exista una frustración necesaria, que obligue a constituirse como otro distinto y “esto arma estructura psíquica, establece diferencia, implica pérdidas, pero también potencialidades, motor de búsqueda y de resignificación” (p.3).

En consonancia, Winnicott (1989) define como rol materno llevar a cabo tareas de cuidado para el niño y califica a la madre como “el sostén, la base para lo que gradualmente se coexperiencia del ser” (p.24). A nivel psíquico el sostén actúa como apuntalamiento en cuanto a la integración psíquica para el bebé, de la cual obtendrá los recursos para enfrentarse al mundo. De ahí que el autor asocia al rol materno como ambiente facilitador para el niño que se desarrolla sentando las bases de cuidado, protección y apoyo (citado en López, 2017).

Desde el psicoanálisis, Freud (1895) le adjudica un lugar primordial al rol materno en la constitución del aparato psíquico del sujeto. La relación del sujeto con el otro materno, se entiende por una ligazón prehistórica e hiperintensa, que desde un modo estructural es fundamental debido a que la primera verdad de goce del sujeto, es la de haber sido objeto del deseo materno. Siguiendo en la misma línea, Lacan (1957-1958) desarrolla que el primer significante introducido en la simbolización es el deseo de la madre. Esta madre simbólica suscita en el niño su deseo y esclavitud, ya que se coloca en el lugar de otro primordial para el sujeto. Es mediante esta primera simbolización de la madre que el niño desarrolla un estado afectivo de dependencia en cuánto al deseo materno. El autor introduce allí el significante del Nombre del Padre como portador de una ley que actúa como recurso más allá del deseo de la madre. Plantea que, la metáfora paterna es el principio de separación, donde a raíz de su operación psíquica se constituye un sujeto en falta, deseante y sexuado (citado en Zawady, 2012).

Respecto al vínculo paterno, la paciente presenta a su padre como alcohólico, por lo que se puede pensar que es un padre que no ha podido operar en la interdicción del goce materno para con su hija, quien no logra constituir un deseo del otro para ella, sino que la referencia de ser amada y querida se entrelaza a un padre también fallante. En cuestión de la metáfora paterna Lacan (1957-1958) expresa que: “El padre puede ser muy desnormativizante si él mismo no es normal” (p.173). Se puede pensar que el padre, no ha ocupado el lugar de mediación satisfactoria entre la madre y la hija y según el autor “para que el ser humano pueda establecer una relación natural, es necesario la intervención de un tercero, que sea la imagen de algo logrado, el modelo de una armonía. Hace falta una ley, una cadena, un orden simbólico, la intervención del orden de la palabra, es decir del padre” (Citado en López, 2017, p.116).

A partir de este breve recorrido, se le atribuye al rol materno necesariamente la capacidad de cuidado, protección y soporte psíquico del hijo. Cabe mencionar que estos conceptos a su vez, se ven atravesados necesariamente por imaginarios sociales e ideales socioculturales.

En relación con los efectos del rol materno se representa a la **violencia secundaria** como un “exceso perjudicial y nunca necesario para el yo” (Aulagnier, 1977, p.34). Se trata de una violencia ejercida contra el yo, como aspectos intrusivos del otro, que no benefician la elaboración, sino que, estructuran defensas “rígidas y primitivas”. Según Quagliata (2015): “La violencia secundaria es una forma de violencia que se ejerce contra él, en una suerte de expropiación de derechos” (p.48).

De acuerdo al dolor por el abandono materno, la paciente expresa: “Mi madre nos dio a mi hermano y a mí, a mis hermanas más grandes [...] con mi madre tengo rencor” (entrevista 1). Esto parece confirmar que la paciente no tiene un fuerte registro de afecto por parte de su madre y puede tener que ver con la conflictiva que presenta la paciente con sus hijas mujeres. En sus palabras: “Los varones son tranquilos, con las nenas tengo problemas. [...] Mi madre nunca fue cariñosa con nosotros, a veces tengo ganas de darle un beso a mi hija mayor, pero ella está siempre así a la defensiva que no lo hago”. Posteriormente, se interviene en este sentido: “Tal vez ella también por momentos quisiera que tú le des un beso o un abrazo, ¿por qué pensás que no lo haces?”. A lo que la paciente responde: “Porque le tengo miedo al rechazo” (entrevista 1).

Lo elaborado hasta el momento, supone que la paciente traslada al vínculo con sus hijas la vivencia de abandono por parte de la madre, en cuanto a que parte de la premisa que el otro, y casualmente el otro mujer, va a rechazarla al igual que su madre lo hizo, esto actúa como una fantasía de carácter inconsciente. Según Nasio (2013) “la fantasía es el recuerdo inconsciente, la huella dejada en el inconsciente por un psicotraumatismo infantil” (p.20). Es decir, en la paciente, la emoción actual consciente lo que hace es repetir

una emoción infantil de carácter inconsciente como es el abandono materno. Esto denuncia la afectación subjetiva que produce el abandono y da cuenta que la misma todavía se siente, en algún punto, fuertemente abandonada por su madre. Esto se ve reflejado y afectado en el vínculo con sus hijas.

Para comprender mejor el abandono materno que ha sufrido la paciente, se entiende preciso mostrar lo que expresa: “A veces me voy a la plaza y me pongo a pensar que hago lo mismo que mi madre, porque yo no los veo mucho a mis hijos, paso trabajando. [...] Mucho no los crié, el padre los llevaba a la escuela y al médico porque era el que estaba en casa” (entrevista 1).

Es necesario recalcar que, entre las consecuencias psíquicas de las vivencias traumáticas se establece la repetición, analizando en este caso vemos como la paciente tiende a repetir la conducta de su madre, inconscientemente actúa generando cierto abandono para con sus hijos. Freud (1920) introduce el término compulsión de repetición, que se relaciona a lo reprimido inconsciente, “en la vida anímica existe realmente una compulsión de repetición que se instaura más allá del principio de placer” (p.22), en cuanto a que genera displacer al yo, sacando a la luz operaciones de mociones pulsionales.

Por otro lado, Nasio (2013) propone el concepto de repetición patológica que designa “el retorno compulsivo de un pasado traumático que estalla en comportamientos irreprimibles, repetitivos, liberadores de tensión” (p.21). Se entiende que la causa de la repetición se encuentra fundamentada en la falta de representación simbólica de este suceso traumático, como es el abandono materno, la falta de integración consciente hace que se exprese en actos, como mera situación semejante.

Se puede pensar que, lo que sucede aquí es una fuerte identificación con esta madre abandonada. Esta identificación surge como un proceso inconsciente articulado a la experiencia primaria de elección de objeto. En cuanto a la identificación Freud (1920-1922) define que: “El Yo se ha configurado a semejanza del Otro a quién se toma como modelo. [...] La identificación reemplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta la identificación” (citado en López, 2017, pp.107-108).

Desde estos conceptos, se puede deducir que la angustia de la paciente ante la falta de apoyo y empatía materna nos retrotrae a cómo ha sido el cuidado de su madre y, en parte, contribuye a la angustia generalizada de la paciente. El sentimiento de ausencia se ve potenciado ya que no encuentra en su padre una estructura firme que la provea de contención ante el abandono materno y las sucesivas vivencias de desamparo.

Respecto al vínculo con su madre la paciente expresa: “Yo de mi madre nunca recibí un abrazo, no era cariñosa con nosotros” (entrevista 1). “Ella ahora tiene cáncer de médula, y los que siempre vamos a verla cuando está internada somos a los que nos dio. [...] Lo que ella tiene no me da angustia, me da más angustia pensar como fue conmigo”

(entrevista 4). Lo que estas citas describen es la frustración que la paciente siente por no obtener el amor ni el reconocimiento de su madre. Esto se vería potenciado en el momento que la madre no solo no le cree el episodio de abuso, sino que, a su vez, la sentencia de la siguiente manera: “Mismo mi madre me decía: ‘cómo pudiste estar con otro hombre, si a una mujer le pasara eso, no está nunca más con un hombre’” (entrevista 4).

En este sentido, resulta llamativo la dimensión de la madre materializada en palabras que adquieren en estatuto de sentencia para con su hija. Según el diccionario de la Real Academia Española define el término sentencia por: “Decisión de cualquier controversia o disputa extrajudicial, que da la persona a quien se ha hecho árbitro de ella para que la juzgue o componga”. Estas palabras no solo desautorizan la denuncia de su hija, sino que la culpabilizan a la misma por tal hecho.

A causa de ello, amerita preguntarse: ¿Qué consecuencias psíquicas se juegan en la transmisión materna? Según López (2017) “podría aventurarse una hipótesis referida a cómo el devenir mujer de la hija ‘trae de vuelta’ a la mujer que estaba velada en la madre y la confronta con su ser mujer” (p.104). Esto da cuenta cómo los aspectos transgeneracionales se ponen en juego, y cómo el rol de la madre para esta paciente ha determinado la manera de posicionarse frente a su vida, y al vínculo con sus propios hijos.

## **Desmentida familiar**

Con respecto al punto del descreimiento de la madre, resulta interesante destacar que de la misma manera la hermana también juzga el hecho ocurrido. La paciente expresa: “Hasta mi hermana mayor me dijo: ‘Si es una barra que están ahí siempre, anda a saber, habrás mirado alguno con cara de linda’” (entrevista 4). En definitiva, se puede considerar que aquí estaría operando el mecanismo de defensa de la desmentida en el núcleo familiar, potenciando aún más la violencia que implica el abuso. De este modo, se afirma que la violencia en los vínculos opera en los intercambios de las relaciones familiares. Debido a que cuando desmienten un suceso de este tipo, se colocan, de manera inconsciente, desde un lugar de complicidad con el abusador.

Conforme a lo que dice Segato (2003), somos parte de un sistema patriarcal, el cual funciona como “estructura inconsciente que conduce los afectos y distribuye valores entre los personajes del escenario social” (p.14). Como resultado, a lo largo de la historia se ha desacreditado o cuestionado la palabra de la mujer en torno a la denuncia de violencia sexual. Estos cuestionamientos, que operan como juicios de valor, generan una sentencia social hacia la víctima. En la condición de nuevo acto de violencia sobre el psiquismo, frente a que su familia la culpabiliza por tal hecho, se podría pensar que aquello que se

establece en el contexto familiar, es una defensa narcisista, la cual podría implicar que la paciente se coloque en el lugar que la familia la deposita, como responsable o provocadora del abuso.

Todo esto parece confirmar la exposición a la violencia proveniente del otro a la cual ha estado expuesta en su vida. De acuerdo a que podría implicar para ella, tal como dice Fenieux (2009), "sacar las ligaduras de objeto y volcarlas hacia sí misma como una forma de estructurarse frente a estas angustias de fragmentación" (p.2). Es necesario recalcar que, se está hablando de conductas de carácter autodestructivas, como forma de sadismo hacia ella misma.

Freud (1924) dice que el retorno del sadismo contra la propia persona se presenta regularmente con la vuelta de la pulsión de muerte sobre sí mismo. Lo define como masoquismo secundario, cuando en determinadas circunstancias el sadismo o intento de destrucción, que es volcado al exterior por regresión, es vuelto hacia sí mismo bajo forma de introyección.

Cuando la desmentida se pone en juego, el *yo* del sujeto queda dañado, en cuanto a que es atacada la capacidad del sujeto de reconocer una determinada percepción, de aceptar aquello que le sucedió aportándole un significado de existencia propio al hecho y por ende discriminarlo las sensaciones corporales como propias (Monzón, 1989). Conforme con Pignatellio (2004), entiende que la desmentida multiplica la violencia del abuso, generando un profundo daño y temor a los vínculos, así como también erosiona la configuración de la propia identidad del sujeto (citado en Fenieux, 2009, p.2).

## Posición subjetiva

En el siguiente apartado se considera pertinente abordar la perspectiva de funcionamientos defensivos de la paciente. De acuerdo con lo observado y con lo que se puede reflexionar acerca del rol que adopta frente al mundo, este entorno que, con razón de ello, le resulta tan hostil. De manera tal que, la misma se incorpora a través de la modalidad de un falso *self*, adquiriendo un personaje que le permite defenderse ante las situaciones adversas.

Según Álvarez-Martínez (2014):

La expresión de falso *self* fue introducida por Winnicott (1965) para designar una distorsión de la personalidad que consiste en emprender desde la infancia una existencia ilusoria a fin de proteger mediante una organización defensiva un



verdadero *self*. El falso *self* posee una naturaleza defensiva; su función consiste en ocultar y proteger al verdadero *self*, cualquiera que sea este.

Dicho lo anterior, se puede comprender que, si en su entorno lo único respetado es el hombre, la paciente puede adoptar en sus comportamientos ciertas características masculinizadas, como una defensa y alerta constante que funciona ante la desprotección que vivencia. Esto puede verse en lo que se infiere en la distribución de roles en su familia, ya que se presenta como la persona que trabaja todo el día fuera de su hogar, en contraste con su exmarido, quien toma el rol de cuidar de sus hijos, realizando las tareas de llevarlos a la escuela, al médico, etc.

Algunos de los aspectos de su conducta ponen de manifiesto su movimiento social, siendo una mujer que focaliza su vida en la producción laboral, lo cual pareciera que a nivel social no se permite estar en una posición de carácter pasivo-receptiva según estereotipos de género que otrora definían el rol de la mujer, sino que por lo contrario se coloca desde un lugar activo y de control frente a un otro que representa lo persecutorio.

Acerca de las consecuencias que la analizada presenta en relación al hecho traumático, Ferenczi (1933) entiende que, para el sujeto que es atravesado por una experiencia de abuso sexual “este sentimiento grandioso de control es preferible a encarar la realidad de ser una víctima desamparada” (citado en Abad, 2009). Desde aporte, añadiría que esta actitud de control se enmarca en razón de no volver a vivenciar nunca más, el sentimiento de víctima de la violencia de otros.

En cuanto al relato de la paciente sobre la situación padecida de abuso, la misma manifiesta: “A los años, me tocó un trabajo cerca de ahí, viste cuando te queda ese miedo, esa sensación, pero lo afronté y seguí trabajando. Yo iba por otra calle, una cosa es verlo de abajo y otra de arriba” (entrevista 4). En este fragmento se considera necesario destacar, la referencia a dos perspectivas que como víctima ella lo percibe: “Una cosa es verlo de abajo y otra de arriba”. Esta viñeta basta para ilustrarnos el acto sexual propiamente dicho y parece confirmar la posición “de abajo” como víctima de sometimiento con respecto a la posición “de arriba” del victimario-agresor.

Según Bourdeu (1998):

Encima o debajo, activo o pasivo, estas alternativas paralelas describen el acto sexual como una relación de dominación. Poseer sexualmente, [...] es dominar en el sentido de someter a su poder, pero también engañar, abusar o, como decimos, “tener”. [...] El mismo acto sexual es concebido por el hombre como una forma de dominación, de apropiación, de “posesión”. [...] De igual manera, el acoso sexual no siempre tiene por objetivo la posesión sexual que parece perseguir

exclusivamente. La realidad es que tiende a la posesión sin más, mera afirmación de la dominación en su estado puro.

En cuanto a la diferencia de roles que operan en ese entramado de violencia, Berenstein (2001) afirma que no se podría hablar desde una relación de poder, sino de un exceso de poder de un sujeto hacia otro. De acuerdo a que, las relaciones de poder se caracterizan por la capacidad de algunos para poder dominar las acciones de los otros. En tanto que, si hay demasía de poder por parte de uno de los integrantes, ello hace que el otro no goce de libertad, es por esto que no existe relación, lo que acontece es mera imposición de “deseo y acción de uno” (p.172) hacia un otro que es colocado en lugar de objeto, en cuanto a la situación de abuso es este deseo perverso y desarticulador.

Ahora bien, desde esta posición de “verlo de abajo”, ¿habla del lugar de indefensión ante los sucesos violentos que transcurren en su vida? Se entiende que los sucesos violentos que atraviesa la misma a lo largo de su vida, son situaciones que generaron en ella sentimientos de vulnerabilidad. La condición de vulnerabilidad se relaciona con la dificultad del sujeto a sobreponerse a situaciones, que pueden llegar a provocar respuestas no adaptativas. Desde la perspectiva psicoanalítica, la vulnerabilidad se entiende como la condición del sujeto que atañe a un predominante funcionamiento del inconsciente escindido, que opera, para Zukerfeld y Zonis (2005), dejar “huellas activables, pero no evocables” (p.2). Admitamos que ello depende de la historia singular de cada sujeto, la calidad de vida y de las características de la red de vínculos que actúan como sostén.

Se desea subrayar que el modo en que ha padecido estas situaciones abusivas, conforma la forma de subjetividad en la actualidad, donde en buena medida la paciente se coloca desde un lugar de pasividad con respecto a los otros. Ya sea en el vínculo materno, en el vínculo con sus hijos, en el vínculo con sus parejas, en su lugar de trabajo, etc.

Por ese motivo, el proceso analítico busca vincular situaciones que operan a nivel inconsciente en el sujeto, las cuales dirigen determinadas acciones que se presentan en los comportamientos actuales, con el fin de generar un cambio en la posición subjetiva del sujeto.

## **El cuerpo como vía de expresión del dolor**

El siguiente punto propone reflexionar acerca de las manifestaciones somáticas que presenta la paciente, partiendo de las conceptualizaciones del cuerpo para la teoría psicoanalítica, el cual lo define como algo ligado indefectiblemente a la psiquis. En la primera consulta la paciente manifiesta dolores generales en el cuerpo, taquicardias y

comenta que hace unos años padece de tendinitis en uno de sus brazos. En cuanto al motivo de consulta refiere:

Ah, justo te iba a traer unas pastillas, me olvidé de traerlas, unas pastillas que me dio la doctora, me hice unos análisis porque tengo dolor en todo el cuerpo. Los análisis me dieron bien, me dijo que es todo por nervios, me preguntó si me estaba pasando algo y yo le dije lo mismo de siempre, todo lo que te he contado. (Entrevista 2).

El cuerpo desde la teoría psicoanalítica se entiende como cuerpo pulsional, al cual Freud (1915) le atribuye la erogeneidad de todas las partes. Define la pulsión como una fuerza constante que proviene desde el interior del organismo, a partir de la vida anímica como:

Concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (P.117)

El objeto de la pulsión tiene que ver con aquella fuerza que procura alcanzar una meta, el autor apunta a que no necesariamente debe ser un objeto ajeno, sino que también puede ser y alojarse este destino en el propio cuerpo a través de los síntomas. En cuanto a la meta de la pulsión, Freud (1915) la define como la “satisfacción que solo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión” (p.118). La fuente se relaciona como un proceso somático, interior a un órgano o a alguna parte del cuerpo que es representado en la vida anímica por la pulsión.

La imagen del cuerpo propone pensar en una representación que no es estática, sino que, por el contrario, se estructura en un constante relacionamiento con el mundo exterior, a partir de experiencias provenientes de los actos y el relacionamiento con los otros. A partir de los aportes de Lacan (1972) acerca del “estadio del espejo”, es lo que denomina como el momento en el que el niño llega a la unificación de su cuerpo, a la representación física y mental del yo, lo que solo se obtiene justamente en la identificación con un otro.

Para Le Breton (2002), en el texto *La sociología del cuerpo*, el cuerpo está atravesado y moldeado por el contexto cultural al cual está inmerso, en relación a ello es posible relacionarse con el mundo, transformar el entorno, percibir los acontecimientos, y expresar los sentimientos como también símbolos de identidad. Desde la psicósomática, el dolor se fundamenta sobre una obstrucción en la capacidad psíquica de elaborar las demandas pulsionales del cuerpo. En función de ello es que el conflicto no se compone de una

representación mental, teniendo como resultado la imposibilidad de reprimirlo. Por tanto, el síntoma se encontraría aparentemente carente de sentido.

De manifiesto, resulta pertinente traer a colación el momento en que realizó una intervención (a razón de los dolores corporales que la paciente expresa): “Todo este dolor que venís acumulando hace muchos años, por algún lado sale, podemos pensar que los dolores del cuerpo que tu traes se relacionen con todo esto que te angustia de hace tiempo” (entrevista 4).

El cuerpo de esta paciente se presenta en consulta como texto del dolor, al haber sido protagonista principal y visible de experiencias dolorosas a lo largo de toda su vida. Consideremos ahora que, los episodios traumáticos que se pudieron pensar junto a la paciente (en el corto tiempo de consultas), tales como el abandono materno, la violencia doméstica, las dificultades vinculares y el abuso sexual, acaecen<sup>1</sup> en la paciente como vivencias traumáticas produciendo sufrimiento psíquico. La angustia se encuentra asociada a este cuerpo que adolece y, en cuanto a ello, se podría objetar que en el momento en que la paciente consulta al servicio, este cuerpo se encuentra agotado, con dificultades para seguir sosteniendo toda esta angustia de larga data.

En síntesis, para Benyakar (2016), no es posible establecer una articulación entre el afecto y la representación psíquica del evento traumático. Ocurre aquí lo que se denomina como una falla en la función articuladora, del psiquismo en su capacidad de articular representación y afecto. Este afecto queda desligado del objeto (situación o evento disruptivo) y genera en el sujeto angustias provenientes de la vivencia de vacío. Esta, se entiende por una discontinuidad en el proceso de articulación, donde falla y genera un agujero en el entramado psíquico (Benyakar, 2016).

Estas vivencias de vacío se pueden pensar como las angustias que vive la paciente ante cualquier representación o estímulo que evoque dicho afecto, como por ejemplo el vínculo con su jefe y su próxima muerte a causa de la misma enfermedad que la de su madre. A la vez, se destaca con la ambivalencia que muestra con respecto a la cercana muerte de su madre:

P: Mi hermano está enojado, claro él vive al lado, porque hace diferencia con las hijas de él. Ella crió varios niños, pero a los propios hijos no le daba cariño. A nosotros como hijos, no la siento.

E: Parece que es un dolor bastante viejo, que venís acumulando de hace mucho tiempo.

---

<sup>1</sup> Suceder (producirse un hecho).

P: Sí, hasta ahora es difícil. A mí me encantan los niños, antes estaba lleno de chiquilines mi casa, era la Madre Teresa de los niños, ahora todos crecieron y ninguno va a mi casa. La relación con mi madre es rara, ella me llama y yo digo para qué me llama. Con mis hijos no fue muy cariñosa tampoco.

E: ¿Por qué pensás que la relación con tu madre es rara?

P: No sé, es rara mi madre. Mismo Mario el otro día me dijo, que demuestro más cariño con mis patronos, ahora con lo que le pasa a mi patrón me pone mal, me afecta. Con lo que ella tiene no me da tanta angustia, me da más angustia pensar cómo fue conmigo. Cuando ella cayó enferma yo me venía caminando desde mi trabajo hasta acá, hacía malabares para ella y después ella mejora y no existís. Los que siempre estamos, somos mi hermano, y mi hermana mayor y yo. Mi hermana mayor también tiene rencor con ella, todos tenemos un cierto rencor. Yo veo una persona mal, yo me acerco. Ponele, si vos me llamas y estas mal yo voy a verte. (Entrevista 4)

Desde esta perspectiva, se considera como principal causa del sufrimiento psíquico a las fallas en la función articuladora de los hechos traumáticos y de este resultado la condensación de la vivencia traumática. El sujeto escenifica el acontecimiento una y otra vez, sin poder dar una explicación y sentido al hecho. Quedan registros de memoria conscientes y fragmentados respecto a lo sucedido, en donde no se encuentra la inscripción inconsciente, más allá del afecto desligado de la vivencia dolorosa y en la memoria lo padecido.

Esta angustia desligada de una representación ausente para reprimir deja sus efectos en este cuerpo que grita aquel dolor, que ella no pudo hacer propio en ese momento, por ende, no lo puede mentalizar y tampoco alojar en su pensamiento, sin dolor asociado. Según Benyakar (2016) “son sensaciones puestas en acción, el cuerpo es el productor y receptor de las mismas” (p.114). En el contexto de la cuarta entrevista, momento que relata la situación de abuso vivida, le hago el siguiente señalamiento: “Todo este dolor que venís acumulando hace muchos años por algún lado sale, podemos pensar que los dolores del cuerpo que tu traes se relacionen con todo esto que te angustia de hace tiempo”. La paciente asocia: “Es mi mente, me enferma todo, tengo tantas cosas en mi mente. Dolor acumulado”.

En el marco del proceso, se apunta a que la paciente pueda realizar un trabajo elaborativo, apuntando a resignificar esa angustia tomando un sentido para que pueda lograr ligar desde la memoria. Traducido en un relato cuyo afecto derive en sensaciones y sentidos más tolerables. Al decir de Freud (1926): “La situación de peligro es la situación

de desvalimiento (trauma) discernida, recordada, esperada, y la angustia es la reacción frente al desvalimiento del trauma, que más tarde es reproducida como señal” (p.156).

Con relación a este dolor expresado en su discurso, Nasio (2007) afirma que al dolor corporal no es posible atribuirle ninguna causa orgánica, tiene un origen psíquico generalmente ligado a un conflicto interno pasado, que se expresa a través del cuerpo. Lo define como dolor psicogénico, en cuanto a que el dolor se encuentra como síntoma experimentado en el cuerpo como expresión palpable de un dolor inconsciente. Según este autor (Nasio) el dolor es “el conjunto del proceso ignorado por el sujeto que comenzó por un dolor traumático y culminó con la vivencia actual de una experiencia dolorosa” (2007, p.97).

Se propone a continuación vislumbrar el impacto e incidencia que tiene la vivencia de un episodio de abuso sexual sobre la vida, y el cuerpo de la paciente, donde su cuerpo pasa a ser objeto de deseo de un otro. A partir de ello, nos podríamos preguntar: ¿Qué función cumple el dolor en la paciente?

Procuraremos comprender un poco más la conexión con el propio cuerpo en esta mujer, que parecería no ser reconocido, sino es a través del dolor. En ese sentido, cabe plantearse que, la expresión del dolor en forma física y generalizada, tal como lo ha expresado, relacionados a los sucesos dolorosos y significativos, es lo que trae a consulta a la paciente en cuestión. Le Breton entiende que “el dolor quiebra la unidad vital [...] en efecto, en la vida cotidiana el cuerpo se vuelve invisible, dócil; su densidad se difumina en la ritualidad social y en la incansable repetición de situaciones cercanas unas con otras” (citado en Mejía y Vargas, 2017, p.35).

Relacionaremos ahora, la vivencia temprana de desamparo en cuanto al sufrimiento sintomático de la paciente. Cabe decir antes, que la vivencia de amparo, según Benyakar (2016), “se obtiene a partir de la relación con un medio protector, predecible en su modo, lugar y momento (tiempo y espacio), con alternativas co-metabolizadoras eficaces y suficientes” (p.112). Mientras que, la vivencia de desamparo que expone la paciente, podríamos considerar que no hubo un registro primario e inscripción mnémica del cuidado en general y del cuerpo catectizado por otro. Parecería ser que, no es un cuerpo que haya sido libidinizado, como incorporación del sostén materno.

Hecha esta salvedad, se puede analizar como un cuerpo que ha sido de alguna manera castigado, para Benyakar (2016), “la falla de las funciones a nivel del espacio originario se vincula con un déficit en la contención a través de la función reverie. La manifestación de la falla del medio en el espacio primario afecta a las funciones de holding o sostén” (p.117).

El abuso sexual en ella refuerza la resignificación de la violencia vivida en sus vínculos, lo que también influye en que este hecho se haya arraigado sobre este cuerpo violentado anteriormente. Al decir Bleichmar (2001):

Si la angustia es el elemento más des-simbolizado de todos los afectos, uno podría decir que la psicósomática ocupa el lugar de una transformación de los afectos que no logran ni siquiera devenir angustia. Por lo tanto, no es por angustia inconsciente que alguien hace psicósomática, sino porque no puede psiquizar ese afecto que se deriva al órgano.

Consideremos ahora los dolores corporales que la paciente manifiesta como una imposibilidad del psiquismo de procesar aquello padecido que deviene, lo cual se relaciona a manifestaciones de descargas inconscientes que buscan salir y en consecuencia el psiquismo no encuentra otra vía de descarga que no sea a través del cuerpo.

## Trauma

Si bien se han mencionado aspectos en relación a la teoría del trauma, en el siguiente apartado se busca ahondar sobre las conceptualizaciones teóricas, entendiendo pertinente y enriquecedor realizar un breve recorrido acerca de los aportes de diferentes autores hacia la temática planteada.

La definición de trauma se relaciona con un suceso de la vida de un sujeto, que se compone de una determinada intensidad, a la que se ve incapacitado de responder de una manera adecuada y tranquilizadora, obteniendo como resultado trastornos con efectos duraderos en la organización psíquica del sujeto (Laplanche y Pontalis, 1974).

La teoría traumática ha constituido un tema esencial en el pensamiento psicoanalítico, desde los aportes de Freud en el texto *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), se relaciona a la angustia y al conflicto psíquico como reacción frente a una situación traumática. Entendiendo por situación traumática como aquella consecuencia determinada por el “estado de tensión acumulada y no descargada” (p.77). En este sentido abarca la situación traumática como determinante de la angustia automática en el sujeto. La situación traumática refiere a “una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar” (1926, p.77). Se diferencia de la angustia-señal que es la respuesta del yo frente a la amenaza de una situación traumática, la cual atañe al displacer en general. Para él “el yo desencadena la señal de angustia para evitar verse invadido por la angustia automática que provoca la

situación traumática. Es el pasaje del trauma a la vivencia traumática” (citado en Zonis y Zukerfeld, 2011, p.3).

En este momento se considera importante atender las diferenciaciones que acarrearán, las estructuras distintas de trauma y vivencia traumática. De acuerdo con Pignatiello (2006) el paradigma abocado al evento traumático se centra en una “noción del sentido común” en relación con la intensidad del hecho que daña de manera repentina, obteniendo como resultado la “pérdida de control de las respuestas emocionales y cognitivas” (p.165). Teniendo en cuenta que el evento traumático se sigue viviendo de manera presente a través de pensamientos, sueños y emociones.

En cambio, desde la perspectiva del trauma como realidad psíquica, no solo es consecuencia del impacto de un hecho, sino que se manifiesta como respuesta a determinadas operaciones de carácter subjetivas, transformando así la vivencia en trauma. Dicho lo anterior, este mecanismo se da, o no, dependiendo de la fortaleza estructural que posea el yo para cada situación, y su capacidad de asignarle un significante a lo acontecido. Para Pignatiello (2006) la “respuesta subjetiva que le confiere al hecho el valor de evento que sobrepasa ciertos límites poniendo en riesgo la integridad psíquica” (p.165). Es importante tener en cuenta que este no promueve necesariamente a que se invadan los pensamientos y emociones conscientes, debido a que por efecto de la represión se encuentra desalojado a nivel consciente. Como resultado, en algunas ocasiones, la compulsión a la repetición del trauma.

Desde los aportes de Ferenczi en el texto *Confusión de lenguas entre el adulto y el niño* (1932) el autor recupera el concepto de trauma como una de las causas principales de la patología mental. Plantea como trauma toda situación en la que el adulto no ejerce su función protectora con respecto al niño, “pero la confusión a la que se refiere, explícitamente, es la que se origina entre el niño y el adulto cuando el último confunde la ternura infantil con la pasión sexual. Los hechos se producen así: el niño en evolución pasa por una etapa de amor “objetal pasivo o estadio de ternura” (1932/1984, p.146, citado en Genovés, 2019, p.8).

Desde los aportes de Melanie Klein (1946), quien fue analizada por Ferenczi, no desarrolla escritos abocados específicamente a la teoría del trauma. Sin embargo, plantea una relación dialéctica entre la situación traumática proveniente del mundo externo y su relación con los objetos internos del sujeto. En ese sentido, es que juzga a las experiencias externas como importantes en los efectos o experiencias traumáticas, sin dejar de lado la estrecha relación a como el niño asimila e interpreta estas influencias externas.

Continuando con la temática planteada, se consideran los aportes de Benyakar (2005) en cuanto toma las construcciones freudianas de la primera y segunda tópica del aparato psíquico. En ambas el trauma es planteado como algo externo al sujeto y posteriormente



como algo interno, y las articula, partiendo del postulado que el evento traumático si bien es externo al sujeto proviene del entorno. Por consiguiente, dependerá de la estructura psíquica del sujeto que ese monto afectivo que desborda devenga o no en trauma.

En este sentido realiza una interesante distinción entre lo disruptivo y lo traumático. El autor plantea que no todo hecho disruptivo es por sí mismo traumático, sino que las denomina como situaciones traumatogénicas, es decir, situaciones altamente disruptivas, con una carga emotiva alta, qué pondrán en riesgo a la estructura psíquica del sujeto, pero que dependerá justamente de la fortaleza yoica del sujeto, si deviene en trauma estructuralmente o simplemente como una situación adversa.

La autora Zonis (2016), introduce el término: adversidad, a la teoría de trauma, asociada a lo que se denomina por el evento fáctico de carácter disruptivo, dejando de lado la representación psíquica del mismo. Desde el sentido etimológico este término hace referencia a aquello que se presenta de carácter contrario frente a algo o a alguien, como también incluye connotaciones desfavorables o negativas. Las consecuencias que estos acontecimientos adversos ocasionan en el funcionamiento psíquico del sujeto conforman estas vivencias en el sujeto. No obstante, la articulación entre un afecto y su representación, es lo que le otorga la singularidad al hecho.

La situación estresante es la que deviene o no en trauma, dependiendo de la fortaleza estructural del yo para cada situación, y su capacidad de asignarle un significado a lo acontecido. En caso de no lograrlo, la estructura tambalea, y como mecanismo de defensa, se estructura el trauma. La carga emotiva de la situación queda escindida y a la vez liberada en el psiquismo, como una pulsión que hace descarga a través de el o los síntomas, a la vez que forcluida de la consciencia.

El término forclusión, desarrollado por Lacan, refiere a una escisión, como consecuencia del contenido mnémico, la situación traumática no se olvida, sino que, al no hallar un significante que ofrezca una base de estructuración, se pierde en un vacío, en un salto de la memoria, no pudiendo olvidar aquello que nunca se recordó. En el trauma, la tarea del analista de poder arribar a la cadena de significante es más dificultosa, porque queda la vivencia y el afecto ligado a una experiencia dolorosa, por tanto, la representación lleva al significado y en niveles de profundidad nuestra tarea de interpretación y elaboración podríamos arribar aquello que esta velada para el sujeto y a veces vedado de acceder en palabras a la conciencia y su capacidad de asignarle un significado a lo acontecido.

Es pertinente destacar que, una situación estresante circunscripta en un determinado tiempo y espacio impacta directamente en el psiquismo, teniendo como consecuencia una desorganización del mismo. Sin embargo, gracias a los mecanismos de defensa le permite una reorganización adaptativa frente a los estímulos que no puede procesar. No obstante,

si esa situación se ve sostenida en el tiempo, implica el desarrollo de *distress*, lo cual puede derivar en vivencia traumática.

En cuanto al sentimiento de *distress* se define como un estado marcado por sentimientos subjetivos, que varían en intensidad desde tristeza, inseguridad, confusión, y preocupación, hasta la experiencia de síntomas mucho más severos como por ejemplo ansiedad, depresión, expresión de la cólera/ira, aislamiento social, y pérdida de esperanza. (Moscoso y Knapp, 2010, p.287)

Zonis (2016) destaca el carácter relacional del concepto de trauma, debido a que es imprescindible considerar que para que la desarticulación de sentidos se produzca, se debe pensar desde un entorno de déficit tanto de objeto externo o interno.

## **Violencia y abuso sexual**

A continuación, se exponen algunas nociones acerca del abuso y violencia sexual, teniendo como objetivo aportar diferentes perspectivas. Pese a que, el trabajo expuesto se ve claramente atravesado por la línea teórica psicoanalítica, resulta pertinente aquí abordar determinadas definiciones desde otras perspectivas y disciplinas, así como también de los organismos nacionales e internacionales con el fin de plasmar una noción integral de la temática planteada.

Desde la Organización de las Naciones Unidas se define a la violencia de género como “el uso de la violencia sexista para la subordinación de un género y que produce daño, físico, emocional, económico o sexual” (citado en Bochar, 2017, p.34). Para la Organización Mundial de la Salud la violencia sexual es la siguiente:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (Jewkes et al., 2002)

El Código Penal Uruguayo define al abuso sexual en el Art. 272-BIS de la Ley N.º 9.414:

El que, por medio de la intimidación, presión psicológica, abuso de poder, amenaza, fuerza o cualquier otra circunstancia coercitiva realice un acto de naturaleza sexual contra una persona, del mismo o distinto sexo. [...] La misma pena se aplicará cuando en iguales circunstancias se obligue a una persona a realizar un acto de naturaleza sexual en contra de un tercero.

Lo expuesto hasta aquí, pretende incorporar definiciones que ayudarán a comprender el hecho abusivo desde un carácter global, en cuanto a que, podemos afirmar que no existe ningún evento de esta índole que se dé disociado a los factores sociales que nos atraviesan. Por consiguiente, el peso que esto conlleva para las víctimas de abuso, generalmente contribuye como potenciador de resistencias. Debido a que la reelaboración de una situación de abuso en la clínica, además de todos los conflictos que ello compromete, nos enfrentamos al entorpecimiento de la represión superyoica intrincada por los mandatos socio moralistas y culturales.

Desde la perspectiva de género Segato (2003) se posiciona a partir del mandato de violación, para desarrollar el fenómeno como aquel acto en el cual se manifiesta el uso y abuso del cuerpo del otro sujeto, sin que el mismo intervenga con intención o voluntad comparables. Resulta necesario recalcar que, lo que le sucede a un sujeto que vivencia una experiencia traumatizante desde los aportes de Freud (1893/1899):

Esos pacientes por mí analizados gozaron de salud psíquica hasta el momento en que sobrevino un caso de inconciliabilidad en su vida de representaciones, es decir, hasta que se presentó a su yo una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía. (p.49)

En este caso que analizamos, la situación traumática (abuso sexual) remite a un hecho que refuerza el padecimiento que aún vivencia, un recuerdo que genera un nivel de angustia, de tal manera que el mismo y el afecto no logran unificarse en un registro inconsciente que pueda evocarse a través de una representación. Las fallas en la simbolización obstaculizan el acceso de sentido. Debido a que no llega al campo de la consciencia.

Si bien, atravesar una situación de abuso produce estragos indistintamente a cualquier etapa evolutiva, cabe destacar que la etapa de la niñez y la adolescencia cuentan con aspectos más vulnerables para afrontar dicho suceso. Que el niño sea víctima de abuso sexual, implica que la experiencia sexual desborde y sobrepase los intereses del mundo infantil, que se encuentra con una demanda de sexualidad del adulto violentando directamente la vida del niño provocando efectos sintomáticos, estos pueden ser exacerbación de la sexualidad, cambios en la conducta, dificultades en el rendimiento escolar, entre otros.

Desde el desarrollo evolutivo, “el niño se encuentra confuso entre la inocencia y la culpa, que torna más compleja la posibilidad de su revelación, pues no está seguro de ser una víctima de quien el adulto abuso”. (Aripini, D. Cardoso, A. Dal Ongaro, S. 2012, p. 94).

Cabe destacar que el abuso infantil es más propenso a que sea intrafamiliar, ya que se ve más vulnerable porque el niño deposita cierta confianza en los adultos que conoce y esto se ve como un factor negativo a la hora de que ocurra un episodio de abuso sexual infantil.

En este sentido, se entiende que la experiencia de abuso puede llegar a ser más traumática cuando la persona que infringe es parte del propio núcleo de confianza del niño, según Villanueva (2013) genera “sentimientos contradictorios en cuanto a la confianza, la protección y el apego que se espera y se siente con relación a los propios familiares” (citado en Sánchez, Gutiérrez y Macías, 2019, p.156).

Sobre los efectos del abuso sexual en la psiquis, Rind, Bauserman y Trommovich (1998) abordan que las consecuencias que puede acarrear el hecho sucedido en la primera infancia tienen que ver con

Problemas de alcohol, ansiedad, depresión, disociación, trastornos de alimentación, hostilidad, problemas en la relación con otros, síntomas obsesivo-compulsivos, paranoia, fobias, síntomas psicóticos, problemas de autoestima, problemas relacionados a la sexualidad y ajuste social, somatización, pensamientos y conductas suicidas, malestar generalizado. (Citado en Sánchez, Gutiérrez, Macías, 2019)

Para comprender los efectos que conlleva ser víctima de abuso sexual, en el periodo de la adolescencia, se considera necesario plantear que dicho momento permite la consolidación de la identidad global del sujeto, por tanto, también organiza y consolida la identidad sexual. Cuando un adolescente se ve atravesado por un evento de esta índole, es posible que se manifiesten consecuencias implicadas a la identidad en general y sexual; tales como sentimiento de rabia, culpa, necesidad de evasión, aislamiento, hostilidad, agresividad, etc. A su vez, pueden llegar a adoptar conductas de riesgo, trastornos de conducta, ansiedad, trastornos depresivos, alimenticios, abuso de sustancias e ideación suicida, entre otros.

Según Rodrigues, Brino y Williams (2006), los adolescentes cuentan con dificultades para hablar acerca de la sexualidad con sus padres, eso genera un impedimento a la hora de contar una situación de abuso vivida, ya que no se sienten capaces de conversar acerca de asuntos íntimos en su entorno familiar (citado en Aripini, Cardoso, Dal Ongaro, 2012).

Para Lluís Duch y Joan-Carles Mèlich (2005), la persona transformada en simple objeto durante la agresión constituye una trayectoria individual desechada y borrada; todo aquello que siente, piensa y desea el sujeto asociado a esa corporalidad específica es anulado (citado en Mejía y Vargas, 2017, p.32).

A modo de síntesis, lo que sucede en el abuso sexual tiene que ver con un daño al propio *self* del sujeto, las diferentes consecuencias que ello tenga se relacionan con diferentes factores, tales como, la etapa evolutiva que atraviesa el sujeto en el momento que ocurre el evento disruptivo, la estructura psíquica del sujeto y con ello se relaciona directamente la fortaleza yoica de la persona. A su vez, se debe tener en cuenta el entorno del sujeto, tiene suma importancia a la hora de determinar con que sostén emocional cuenta el paciente, cuestión que no es menor a la hora del abordaje en la atención psicológica.

## **Narrar el abuso sexual**

Desde el trabajo clínico con mujeres que han sufrido violencia sexual, se lo posiciona al lugar del terapeuta como testigo que reescribe la elaboración de una narrativa profundamente traumática. Esta narrativa puede componerse muchas veces de recuerdos que son disociados por la conciencia y que surgen en el relato como escindido de la afectividad y, por lo tanto, vacío de contenido.

En cuanto a ello, es menester mencionar que históricamente las mujeres han sido víctimas silenciadas, por un sistema de dominación. En donde está instaurada una violencia sexual que opera en un lugar de naturalidad para los sujetos, en estos procesos de silenciamiento rige una forma de desmentida colectiva, se expresa la violencia simbólica que ejercen los sistemas de dominación social hacia las mujeres. Amorós (1985) define por violencia simbólica como el producto de una red de pactos tejida entre varones, que los constituye como iguales, o como diferentes en la semejanza, mediante el Logos que les autoriza a hablar y ser escuchados (citado en Fridman, 2007, p.202).

En esta suerte de pacto, que la autora define como *fratría*, excluye a todo aquello que exista como un otro, ubicando a las mujeres en un terreno donde su palabra no está representada desde un lugar de autorización. En este sentido la autora manifiesta que no debe llamar la atención que los relatos de las mujeres abusadas hayan sido desmentidos a lo largo de la historia, potenciando esta forma de violencia antes mencionada, esto obtiene por resultado una influencia determinante a la hora de denunciar el abuso al que son víctimas, situación que no es ajena a la clínica, debido a que auspicia como obstáculo para el proceso de elaboración de la vivencia traumática.

Ricoeur (2004) expone el concepto de memoria impedida, como el trabajo del sujeto de recordar experiencias de carácter traumática, en cuanto a esta memoria que se ve obstaculizada al recuerdo consciente, el sujeto debe realizar un esfuerzo de sumisión de los mismos con el fin de favorecer la rememoración. Allí es dónde se sitúa la intervención de un tercero, destacando el trabajo del psicoanalista en cuanto autoriza, de alguna

manera, al sujeto a recordar, articulado al esfuerzo del sujeto por llevar al lenguaje síntomas, fantasmas, sueños, etc. “Con el fin de reconstruir una cadena mnemónica<sup>2</sup> comprensible y aceptable a sus propios ojos” (2004, p.168). Encaminando la rememoración hacia el relato del sujeto y su estructuración.

Las situaciones traumatogénicas por sí mismas no son posibles de recordar, aparecen en la conciencia de una manera intrusiva, donde tal vez para los sujetos puedan parecer como recuerdos, sin embargo, este relato está desligado de afecto en cuanto a lo que se narra no puede ser representado en la conciencia. Ello genera en el sujeto sensaciones de vacío, que requiere del trabajo analítico para poder transformar las escenas dolorosas y desde allí comenzar a elaborarlas (Tkach et al., 2012).

Es por esto que, desde el trabajo de memoria de las mujeres que han sido violentadas sexualmente, posibilita la capacidad de denunciar con un otro a los sucesos traumáticos que han padecido, actuando como vía de empoderamiento en la propia persona y a su vez, en todas aquellas que aún se encuentran en el lugar del silencio. Fridman (2009) lo expresa como el “rescate de las voces exiliadas” debido a que en el contexto de la clínica se le otorga un lugar propicio para que estos relatos puedan romper una y otra vez con el silenciamiento impuesto, oponiéndose a la violencia que acarrea, con el objetivo de transformar la realidad que antecede. Retomando la teorización de la memoria por Ricoeur (2004) quien postula la idea de que la memoria es principalmente memoria en el cuerpo y la misma “se constituye como el aquí respecto del cual todos los otros lugares están allá”. Se considera que, en el acto de relatar un suceso de abuso sexual, se ve implicado directamente el cuerpo de estas mujeres, un cuerpo que ha sido violentado, fragmentado por un otro.

En este sentido, no podemos obviar al cuerpo como testimonio presente al que el terapeuta debe escuchar e interpretar, ya que se manifiesta frente a la persona del analista cómo el reservorio de información de memoria del suceso. Este cuerpo que es colocado en un lugar de objeto depositario de violencia.

En relación con esta paciente, se destaca la evocación de la situación de abuso sexual en el cuarto encuentro, tiempo bastante breve del proceso, lo cual habilita a pensar que aflora en la misma desde lo catártico, dando cuenta de la necesidad de poner en palabras la situación en la consulta. Teniendo en cuenta que el hecho abusivo sucede hace

---

<sup>2</sup> De esta forma, el fenómeno mnemónico es visto como representación en tanto el recuerdo aparece como “la imagen de lo que antes se vio, oyó, experimentó, aprendió, adquirió; y es en términos de representación como puede formularse el objetivo de la memoria en cuánto ella dice del pasado”.

alrededor de 20 años atrás, se considera importante destacar que el efecto traumático que acarrea es tal que queda enquistado en la psiquis de la paciente, más allá de las estructuras del tiempo. Bleichmar (2006) le atribuye a la vivencia traumática, características de “un cuerpo extraño, que aún mucho tiempo después de la intrusión vivida guarda una “eficacia presente” (p.142).

La función del análisis se profundiza en el modo en el cual se estabiliza temporariamente las teorías que el sujeto realiza, con respecto a las causas históricas de su propio sufrimiento. En este sentido, la autora abarca que aquello que acontece traumático en la historia del sujeto (del orden de lo exógeno), desbalancean los procesos normales del funcionamiento. Produciendo únicamente efectos, que deviene en el relato en el carácter de significativo y no construye significación (Bleichmar, 2006).

En el caso de la analizada se puede pensar que la situación de violencia sexual adviene en el relato con una carga de angustia significativa, develando ese recuerdo no ha sido capaz de inscribirse en la temporalidad de la historia de la persona, sino que se manifiesta escindido de la misma. Desde la situación analítica, se entiende que, al narrar la situación de abuso, el sujeto, de alguna forma, revive aquel hecho traumático en el espacio de consulta. Debido a que en ese momento se ponen en juego los estereotipos relacionales atravesados en el mismo. En cuanto a que, volvería a una escena en donde se encontraría posicionada en un lugar asimétrico con relación al psicólogo o analista, posicionamiento que podría retrotraer a la paciente a ubicarse en un lugar de sometimiento, cual si estuviera atrapada en las relaciones de poder existentes en la situación de abuso.

Según Benyakar (2016) “en la vivencia traumática, la desconfianza podrá surgir del hecho insoslayable y perturbador que el terapeuta no es una persona ajena a la situación, sino que pertenece al mismo mundo que produjo el impacto desestabilizador” (p.256). Es por ello que en el momento que la paciente narra este episodio, el abuso reaparece en ella como una experiencia particularmente lastimosa y humillante, que no le resulta sencillo hablar, la cual debe ser abordada desde la prudencia y cuidado para evitar que nuestro acercamiento sea tomado por la analizada como una nueva intrusión abusiva.

Respecto a los efectos de los procesos de historización que busca el analista se relacionan, según Cabral (2006), a la “recuperación de los significantes reprimidos y en la caída de identificaciones, permitiendo engendrar nuevas versiones del pasado, e inducir a la vez cursos no representativos en la historia por venir” (p.129). Fundados en el objetivo de que el paciente pueda narrar el hecho sin que aflore una angustia significativa, esto no significa que la persona olvide el hecho, ni mucho menos, sino que pueda colocarlo como un acontecimiento de su propia historia que pudo elaborar, superar y seguir adelante con su vida. Esto hace a la cura del sujeto y trae por añadidura la eficacia terapéutica.

# Capítulo II

## Articulación conceptual

En el siguiente capítulo se procura articular con lo trabajado en el espacio clínico y diversos conceptos relacionados con aspectos que hacen a la técnica.

## Transferencia y Contratransferencia

Aquí nos proponemos hacer un recorrido teórico de los diferentes conceptos que convocan a la técnica psicoanalítica, tales como: transferencia, contratransferencia, alianza terapéutica y vínculo terapéutico. Con el objetivo de poder vislumbrar, en cuales fragmentos de las viñetas podemos observar cómo opera la técnica psicoanalítica.

En cuanto al concepto de transferencia, se entiende que ocupa un lugar relevante como elemento técnico psicoanalítico debido a que es la vía principal de tratamiento en el análisis. Es el término que designa Freud para poder definir aquel proceso en donde las fantasías inconscientes del paciente se ven actualizadas en el curso del tratamiento y son exteriorizadas hacia la relación con el psicoanalista, en tanto existe un desplazamiento de afecto de una representación a otra, dirigida especialmente al rol del analista. Según Freud (1905), se trata de “reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis” (p.563).

Freud (1912) considera que la transferencia es como proceso “la más poderosa palanca del éxito, como el medio más potente de la resistencia” (p.99). En este sentido cabe destacar que la transferencia se ve sometida a pruebas a lo largo del análisis de acuerdo a que puede operar tanto en aras de la cura o como una forma de resistencia a la misma.

Se distinguen dos tipos de transferencia: la transferencia negativa que se relaciona con sentimientos hostiles por parte del paciente hacia el analista y la transferencia positiva en el cual emergen sentimientos de carácter amorosos.

Al respecto, según Freud, el fenómeno de amor de transferencia ocurre cuando se desarrolla en la fantasía inconsciente del paciente y el sujeto vuelca sentimientos de amor hacia el analista, quien es colocado en un lugar de enamoramiento en función de la misma. Dicho fenómeno se vincula directamente con las resistencias de la paciente a la cura, debido a que a través de la transferencia el paciente logra de manera inconsciente que el material de cierta manera permanezca inaccesible (Freud, 1911-1913).



Este enamoramiento existía desde mucho antes, pero ahora la resistencia empieza a servirse de él para inhibir la prosecución de la cura, apartar del trabajo todo interés y sumir al médico analista en un penoso desconcierto. “La resistencia como agente provocador, acrecienta el enamoramiento y exagera la buena disposición a la entrega sexual a fin de justificar, invocando los peligros de semejante desenfreno, la acción eficaz de la represión” (Freud, 1911-1913, p.166).

A la transferencia se la vincula directamente con el proceso analítico y Freud plantea cómo debe ser la actuación del profesional en dicho entramado: “El analista jamás tiene derecho a aceptar la ternura que se le ofrece ni a responder por ella” (Freud, 1911-1913, p.166). Con el objetivo principal de la cura psicoanalítica, atañe al analista denegar al paciente la petición de amor que este transfiere. En este sentido, el analista debe aferrarse a la regla de abstinencia, teniendo como resultado no obturar el proceso analítico.

En lo que concierne al trabajo del analista, se debe atender y acompañar el movimiento de la libido en el proceso regresivo, que es alejada de la realidad y alimenta las fantasías del sujeto, y dirigir la misma hacia la conciencia y accesibles para el sujeto. En este sentido, Freud (1915) dice que:

Uno retiene la transferencia de amor, pero la trata como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudará a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo. (P.169)

Laplanche y Pontalis definen el principio de abstinencia de esta manera:

Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que este tiende a imponerle. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración. (1972, p.2)

Se constata durante el breve proceso, que la transferencia es la técnica que utiliza el psicoanálisis para poder trabajar con el paciente, en la medida que se establece entre ambos una relación con determinadas características que atañen a la labor psicoanalítica. Este campo oficia como terreno en el que toma curso la problemática de la cura del paciente, en relación a la escucha y devenir del síntoma, desde lo inconsciente. Lacan (1996) postula que “la transferencia debe ser sólida y mantener la posibilidad de interpretar incluso estos momentos de resistencia y evasión” (citado en Bustos, 2016, p.108).

Es pertinente referenciar aquí, algunos aspectos que ocurren al momento del cierre de la última entrevista (entrevista 4). La paciente luego de narrar el abuso sexual, antes de retirarse me toma la mano con presión diciendo: “¡Ay! hasta me dio frío”, de forma tal que pudiera comprobar su temperatura, lo cual podría pensarse como una forma de buscar la cercanía de un vínculo, a través del contacto de la piel. El movimiento gestual se entiende como un pedido de ayuda y apertura a la confianza depositada en la persona del psicólogo.

Muy probablemente ante el final de la instancia práctica, tal vez se haya logrado una aproximación a lo que sería el núcleo de su vulnerabilidad afectiva, y en base a los aspectos transferenciales ella realiza este acercamiento. En este sentido, resulta interesante plasmar lo que refiere Wittgenstein en cuanto a ello: “Lo que no se puede decir se muestra, es esa manera de mostrar, esa transferencia sin análisis que lanza la pregunta a la búsqueda de una ‘palabra que no está’... pero sin embargo resuena” (Citado en Muñoz, 2012, p.125). Esta apertura al cierre, es un posible indicador de analizabilidad a futuro para la conflictiva y la historia de sus padecimientos.

Asimismo, se entiende necesario abarcar el concepto de contratransferencia, el cual Freud en 1910 menciona sobre las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica, afirma que la contratransferencia se instala en el lugar del analista y se relaciona con los pensamientos inconscientes del analista en función de la influencia del paciente. Considera a la contratransferencia como un obstáculo al proceso de análisis, y con este fundamento exige el trabajo de autoanálisis del terapeuta, de manera ininterrumpida para poder subsanar los inconvenientes de la misma.

A modo de profundizar acerca de este concepto, Racker (1960) entiende que la contratransferencia opera como un aspecto fundamental en la comprensión de los procesos de cambio en el análisis. El autor afirma lo siguiente:

Cada situación transferencial provoca una situación contratransferencial que surge a raíz de la identificación del analista con los objetos del analizando. Estas situaciones contratransferenciales pueden ser reprimidas o bloqueadas efectivamente, pero probablemente no evitadas; en todo caso no deberían ser evitadas a fines de una comprensión total. (1960, p.164)

Asimismo, Heimann (1950) identifica el término contratransferencia como aquel fenómeno que se vincula con los sentimientos del analista hacia su paciente:

Se trata de una relación entre dos personas. Lo que distingue a esta relación de otras no es la presencia de sentimientos en una de las partes, el paciente, y la ausencia en el otro, el analista, sino que sobre todo el grado de los sentimientos

experimentados y el uso que se hace de ellos, siendo estos factores interdependientes. (P.2)

Los autores mencionados le otorgan un lugar principal en el proceso de análisis, realizando una apertura teórica hacia este concepto, en donde no se le atribuyen aspectos negativos, sino que se lo considera como un instrumento sensible que opera como herramienta de gran utilidad en el proceso. En tal sentido, a la hora de pensar la conflictiva de la paciente, y posicionarme frente a la orientación de las intervenciones realizadas, considero apropiado traer a colación algunos aspectos contratransferenciales identificados en mí sobre la escucha de la vivencia traumática del abuso. Fundamentando desde la teoría, para Abad (2009), el psicólogo puede llegar a experimentar el trauma que relata la paciente, de una manera atenuada, así como también sentimientos como pueden ser: consternación, necesidad de protección, rabia, impotencia, hasta llegar a sentirse inhabilitado para pensar, ante el sufrimiento expreso, para luego sí trabajar sobre el motivo de su propia angustia y la de su paciente.

Entiendo que la experiencia preprofesional se vio atravesada por estos sentimientos, de consternación y necesidad de protección, frente a los relatos cargados de angustia. Y es en este sentido donde la contratransferencia opera de manera global en el funcionamiento mental del analista, concretamente tiene que ver con lo que se pone en juego en su persona. Según Schoreder (2015) no solo en cuanto a la respuesta inconsciente frente a lo que la paciente transfiere, sino que también en aspectos del funcionamiento preconsciente-consciente del analista. Estos vaivenes transferenciales permitirían realizar al analista aquellas interpretaciones esclarecedoras y que orienten al proceso de *insight* en la asociación libre.

Asimismo, Shroeder (2015) expresa que el reconocimiento de tales aspectos en la implicación subjetiva y en la escucha (como mujer) frente a la conflictiva de la paciente. La posición del psicólogo y su implicación, comprenden al compromiso existente frente al paciente y su sufrimiento psíquico en el contexto de una situación atravesada por la ética y la empatía. A efectos de pensar esta implicación sería aquel proceso por el cual el analista realiza un proceso instrumental de desubjetivación que le permita ser un analista que ceda paso al estar del analista en situación (Shroeder, 2015).

Este autor también considera que:

Es necesario entender la dimensión institucional de la contratransferencia y del deseo del analista como implicación. [...] Este hecho clínico insoslayable que tiene que ver con lo que se pone en juego del lado del analista no se laudará, reaparecerá una y otra vez en el movimiento psicoanalítico como algo que insiste en cada encuentro analítico". (Schroeder, 2015, pp.164-166)

## Alianza y vínculo terapéutico

A partir de la conceptualización de situación analítica, se entiende por ella como aquel espacio donde se establece una singular relación que involucra al analizado y analista con papeles bien definidos y objetivos planteados. Zetzel (1950), quien realiza un paralelismo con el concepto de alianza terapéutica, considera a la situación analítica en la condición de estable, como aquello que se encuentra ligado con lo real, esto hace referencia a las condiciones del encuadre físico material que refiere a una realidad en el espacio. Etchegoyen (1986) afirma que la alianza terapéutica es el núcleo de la situación analítica. A diferencia del concepto de transferencia, la alianza terapéutica se caracteriza por ser una herramienta técnica, que se vale de un sentido más lógico, se le atribuyen elementos de carácter racional, tales como “trabajo, acuerdo, contrato, pacto”. Y se encuentra facilitado por el no-proceso del encuadre, el cual Bleger (1967) entiende como la variable constante entre lo variado del proceso terapéutico y sus vicisitudes.

A su vez, Sterba (1932) introduce el concepto de alianza terapéutica en el proceso psicoanalítico, a partir de la disociación terapéutica del *yo*, la misma funciona una subdivisión que se encuentra a disposición para colaborar con el analista y la otra no. Esta última se identifica en la expresión del paciente en sus conflictos neuróticos y la otra parte se encuentra al servicio de la identificación del paciente con el analista, en tanto se coloca desde un lugar de observación y comprensión de los conflictos, tal como lo expresa Etchegoyen (1986). De este modo el analista logra una alianza con el paciente, en función de una disociación del *yo*.

Según Zetzel (1956), la disociación en el paciente se refiere a la capacidad del mismo de emplear la parte sana de su *yo* en vincularse o unirse al analista en el cumplimiento de los cometidos terapéuticos (citado en Andrade, 2005, p.13). Zetzel y Meissner (1973) consideran a la alianza terapéutica como “una relación positiva y estable entre el analista y el paciente, relación que les permite llevar a cabo de manera productiva el trabajo del análisis”. Mientras que para Hartley (1985) la alianza terapéutica está inmersa dentro de una relación de carácter real y refiere al vínculo que se establece entre terapeuta, paciente y la “alianza de trabajo”. Esta alianza de trabajo se destaca por la capacidad de ambos protagonistas en trabajar según objetivos propuestos para el tratamiento.

Desde el caso clínico, al finalizar la primera entrevista se explicita este acuerdo de trabajo: “Ya estamos pasadas de hora, creo que has podido hablar de un montón de cosas, que seguramente te estén angustiando, pero estas aquí y este es tu espacio y vamos a poder ir trabajando” (entrevista 1). Aquí se intentó establecer los objetivos de trabajo y a su vez reafirmar el espacio clínico de la paciente, con el fin de brindarle un espacio estable y contenedor para ella. Se entiende que el encuadre y el dispositivo instalan una relación

terapéutica en aras de generar una alianza de trabajo conjunta, cuyo objetivo sea obtener como resultado la posibilidad de co-construir un espacio en donde la paciente llegue a expresar sus angustias de larga data.

Las tareas dentro del proceso terapéutico son aquellas acciones y pensamientos que son desplegadas a lo largo del tratamiento, las cuales se entienden como relevantes para la mejoría del paciente. De este modo, el acuerdo entre las mismas atribuye fundamentos sólidos que aportan a la alianza entre paciente y analista. En este sentido, cuando la paciente habla sobre el rencor hacia su madre, expresa: “Es mi mente, me enferma todo, tengo tantas cosas en mi mente. Dolor acumulado. A veces me voy a la rambla y me pongo llorar, pienso que habré hecho en otra vida para tanto sufrimiento”. Ante este dolor, se le señala: “No tenés porqué seguir con esta angustia, el hablarlo y liberarlo es una manera de sanar” (entrevista 4).

Etchegoyen (1986) señala que “la contribución más importante del analista a la alianza terapéutica proviene de su trabajo diario con el paciente, de la forma en que se comporta frente a él y su material de interés, de su esfuerzo y su compostura” (citado en Zukerfeld, 2001, p.212). Si bien los objetivos para el tratamiento adquieren su justificación a través de los sucesivos encuentros, de igual modo, adquiere consistencia el vínculo en base a la confianza y aceptación, lo cual se considera sustancial para conformar una alianza de carácter efectiva.

Sin embargo, a pesar del valor que se le atribuye al concepto de alianza terapéutica, Bordin (1980) plantea: una alianza positiva no es un factor que actúa por sí solo en la cura, sino que, contribuye como parte de un todo, a la aceptación y seguimiento del trabajo terapéutico. Con motivo de profundizar sobre esta alianza, se entienden pertinentes los aportes de Etchegoyen (1986), quien afirma que la alianza terapéutica se construye en base a las vivencias pasadas del paciente, las cuales operan al servicio de la tarea actual del proceso terapéutico.

Con respecto a la asimetría de roles Etchegoyen afirma que: “No impone supremacía, sino el reconocimiento de la polaridad de los roles, es necesario para desarrollar cualquier tarea y no solo el análisis” (1989, p.235). Este autor diferencia a la alianza terapéutica del concepto de transferencia y reedición infantil, ya que las experiencias previas del paciente brindan información acerca de cómo se desenvuelve el paciente en el presente. No se trata solamente de aquello que acontece en transferencia, sino de una repetición del pasado que perturba la vida presente del sujeto.

Cabe destacar los aportes de Thomas y Kachele (1989) que apuntan hacia el analista, como aquel que no cumple una función especular, sino que se ofrece a sí mismo como pareja de interacción con roles que van cambiando en esa relación a lo largo del proceso. En relación a estos roles, los autores abordan la relación analista-analizado como

asimétrica, prevalece una asimetría que es real y no por ello dificulta el trabajo analítico. En este sentido el momento en que la paciente relata el abuso sexual en su adolescencia, ella demanda algo y ante lo inesperado del relato, se intenta contener esa angustia y apuntar a sus aspectos resilientes, en este sentido se interviene de la siguiente manera: “Sos una persona fuerte, tú misma lo dijiste, afronté el miedo y seguí yendo a trabajar, eso habla de tu fortaleza, pero por otro lado no tenés porqué pasar por todo sola, y aguantar como vos decís. Estas acompañada, ya sea por mí, en la relación con tus hijos” (entrevista 4).

En el contexto de escuchar los efectos de la vivencia traumática del abuso sexual, la relación terapéutica tiene que estar basada cuidadosa y éticamente en el buen trato, puesto que el mismo vínculo establecido con el terapeuta opera como reparador, en la medida en que se ofrece como modelo para mitigar los efectos que conllevan las agresiones sexuales. De acuerdo con Álvarez (2002), para poder ubicar las situaciones traumáticas como experiencias de la propia vida y no disociadas en los síntomas, se necesita un espacio interpersonal seguro, predecible y de un vínculo estrecho, que resista las pruebas de confianza y compromiso impuestas por los pacientes (citado en Ibaceta, 2007).

Desde los aportes de la psicología vincular, por concepto de vínculo terapéutico se entiende a la posición del terapeuta como sujeto portador de subjetividad en el contexto analítico. Se coloca desde un lugar activo y dadas las características de su rol, es inherente a lo acontecido en el encuentro con el analizado.

Respecto al vínculo terapéutico:

Es en la posibilidad de establecer una relación de carácter íntima, una alianza sólida, llegar a ser para el analizando una figura confiable, donde a partir de ese vínculo se hace posible plantear una interpretación que le sea útil al paciente, y a su vez transformadora, es allí donde se constituye el principio fundamental de la psicoterapia. (Alzugaray, 2016, p.28)

A causa de la brevedad del proceso, quizá no sería acertado hablar del establecimiento de un vínculo terapéutico propiamente dicho, no obstante, se destaca en el siguiente fragmento de entrevista, aspectos que tienen que ver con la construcción del mismo, en aras de buscar establecer en la clínica una posibilidad de cambio subjetivo frente al sufrimiento. En relación a ello, se señala lo siguiente: “Estás viniendo acá, que es también una manera de cuidarte, te estás cuidando, estás queriendo sanar. Y es necesario que te cuides, porque si no la angustia sale por otro lado, el cuerpo te pasa factura. Y es momento de sanar estos dolores” (entrevista 4).

Se entendió pertinente devolverle a la paciente una intervención en cuanto a la posición actual que lleva adelante, en la búsqueda de develar y fortalecer sus aspectos favorables en cuanto al cuidado propio. Berenstein (2004) define al concepto de vínculo como “una situación inconsciente que liga a sujetos determinándolos en base a una relación de presencia (opuesta en cierto modo a una relación de ausencia) y que, lógicamente genera diferentes subjetividades” (p.29).

Por tanto, es importante atender estas dimensiones que propone Berenstein (2008):

El vínculo es entonces una zona de encuentro donde la presencia de otro se opone a la ausencia y a la representación ya que el otro se presenta como sujeto con todo su cuerpo y psiquismo. En este contexto de descubrimiento, ambos se construyen generando modificaciones psíquicas en ambos puestos que el encuentro con el otro es recíproco. (Citado en Alzugaray, 2016, p.63)

El vínculo paciente-terapeuta se establece en una relación de presencia, se caracteriza por detener las fantasías inconscientes del paciente ya que ineludiblemente existen, frente a un analista que detiene la fuerza pulsional de la fantasía en base a su presencia. De acuerdo con lo que plantea este autor, traemos este fragmento de entrevista con relación al planteo de cierta problemática en cuanto a los límites con sus hijos:

E: Depende de vos, depende únicamente de vos, de cómo te posicionas frente a los otros. Si tú cedés todo el tiempo, y permitís que el otro haga lo que quiera estás habilitando de alguna manera a que el otro tenga mayor poder sobre vos. ¿Y por qué tú tenés que someterte al otro?

P: Buena pregunta...

E: Estamos pasadas de hora, te propongo que puedas pensar esto que te digo y lo podamos seguir trabajando la siguiente consulta.

P: Ay, tendríamos que tener todo un día. (Entrevista 3)

En este caso, se intenta poder analizar ciertas fantasías de la paciente en su posición frente a los otros, con el objetivo de lograr aclarar algunas razones de su sufrimiento “aquello que se considera como ajeno se nutre de lo desconocido, por lo tanto, no remite a ninguna experiencia previa” (Etchegoyen, 1986). Continuando con esta teoría, el autor desarticula el concepto de transferencia y lo define como constituyente de un vínculo que se compone por dos sujetos de deseo, paciente y analista, con una fuerte marca de ajenidad.

Este aspecto refiere a que en el vínculo terapéutico existe un otro con el que el paciente se va a identificar en cierta medida, y, por otro lado, va a encontrar aquello que le es ajeno. Si no existe o se ofrece un otro distinto con el cual el sujeto pueda

diferenciarse, no será posible que se establezca el vínculo terapéutico. Por lo tanto, una de las características para que se establezca el vínculo terapéutico es que el sujeto encuentre algo del orden de lo desigual con respecto al analista, que se constituye como un otro.

El vínculo terapéutico como relación inter-subjetiva es un espacio a fortalecer y co-construir en presencia del otro (analista) durante el proceso. Al finalizar la última consulta, con el propósito de fortalecer la demanda y continuidad del espacio clínico a futuro, se interviene de la siguiente manera: “Sos una persona fuerte, tú misma lo dijiste, afronté el miedo y seguí yendo a trabajar, eso habla de tu fortaleza, pero por otro lado no tenés porqué pasar por todo sola, y aguantar como vos decís. Estas acompañada, ya sea por mí, en la relación con tus hijos” (entrevista 4).

En esta línea, Barros (2014) entiende que el “dispositivo analítico consiste en la posibilidad de co-construir con el sujeto un continente, transformar el dispositivo en un espacio que pueda albergar estos aspectos terroríficos y metabolizarlos co-creando nuevos bordes y nuevos puentes representacionales” (p.130).

## Discurso

¿Por qué analizar los discursos y deconstruir la narrativa implícita del sufrimiento?, porque únicamente el paciente es portador del saber de sí mismo, que no aún no sabe. Es en el discurso del paciente desde donde el analista se basa para poder comprender las demandas manifiestas y latentes que trae el paciente a la consulta. Junto al trabajo de análisis, deconstruir estos discursos da paso a la construcción de la narrativa del sujeto, cuestión que hace al proceso analítico. Con motivo de pensar las diferentes cuestiones, se considera pertinente comenzar por realizar una breve reseña acerca de los aportes de distintos autores en relación al concepto de discurso.

Desde la problemática discursiva, Michel Foucault (1969a/2005) define discurso, en *La arqueología del saber*, como “un conjunto de enunciados, a los que se les puede asignar modalidades particulares de existencia. El discurso clínico, el discurso de la historia natural, el discurso psiquiátrico y el discurso económico deben, entonces, entenderse en este sentido” (p.181).

Se le adjudica el aspecto material de los enunciados, relacionándolo directamente con la existencia de un carácter efectivo y material. A su vez, Foucault (1969) define la formación discursiva como un conjunto de enunciados, entendido como un sistema de reglas que se cumplen, formando así los conceptos, objetos, modalidades enunciativas y las estrategias presentes en los enunciados. Según el autor, la materialidad del discurso está regido en base a un a priori histórico que le otorga vida al mismo. Son entonces las prácticas discursivas las que crean objetos y sujetos que le otorgan sentido al discurso,



apartando así al sujeto hablante sufriente en relación a la transformación del mismo en sujeto deseante. “Toda secuencia discursiva o discurso concreto existe, por lo tanto, al interior de una red compleja de relaciones de un sistema de formación, sistema donde se constituye la matriz de sentido” (Savio, 2015, p.46).

Desde la perspectiva del sentido del discurso, Pecheux (1990) plantea que “lo que funciona dentro del proceso discursivo es una serie de formaciones imaginarias que designan el lugar que A y B se atribuyen cada uno a sí mismo y al otro, la imagen que se hace de su propio lugar y del lugar del otro” (citado en Savio, 2015, p.46). Es decir, el discurso no significa meramente intercambio de información, por el contrario, se entiende como efecto de sentido entre los interlocutores, lo cual ocurre en consonancia con el funcionamiento social al que están inmersos.

Desde otra posición, Ricoeur (2009) propone pensar el discurso como una “dialéctica de acontecimientos y sentido, de proposiciones y de referente. El referente es la base ontológica para poner en común el mundo de la vida”. Plantea al discurso como un despliegue del lenguaje, a través del cual acontece de la vida y a su vez le otorga sentido a la misma. En esta línea entendemos el discurso del paciente como un acto del lenguaje, acto que es dirigido hacia el analista, el cual se encuentra con el discurso y obtiene como resultado un efecto sobre él. Este acto lleva consigo directamente la necesidad de crear, actualizar un sentido, siendo portador de significaciones. Estos actos que “se escriben, inscriben, desde el cuerpo y por el cuerpo en actos donde se crea” (Casas de Pereda, 1999, p.32).

Según Lacan (1977) “un acto, un verdadero acto, siempre tiene una parte de estructura, de referencia a algo real que no está preso ahí de un modo evidente” (p.61). Noiray et al. (1974) señalan que: “lo que se manifiesta en acto, y el acto supone un sujeto que mediante él se expresa, se refleja y se transforma” (citado en Casas de Pereda, 1999).

El decir del sujeto comprende algo de sí que le es inherente, discurso que se encuentra atravesado por afectos y lazos de carácter consciente e inconsciente del sujeto. Por ende, es allí donde se constituye el objetivo de la escucha del analista, dirigido al sujeto del inconsciente. Cada vez que el sujeto habla, se expresa y actualiza vivencias lo que ejerce allí es la articulación de sentidos. Tanto en el discurso verbal como en el discurso no verbal, se hace presente lo manifiesto y lo latente. En consecuencia, se entiende que, en la imposible articulación entre cuerpo y palabra, es donde reside el sentido a develar por el psicoanálisis. Aquello que emerge a raíz del discurso y de lo que el analizado no es consciente “hace hablar al cuerpo, a la voz y al otro”.

Respecto a la madre, la paciente dice: “Ella ahora tiene cáncer de medula, y los que siempre vamos a verla cuando está internada somos a los que nos dio. Y yo a veces pienso, dejo a mis hijos solos para ir a cuidarla y ella después se va a la casa y nunca se

acuerda de eso” (entrevista 1). La función del psicoanalista, tiene que ver con poder utilizar sus herramientas en función de develar lo que el paciente despliega en su discurso que no puede en ese momento hacerlo propio, por ende, no lo puede simbolizar. Observemos este fragmento y palabras de la paciente: “Mi actual pareja también es violento, son todos violentos, no tengo suerte” (entrevista 1).

Aquí, se propone pensar la relación que existe entre el discurso de la paciente con situaciones que repite y no visualiza su lugar en las relaciones (repetición del trauma), ya que, no elige desde una posición de empoderamiento a sus parejas, sino que, lo menciona como algo deliberado a la suerte. Entendiendo que, es en el discurso verbal donde el sujeto se organiza, toma distancia y desconoce en beneficio de la represión, la cual opera en consonancia con las funciones yoicas del sujeto. Sin embargo, conjuntamente siempre hay algo que no puede no decirse, ya sea a través del hacer o del decir. Donde la realidad del inconsciente descentra siempre el discurso y por esto mismo es posible ser escuchado, según Casas de Pereda (1999).

Como consecuencia de que el acontecimiento traumático no es elaborado a nivel simbólico, no se llega a establecer un recuerdo acabado de este hecho a nivel de la conciencia. Las características del trauma y aquello que no puede ser elaborado como recuerdo, en consecuencia, no es posible ser olvidado. Al decir de Freud (1911-1913, p.151): “No se recuerda algo que nunca pudo ser olvidado”. Lo que para el sujeto no le es posible recordar, se manifiesta en actos. Reproduce el hecho en acciones con la particularidad de que no es consciente de que lo hace. El sujeto, repite todo aquello que tiene que ver con sus “inhibiciones, actitudes inviables y rasgos patológicos” (Freud, 1911-1913, p.153).

El olvido de determinadas experiencias traumáticas, se encuentran a merced de las resistencias del paciente, ejerciendo como fuerzas de equilibrio entre las resistencias, entre el recordar y el actuar del sujeto. Entendiéndose que mientras mayor sea la resistencia, mayor es la sustitución del recordar por el actuar, obteniendo como resultado la repetición. Por ello, el fenómeno de la transferencia ocupa un lugar determinante en relación a la cura del analizado, debido a que, el terapeuta se encuentra con la función de contener al paciente y reducir su compulsión a la repetición. Además de acompañarlo en un nuevo relacionamiento con la enfermedad, esto quiere decir que es necesario que el paciente pueda enfrentarse a lo que recuerda del hecho traumático para poder reelaborarlo. Según Freud (1911-1913), “esta reelaboración de las resistencias [...] es la pieza del trabajo que produce el máximo efecto alterador sobre el paciente y que distingue el tratamiento analítico de todo influjo sugestivo” (p.157).

Contrariamente a Freud, con relación a la repetición, Ferenczi (1992) expone de manera positiva la compulsión de la repetición, debido a que le atribuye la característica

de lo curativo. Considera que es en la repetición donde el hecho traumático va perdiendo la característica de susto, y se vuelve un proceso de elaboración guiado por el trabajo psíquico. Según Miramón (2007):

Aunque el discurso desborda, trasciende la realidad, es la vida la que se coloca por encima de toda posibilidad de ser. Cada modo de estar en el mundo y de experimentarlo es una manifestación del hombre que vive y que utiliza discursos verdaderos para dar respuesta a los acontecimientos que se le presentan día a día. (p.57)

## **Narrativas Terapéuticas**

En este sentido, se entiende pertinente plantear la siguiente interrogante; ¿Dónde leemos el sufrimiento psíquico del sujeto, si no es en el movimiento del cuerpo y de la voz? La construcción de narrativas se considera un elemento sustancial de la intervención psicoanalítica, Mattingly (1998) entiende que:

Las narrativas no solo funcionan como una forma de hablar sino como una forma de estética y moral que subyace a la acción analítica. Esto implica que terapeutas y pacientes no solo dicen historias, a veces crean historias como estructuras a través de sus interacciones. (Citado en Mantilla, 2005)

El trabajo terapéutico convoca a la organización de los relatos de los pacientes, con el fin de orientar la intervención psicoanalítica. En la búsqueda y construcción del relato del paciente es donde se instala el trabajo terapéutico, y es allí donde se atraviesa la búsqueda de la transformación subjetiva del paciente, a través de la reconstrucción narrada de la propia historia del sujeto. Desde el rol de terapeuta, “nuestra escucha debe recaer sobre cómo el sujeto teje su historia, en medio de esos índices, signos, símbolos, que lo constituyen de su relación con los otros” (Casas de Pereda, 1999, p.55).

La construcción de las narrativas parte desde una particular escucha del analista a determinadas palabras que envuelven ciertos significados, el terapeuta da pie al sujeto para poder hilvanarlos y así poder construir un relato. En esta noción de construcción de narrativas en el psicoanálisis, se caracteriza por ir desde el presente hacia el pasado del analizado. El objetivo del analista es la búsqueda de la verdad propia de cada sujeto, pero esa verdad se encuentra con la característica de ser inconsciente para el mismo. La tarea del analista refiere en poder escuchar aquello inconsciente. “Escuchar su palabra, alojar lo que dice, volver sobre sus dichos, e interrogarlos” (Mantilla, 2005, p.10).

En relación con la narrativa que el sujeto relata en consulta, las interpretaciones del analista pretenden develar las determinadas posiciones que el sujeto actúa a lo largo de su vida, donde, en algunas ocasiones, se encuentra padeciendo y como resultado hace síntoma. Desde este punto es que se considera al proceso analítico como responsable de diferentes cambios a nivel subjetivo, se busca que el sujeto pueda implicarse en sus propias angustias, y a partir de ello modificar su posición frente a ellas. A decir de Mantilla (2005):

Las narrativas terapéuticas son producto de lo que Kleiman (1995) llama la transformación personal de la experiencia". Es decir, el proceso mediante el cual los saberes psicoanalíticos transforman la experiencia del paciente en un caso clínico. (P.105)

En cuanto a lo que el paciente relata, dice, comenta, gesticula, se propone pensar al rol del analista como testigo, ya que en el momento que el sujeto analizado demanda una escucha está convocando al analista en el lugar de testigo de su propia historia de vida. La función de testigo para Winnicott (1971) es "el lugar de testigo, por tanto, es el lugar de rendirse a las narrativas que escucha, prescribiendo en ellas una posición subjetiva a la formación del inconsciente" (citado en Gondar y Frichs, 2016). Asimismo, la posición que ocupa el analista no tiene que ver con un lugar de "norma o ley" ni de cualquier expresión de imposición hacia el analizado. Por lo contrario, estos plantean que "funciona como laboratorio de intensidades afectivas que busca la configuración de las mismas" (Frichs, 2016, p.19)

Cuando el analista se encuentra con producciones narrativas de sujetos que han vivido alguna situación traumática, frecuentemente se puede observar que estas se caracterizan por estar fragmentadas, donde el sujeto narra literalmente los hechos, pero de manera confusa. Sin embargo, el analista no debe intentar darle coherencia a las mismas. De otro modo, debe reconocer el discurso del sujeto. Cuando la paciente narra la situación de abuso se le hace la siguiente intervención: "Todo este dolor que venís acumulando hace muchos años, por algún lado sale. No tienes por qué seguir con esta angustia, al hablarlo y liberarlo es una manera de sanar" (entrevista 4). El reconocimiento del discurso tiene que ver con dar crédito al trauma que la persona vivenció y que padece, lo cual traduce en sufrimiento.

Al otorgar validez a las percepciones que el sujeto relata se busca indagar por un nuevo sentido al sufrimiento. Este dolor añejo, surge en lo siguiente y nuevamente respecto a la madre:

P: Ahora ella no trabaja y cría al sobrino nieto, le compra todo, bicicleta, etc. Y a mi hermano y a mí nos duele eso. Al nenito este es como si fuera el hijo, es todo

para él. Mi hermano está enojado, claro él vive al lado, porque hace diferencia con las hijas de él. Ella crió varios niños, pero a los propios hijos no le daba cariño. A nosotros como hijos, no la siento.

E: Parece que es un dolor bastante viejo, que venís acumulando de hace mucho tiempo.

P: Sí, hasta ahora es difícil. A mí me encantan los niños, antes estaba lleno de chiquilines mi casa, era la Madre Teresa de los niños, ahora todos crecieron y ninguno va a mi casa.

No obstante, en la búsqueda de reconocer el discurso del paciente, se entiende que no se debe otorgar tal reconocimiento en un lugar de víctima, de lo contrario en se busca potenciar al sujeto, dando lugar a su padecimiento e inmediatamente apuntalarlo con sus potencialidades a aquello que puede modificar a favor de la atenuación de su padecer.

A continuación de la cuarta entrevista, se le expresa a la paciente lo siguiente: “Sos una persona fuerte, tú misma lo dijiste, afronté el miedo y seguí trabajando, eso habla de tu fortaleza”. Es en este sentido que, “reconocer la singularidad de alguien en esos términos, significa abrir en un presente congelado a las posibilidades del futuro” (Gondar y Frichs, 2016, p.19).

A decir de *Butler* (2006) “significa invocar un devenir, instigar una transformación, exigir un futuro”. Esto tiene que ver con, la noción de espacio potencial dentro de la clínica psicoanalítica, refiere al lugar que el analista no ocupa, sino que sustenta a través otorgarle al analizado un espacio en el cual es habilitado a narrar aquello de lo que en el juego de la dialéctica le es imposible narrar. Allí es donde el analista, según Ferenczi (1928-1992) “sustenta con la capacidad de sentir con”. Lo cual admite reconocer el sufrimiento del paciente, dejando ser sensibilizados por los mismos. Cabe destacar que, esto no refiere a la identificación con el paciente, sino al acompañamiento profesional del mismo.

*El testigo no sería solamente aquel que ve con sus propios ojos... Sería también aquel que no se va, que consigue oír la narración insoportable de otro y que acepta que sus palabras cambien la historia de otro. (Gondar y Frichs, 2016, p.22)*

## Consideraciones finales

El siguiente apartado tiene el propósito de plasmar algunas reflexiones que se formularon sobre el trabajo de articulación teórico-clínica realizado, con la idea de generar aportes que contribuyan a nuestra disciplina. El caso clínico expuesto refleja que la violencia y el abuso sexual ejercido hacia las mujeres es un hecho real y extremadamente

frecuente en nuestra sociedad. Puesto que la masculinidad y virilidad configuran el modelo hegemónico de dominación, el cuerpo de las mujeres es alojado en un lugar de pasividad y debilidad cosificándolo y volviéndolo susceptible de sufrir violencia por la simple condición de ser mujer. Acorde con lo desarrollado, las consecuencias desfavorables que genera atravesar una situación de abuso sexual a nivel emocional, físico y psíquico se ven plasmados en la clínica.

Los dolores psicogénicos, se entienden como síntomas de angustia y sufrimiento psíquico no elaborados, a través de este cuerpo ultrajado y violentado. No obstante, en el relato de las entrevistas se aprecia que el hecho de abuso no es la única razón depositaria de su angustia, sino que, la paciente acarrea a lo largo de su existencia vivencias dolorosas que contribuyen a la razón del sufrimiento que presenta. Desde la dinámica familiar se puede concluir que, al operar el mecanismo de defensa de desmentida frente a la denuncia de abuso de la paciente, reedita el trauma del abandono materno. Las fallas de las figuras parentales, en su función de sostenimiento y estructuración psíquica del niño, generan daños a nivel de la posición subjetiva de la paciente.

La repetición de relaciones abusivas que relata parece confirmar que el registro inconsciente de desprotección en etapas tempranas, la falta de cuidado materno y el acercamiento afectivo hacia su padre con consumo problemático, se puede pensar como causa de la elección de este tipo de relaciones. Donde inconscientemente repite la situación de desvalimiento y desprotección en los vínculos, como una forma de volver a una “escena nociva que no llega a ver y que, sin embargo, le dicta sus acciones y sus elecciones compulsivas” (Nasio, 2013, p.52).

De manera análoga, se considera que la problemática con sus hijos, respecto a la falta de límites, se relaciona con esta posición subjetiva de la paciente, donde parecería que a lo largo de su vida el otro tiene mayor poder frente a ella. Esto da cuenta que, la falta de límites tiene que ver con que ella misma no puede discriminarse de un otro, como consecuencia de la angustia al abandono que está contantemente presente. Todas estas observaciones y reflexiones desarrolladas se relacionan de tal manera que el trauma psíquico nunca es un hecho en concreto. Es una sucesión de eventos y reacciones frente a ello, que produce daño de la estructura psíquica, en la cual se exteriorizan síntomas de diferentes órdenes, en este caso a través del dolor físico. Y lo que se propone es acompañar a la paciente, para que la misma pueda mitigar el exponerse a situaciones que le generen angustia y luego se determinen como estos síntomas corporales.

Desde el psicoanálisis se ofrece la oportunidad de tratar el sufrimiento psíquico del paciente, estudiando las consecuencias de las situaciones traumáticas, así como también comprender la dinámica familiar y la posición subjetiva del paciente. Es necesario, para García (2005), destacar que el tratamiento psicoanalítico es un proceso de creación que

otorga la posibilidad de crear simbolizaciones, tolerando los enigmas, lo desconocido, las carencias y los límites no solo del paciente sino también del analista, produciendo en ese encuentro cambio psíquico (p.14).

Si bien, el caso que nos convoca no se puede determinar como un proceso de carácter psicoanalítico debido al corto plazo de tiempo. Se entiende que el encuentro entre paciente-estudiante estableció determinadas bases y características, destacándose el buen *rapport*, alianza terapéutica y aspectos transferenciales positivos. Asimismo, se sugiere la importancia de que la paciente pueda continuar un proceso psicoterapéutico.

Por otra parte, se destaca de la paciente la buena disposición al proceso, la capacidad de mentalización, y fortaleza yoica de la misma. En este sentido, se propone analizar brevemente, la siguiente expresión de la paciente en referencia a su capacidad de afrontamiento frente a la situación traumática de abuso. La misma hace referencia a pasar por el mismo lugar físico donde ocurre el hecho de abuso sexual: “Lo afronté y seguí trabajando” (entrevista 4), en este sentido se muestran aquí los aspectos resilientes de la paciente en cuanto a la situación desestructurante, dejando ver su fortaleza yoica en cuanto a la capacidad de afrontamiento. Desde la perspectiva psicoanalítica Zukerfeld y Zonis (2011) definen al concepto de resiliencia como: “El desarrollo de un potencial subjetivo que implica funcionar en el estado necesario para la creación de condiciones psíquicas nuevas, que transformen el efecto traumático, con la imprescindible existencia de vínculo intersubjetivos” (p.355). Desde este punto, pensando desde la continuidad de un proceso psicoterapéutico, sería fundamental intervenir en el fortalecimiento de los procesos que permiten la aparición de los aspectos resilientes de la misma.

En última instancia, se destaca la importancia que tiene el discurso del paciente en la clínica. De acuerdo a que, es en base al mismo, que se construye una narrativa donde el sujeto pueda narrar lo vivido y en consecuencia narrarse como sujeto deseante. En este sentido, las narrativas terapéuticas son aquellas que el sujeto se apropia con sentidos diferentes a lo meramente repetitivo, son palabras que historizan el sufrimiento. Y es en base a la deconstrucción de las narrativas que se destaca una herramienta más de análisis, el lugar del analista como testigo, en la función de reconocer el sufrimiento del otro intentando comprender y buscar darle un nuevo significado al dolor del paciente.

El propósito de deconstrucción de la narrativa de la paciente se trató de plasmar una lógica que incluya las consideraciones de la novela familiar, como referente de la posición subjetiva de la misma, abordar el evento traumático exógeno como es el abuso sexual y por último dar cuenta de la posición del analista en transferencia, las intervenciones realizadas y el labor psicoanalítico en dirección a la cura.

A modo de cierre, quiero destacar que en este proceso he reflexionado acerca del impacto de las situaciones traumáticas en el sujeto. Destacando la labor del psicólogo en

cuanto a otorgar un nuevo sentido al dolor, en el cómo pueden ser resignificadas las situaciones traumáticas en la consulta. Esto tiene que ver con construir junto al paciente un vínculo terapéutico favorable, brindar un espacio habilitador donde el sujeto pueda desplegar sus angustias. Se destaca la importancia de ser mirado y escuchado devolviéndole otra forma distinta al dolor padecido, dándole lugar a los hechos y angustias que llegan a la clínica, permitiendo abrir nuevos caminos que construyan nuevas historias menos dolorosas para el sujeto.



## Bibliografía

- Abad, M. (2009). El abuso sexual: Comentario sobre un caso clínico. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, (31).
- Acevedo, N., Vargas, V. (2017). El cuerpo como texto del dolor: cinco relatos de mujeres que han vivido violencia sexual en la ciudad de Medellín. *Ciencias Sociales y Educación*, 6 (11), 23-46.
- Álvarez, M. (2014). El concepto de falso self. Importancia en la clínica psicoanalítica actual. *Revista internacional de psicoanálisis*, (48).
- Alzugaray, A. (2016). *Análisis del concepto vínculo terapéutico y su importancia en la*
- Andrade, N. (2005). *La alianza terapéutica. Clínica y Salud*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- Antillón, A., Gutierrez, O., Macías, L. (2019). Análisis de las narrativas de sujetos traumatizados por abuso. *Avances en Psicología*, 27 (2), 153-165.
- Aripini, D. Cardoso, A. Dal Ongaro, S. (2012). Trauma psíquico e abuso sexual: o olhar de meninas em situacao de vulnerabilidade. *Psicología teoría y práctica*, 14 (2), 88-101.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la Interpretación: Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires-Madrid: Amorrorturu Editores.
- Barros, I. (2014) *Relaciones entre el abuso sexual intrafamiliar —incesto— y el psicoanálisis. Articulaciones clínicas a partir del cine* (Tesis de maestría). Facultad de Psicología Universidad de la República, Montevideo.
- Benitez M., Soubiate, D., Pernicone, E. (2001). *Reportaje a Silvia Bleichmar*. Buenos Aires: Revista de Psicoanálisis con Niños. Recuperado de <http://www.silviableichmar.com/reportajes/FortDa.htm>
- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático. Vicisitudes de un abordaje clínico*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Berenstein, I. (2001). Entrevista a Isidoro Berenstein. *Psicoanálisis APdeBA*, 23 (1), 165-177.
- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1967). *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

- Bleichmar, S. (2006). La deconstrucción del acontecimiento, en Tiempo, Historia y Estructura. Su impacto en el psicoanálisis contemporáneo. Leticia Glocer Fiorini (comp.). Buenos Aires: Lugar Editorial coeditado con APA.
- Bleichmar, S. (2016). Vergüenza, culpa y pudor: relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad. Buenos Aires: Paidós.
- Bochar, J. (2018). Un caso de psicoanálisis con perspectiva de género: El caso de Adriana. *GénEros*, 24 (22).
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. París: Editorial Anagrama.
- Cabral, A. (2006). En la cura analítica, proteger a la historia de la Historia, en Tiempo, Historia y Estructura. Su impacto en el psicoanálisis contemporáneo. Leticia Glocer Fiorini (comp.). Buenos Aires: Lugar Editorial coeditado con APA.
- Casas de Pereda, M. (1999). *En el camino a la simbolización*. Buenos Aires: Paidós.
- Casas de Pereda, M. (2008) *De la práctica. La transferencia y sus efectos*. Montevideo: Revista uruguaya de psicoanálisis. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200810603.pdf>
- clínica: un estudio a partir de la experiencia de psicoterapeutas de formación psicoanalítica y del psicoanálisis vincular* (Tesis de maestría). Facultad de Psicología Universidad de la República, Montevideo.
- Codosero, A. (2010). *La evolución de la teoría traumática en el pensamiento psicoanalítico*. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjXg4\\_10PDnAhV\\_FbkGHWwcBlgQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.apra.org.ar%2Fpdf%2FNoviembre2010%2F\\_Angeles\\_Codosero.pdf&usg=AOvVaw09zKWWpYjkjAe4YPN6DGy](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjXg4_10PDnAhV_FbkGHWwcBlgQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.apra.org.ar%2Fpdf%2FNoviembre2010%2F_Angeles_Codosero.pdf&usg=AOvVaw09zKWWpYjkjAe4YPN6DGy)
- Corbella, S., Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Diario Oficial IMPO. (2019). Código Penal N° 9155. Recuperado de [https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933/272\\_BIS](https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933/272_BIS)
- Duhalde C., Fernández, H., García, F., Hirsch, H., Huerin, V., Lardini, A., Leibovich de Duarte, A., Roussos, A., Rutzstein, G., Torricelli, F., Zukerfeld, R. (2001). Investigación en psicoterapia. *Vertex*, 12 (45).
- Etchegoyen H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Etchevers, M., Giusti, S., Helmich, N., Putrino, N., Garay, C. (2015). *Alianza terapéutica y características del terapeuta: orígenes y controversias actuales*. Buenos Aires: VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Recuperado de <https://www.academica.org/000-015/217.pdf>

- Fenieux, C. (2009). El abuso sexual y la retraumatización a través de la denegación. *Revista GPU*, 5 (2), 230–234.
- Freud, S. (1895). *Proyecto de psicología: En obras completas, vol. I*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976-79.
- Freud, S. (1911-1913). Un caso de paranoia descrito autobiográficamente, trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras: En obras completas vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión: En obras completas vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1922). Más allá del principio de placer Psicología de las masas y análisis del yo: En obras completas vol. VXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia: En obras completas vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1937-1939). *Moisés y la religión monoteísta, esquema del psicoanálisis: En obras completas vol. XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fridman, I. (2007) Poner en palabras lo traumático: Mujeres sobrevivientes de abuso sexual. *Cuestiones de género*, 2 (10), 189-209.
- Genovés, A. (2019). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión (en Psicoanálisis [Tomo IV]). *Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, (62).
- Gondar, J., Frichs, D. (2016). O analista como testemunha. *Psicología USP*, 27 (1), 16-23.
- González, E. A., Montero A. Martínez, V., Leyton C., Luttges, C., Molina T. (2012). Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77 (6), 413–422
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, (31).
- Helmut, T., Horst, K. (1989). *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Herder.
- Ibaceta, F. (2007). Agresión Sexual en la Infancia y Viaje al Futuro: Clínica y Psicoterapia en la Edad Adulta. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 189-198.
- Janin, B. (1999). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 4 (53), 49-56.
- Lacan, J. (1962). *Seminario 9: La identificación (Versión crítica)*. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado de

- <https://es.scribd.com/document/249812135/240950585-Lacan-Seminario-9-Identificacion-Version-Critica-Ricardo-Rodriguez-Ponte>
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- López, M. (2017). *Relación madre-hija: Una perspectiva psicoanalítica ¿Qué consecuencias psíquicas tiene para algunas mujeres la relación con su madre?* (Tesis de maestría en investigación psicoanalítica). Facultad de Ciencias Sociales, Antioquia.
- Mantilla, M. (2005). Narrativas terapéuticas. *Cuadernos de Antropología Social*, (41), 93-108.
- Mendilaharsu, S., De Suaya, G., Fernandez A., Gines. A., Gines, A., Neme, J., Probst, E. (1982). El cuerpo en psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (61).
- Miramón, M. (2013) *Michel Foucault y Paul Ricoeur: dos enfoques del discurso*. La Colmena: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiZxs2gl53nAhX1AtQKHftYB80QFjAAegQIBhAB&url=http%3A%2F%2Fweb.uae.mex.mx%2Fplin%2Fcolmena%2FColmena\\_78%2FAguignon%2F8\\_Michel\\_Foucault\\_Paul\\_Ricoeur.pdf&usg=AOvVaw1MAi2xOVsLc7vxINBHixgg](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiZxs2gl53nAhX1AtQKHftYB80QFjAAegQIBhAB&url=http%3A%2F%2Fweb.uae.mex.mx%2Fplin%2Fcolmena%2FColmena_78%2FAguignon%2F8_Michel_Foucault_Paul_Ricoeur.pdf&usg=AOvVaw1MAi2xOVsLc7vxINBHixgg)
- Monzón, I. (1999). Abuso sexual contra menores: Violencia de la desmentida. *Revista del Ateneo Psicoanalítico*, (2).
- Moscoso, M., Knapp, M. (2010). La necesidad de evaluar distrés emocional en psico-oncología: ¿ciencia o ficción? *Revista de Psicología*, 28 (2), 283-307.
- Muñiz, A. (2005). *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Montevideo: UDELAR.
- Muñoz, P., Leibson, L., Smith, M., Berger, A., Acciardi, M. (2012). Pasaje al acto, acting out y acto analítico. Variaciones de la relación sujeto-otro. *Anuario de Investigaciones*, 19, 123-130.
- Nasio, J. (1990). *El dolor de la histeria*. París: Paidós.
- Nasio, J. (1999). *Como trabaja un Psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. (2007). *La douleur physique*. París: Econobook.
- Nasio, J. (2008). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. (2013). *¿Por qué repetimos siempre los mismos errores?* Buenos Aires: Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). *IV Conferencia Mundial sobre la mujer*. Beijing, Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios*. Recuperado de

- [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3341:2010-sexual-violence-latin-america-caribbean-desk-review&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3341:2010-sexual-violence-latin-america-caribbean-desk-review&Itemid=0&lang=es)
- Pignatiello, A. (2006). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista Venezolana de estudios de la mujer*, 11 (26), 161-168.
- Prado, M. (2014). Modos de intervención desde el psicoanálisis en un servicio de urgencias hospitalario. *Revista de difusión cultural y científica de la Universidad La Salle*, 8 (8), 23-39.
- Quagliata, S. (2014). *Las características del duelo en madres de hijos fallecidos por suicidio* (Tesis de maestría). Facultad de Psicología Universidad de la República, Montevideo.
- Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Ricoeur, P. (2004). *La memoria, la historia, el olvido*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Savio, K. (2015). Aportes de Lacan a una teoría del discurso. *Universidad Pedagógica Nacional*, 42 (6), 43-54.
- Schroeder, D. (2015). La implicación del psicoanalista en la praxis contemporánea. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (121), 152-172.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Tkach, C., Franco A., Gómez, V., Toporosi, S., Calmels, J., Woloski, G., Pucci, M., Germade, A., Raschkovan, I., Santi, G., Peñaloza, N. (2012). Los modos de relatar/contar/narrar el abuso sexual sufrido en la infancia por adolescentes en tratamiento psicoanalítico. *Anuario de Investigaciones*, 19, 281-288.
- Zawady, M. (2012). *La clínica del estrago en la relación madre-hija y la forclusión de lo femenino en la estructura*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Zonis, R. (2016). *Psicosomática hoy, tercera tópica y vulnerabilidad*. Buenos Aires: Revista de psicoanálisis y psicoterapia. Recuperado de [https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/zonis\\_zukerfeld.pdf](https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/zonis_zukerfeld.pdf)
- Zukerfeld, R., Zonis, R. (2011). Vicisitudes traumáticas, vincularidad y desarrollos resilientes: un modelo de investigación. *Revista electrónica de Psicoterapia*, 5 (2), 349-369.
- Zukerfeld, R., Zonis, R. (2016). *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.