



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Articulación teórico-clínica

**Articulaciones Sobre La Clínica Contemporánea Y Sus Complejidades A
Partir De Un Caso Del CRAM.**

Nombre de la estudiante: Marcela de los Santos Feijó

C.I.: 4.221.948-3

Nombre de la Tutora: Prof. Adj. Mag. Irene Barros

Nombre de la Revisora: As. Mag. Victoria Areosa

Fecha de entrega: Febrero 2024

Ciudad: Montevideo

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	3
Contextualización cronológica del proceso.....	7
Presentación del caso.....	8
¿Qué le pasa a la consultante?	9
¿A qué se debe?.....	9
¿Cómo tratarlo?.....	12
¿Cómo la está ayudando el tratamiento?.....	12
Análisis de la implicación.....	13
Sobre la contratransferencia.....	14
Sobre la transferencia.....	15
Desarrollo teórico.....	17
Sobre el cáncer.....	24
El proceso.....	25
Reflexiones Finales.....	30
Referencias bibliográficas.....	33

Resumen

El presente trabajo final de grado de la licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, busca ser una producción de conocimiento empírico, en el formato de articulación teórica clínica que toma un caso entre el período de marzo de 2022 y diciembre de 2023, que comprendió la prácticas del Centro de Referencia Amigable (en adelante CRAM), Clínica, Diversidad y Género y la experiencia obtenida en la Pasantía de Formación y actualización en clínica con subjetividades contemporáneas, Género y Diversidades sexuales.

En ambos períodos se trabajó con el mismo caso. Se analizará cómo los rasgos más neuróticos obsesivos y algunos comportamientos compulsivos de la consultante han sido una constante durante el proceso, siendo de alguna forma el anclaje de los sufrimientos. Y cómo a pesar de los múltiples elementos relacionados con sus vínculos, su estado de salud y su situación laboral (los que podrían considerarse externos, objetivos y graves) que incidieron sobre la consultante, esta logró trabajar sobre sí y desarrollar recursos para alcanzar una mayor flexibilidad que le permita no quedar rehén de dichos rasgos.

Introducción

La elección del caso para este trabajo surge de la peculiar oportunidad, que me permitió dar continuidad a un mismo proceso durante dos años lectivos consecutivos en diferentes dispositivos ofrecidos por el CRAM.

El CRAM surge de un convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y el Ministerio de Desarrollo Social en el año 2014, para brindar atención a personas e instituciones que demanden el servicio por asuntos relacionados a Diversidad sexual y Género, en el marco de actividades de extensión de la Facultad de psicología. Este centro persigue

también el objetivo de producir conocimiento relacionado a la temática que contribuya a la elaboración de políticas públicas.

En dicho contexto se desarrolla la práctica de graduación mencionada anteriormente. La cual brinda a estudiantes de grado la oportunidad de hacer sus primeras experiencias en la clínica, desde un marco teórico que amplía sus representaciones y sensibiliza promoviendo un espacio seguro, dada la revictimización que puede implicar un dispositivo psicoterapéutico que reproduzca las lógicas de exclusión. En este sentido para evitar prácticas iatrogénicas es necesario incorporar elementos teóricos que nos permitan pasar de concebir las diferencias sexuales, a concebir las “diversidades sexuales” (Fernández, 2013). Debe tenerse en cuenta que quienes tomaremos el rol de psicólogxs en la intervención también somos producto del discurso socio histórico en que nos criamos y formamos. Y, como señala Ana María Fernández (2013) cuando se refiere a las modalidades en las conexiones amorosas “Bueno es reconocer que estas prácticas sociales han ido más rápido que las teorías.” (p.20), su trabajo da lugar a visibilizar formas de relacionamiento ya existentes, dado que identifica desconocimiento y prejuicios en las prácticas desde la psicología.

Para profundizar la formación en el área mencionada, el CRAM ofreció en el año 2023 como curso de formación permanente la Pasantía de Formación y actualización en clínica con subjetividades contemporáneas, Género y Diversidades sexuales, dirigida a psicólogxs y/o estudiantes egresadxs de la práctica de graduación brindada por el CRAM. Este recurso formativo tiene la particularidad de que estudiantes avanzadxs de la licenciatura en psicología comparten el curso con egresadxs de dicha licenciatura y supervisan en la misma instancia, se generan allí valiosos espacios de co-visión. Lo que potencia ampliamente la cursada al poder nutrirse lxs participantes de la experiencia colectiva, se logran observar los distintos estilos y el

amplio aporte bibliográfico volcado. El marco teórico de referencia es el psicoanálisis y los abordajes que desde este se hacen sobre las cuestiones de diversidad sexual y género.

Dado que el caso a desarrollar desbordó la temática específica al introducir la complejidad de la complicación del diagnóstico de cáncer, fue necesario complementar con aportes teóricos ajenos a la bibliografía sugerida. Esto me llevó a recorrer bibliografía de otras prácticas de graduación de la Facultad de Psicología, como la relacionada a “Intervenciones en psico oncología” a cargo de Ana Luz Protesoni (2023) y “Escucha y orientación en Oncología” a cargo de Rossana Colman y Sylvia Zapata (2023). Esta situación se dio a partir de que la consultante, frente a la opción de ser abordada desde dicho enfoque prefirió declinar y continuar con el proceso iniciado en el CRAM.

El encuadre fue puesto en tensión, requirió ser revisado dada la necesidad de que fuera flexible en varios sentidos. Se pasó de las consultas presenciales del año anterior a la modalidad virtual. En lo posible se sostuvo un día y horario fijo pero estuvo sujeto a que las condiciones de salud de la consultante le permitieran participar, se dejó siempre abierta la posibilidad de reagendar en caso de ser solicitado. Sobre el final del año 2023 se acordó una frecuencia quincenal para los encuentros, más viable de ser sostenida por ella.

Se buscó promover la asociación libre en la consultante con el objetivo de trabajar con lo inconsciente. Para la transferencia, por mi parte trabajé con la reserva necesaria y se siguió la regla de la abstinencia entendiendo a ésta como:

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 éste tiende a imponerle. (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 3)

Sin dejar de lado aspectos adaptativos y recursos yóicos necesarios para enfrentar el proceso de su tratamiento y evolución de su estado de salud.

Sobre el encuadre interno fueron útiles los conceptos de Schroeder (2010), al considerar la diversidad de los aportes teóricos y los conflictos que surgían al provenir éstos de distintas disciplinas. El trabajo en el propio análisis fue fundamental así como la constante supervisión clínica. Conciliar otros aportes teóricos con el psicoanálisis requirió cierta apertura, fue útil recordar que Freud era de formación Neurólogo y que en su época no contó con los avances tecnológicos que hoy contamos. Lo cual nos plantea el desafío de articular con nueva información disponible.

El material clínico obtenido consta de la transcripción de 21 consultas realizadas por otro equipo de trabajo en el año 2021 (a los que accedí a solicitud de la consultante), 18 consultas del año 2022 y 30 consultas del año 2023 realizadas por mí. Para la presentación del mismo se tomó como orientación la guía de Bleichmar (1998) en el entendido que el éxito de la supervisión estará en gran medida condicionado por la calidad del material presentado.

Disponer de todo ese material escrito, supervisado por la docente y discutido en espacios de co-visión, permite una mirada amplia del proceso en su conjunto. Lo cual dio lugar a observar los movimientos resultantes.

A los efectos de este trabajo se ha realizado un recorte necesariamente arbitrario, pero inevitable; así como la indispensable preservación de la confidencialidad, que impone el enorme desafío de aportar contenido relevante sin que se ponga en riesgo la ética de la profesión. En este sentido es pertinente destacar que se cuenta con el debido consentimiento para el uso del material clínico.

Contextualización Cronológica Del Proceso

El proceso al que se da seguimiento en este trabajo dio inicio en la órbita del CRAM en el año 2020, a solicitud de la usuaria. El motivo de consulta expresado en aquella oportunidad se relacionaba con los conflictos asociados a su orientación sexual, en dicha instancia sólo fue posible realizar unas pocas consultas. El caso fue retomado en el año 2021 por otra dupla de estudiantes, en dicha oportunidad la consultante informa haber recibido un diagnóstico de cáncer de mama y manifiesta la necesidad de sostener el espacio iniciado el año anterior; durante ese mismo año fue intervenida química y quirúrgicamente a causa del cáncer.

A pesar de no ser lo habitual se toma un criterio clínico, en función del cual ante una nueva solicitud al año siguiente (2022) se resuelve asignar nuevamente el caso a otrx estudiante de la nueva generación, es decir a mí, en el que trabajé desde agosto hasta el fin del año lectivo. Durante ese tramo se retomaron los temas planteados previamente.

En el período que trabajó conmigo tomó un lugar central en su relato, el haber transitado el diagnóstico de cáncer, los efectos secundarios de la quimio y las secuelas de la intervención quirúrgica sin reconstrucción de mama. Aspectos relacionados a su situación familiar, vincular y económica también fueron trabajados y se la acompañó durante el proceso de reinserción laboral. Al finalizar el año 2022 se encontraba en pareja, con trabajo y con el cáncer en aparente remisión.

Consideramos los “Determinantes sociales de la salud” propuestos por el Instituto Nacional del Cáncer del sitio oficial del Gobierno de Estados Unidos (s.f.):

Condiciones sociales, económicas y físicas del lugar donde una persona nace, vive, estudia, trabaja, se divierte y envejece, que pueden afectar la salud, el bienestar y la calidad de vida. Los determinantes sociales de la salud son, por ejemplo, el grado de

escolaridad, el ingreso, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud. Estos determinantes tienen efectos importantes en los resultados de salud, en especial, en ciertos grupos de personas... (párr. 1)

En función de dichos determinantes sociales de la salud hay sectores de la población que por superposición de vulnerabilidades están más expuestos a factores de riesgo. Según la misma institución en la sección Desigualdades en la naturaleza del cáncer. (s.f): “Los grupos de la población que enfrentan desigualdades por cáncer incluyen los que se definen según raza u origen étnico, discapacidad, identidad sexual, ubicación geográfica, ingresos, educación, edad, orientación sexual, país de origen u otras características.” (párr. 5)

Para el año 2023 la circunstancias de la consultante habían cambiado mucho, se había separado, ya no tenía trabajo y su estado de salud se afectó por la metástasis. Ante tantos cambios bruscos y teniendo en cuenta lo anterior, volvió a primar el criterio clínico de la docente para resolver sostener el proceso psicoterapéutico. Al estar disponible fue posible que siguiera yo con él, en el marco de la pasantía de Formación Permanente mencionada previamente.

Presentación Del Caso

Para orientar el recorte implicado en esta presentación se tomaron como guía las preguntas propuestas por Varela et al. (2014), está claro que no es el objetivo aquí realizar una formulación psicodinámica del caso ya que no es pertinente, además la misma requiere de información que no es posible agregar en un trabajo como este. De todos modos las preguntas orientadoras han sido tomadas para ordenar la información seleccionada al exponer la situación a ser analizada. El trabajo mencionado sostiene que la presentación del caso refleja conjuntamente aspectos de la teoría y de la práctica, así como el estilo terapéutico puesto en juego. Por lo cual

debe tenerse presente que es un proceso subjetivo. En este sentido los aspectos transferenciales y contratransferenciales serán abordados en otro apartado.

¿Qué Le Pasa A La Consultante?

La consultante es una mujer cis adulta que ve su vida dificultada por el gran sufrimiento que le causan *pensamientos* intrusivos, recurrentes de un contenido que la horroriza aunque asume conscientemente que no sería capaz de llevarlos al acto. Al intentar contener la intensidad de las sensaciones causadas por los mismos, los compartió en distintas instancias con sus parejas del momento, lo que ocasionó que en cada caso fuera rechazada por las mismas. Cuando no está en pareja también tiene pensamientos en bucle que la dejan atada a una idea, generalmente dolorosa, pero de menor intensidad que los *pensamientos* mencionados al inicio del párrafo.

¿A Qué Se Debe?

Nos proponemos analizar qué fue lo disruptivo, que dio paso a lo traumático. Según Moty Benyakar (2016) “disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración.” (p.14), siendo para eso necesario conocer el evento externo, cómo impacta este en el psiquismo y el modo en que se articulan dichos elementos en el sujeto.

En un texto anterior, Moty Benyakar (2006) señala que los sucesos psíquicos derivados del evento disruptivo con efecto traumático implican que “el afuera no solo no ampara sino que cobra significación por su capacidad lesiva” (p. 19).

A priori no se evidencia un evento detonante y/o catastrófico que la consultante pueda identificar como disruptivo, pero en su narrativa se destaca un punto de inflexión en su autopercepción y lo establece a los nueve años indicando como elemento relevante a esa edad la separación de sus padres.

Surge del material clínico la interpretación de que lo disruptivo no fue la separación en sí, sino el desamparo frente a una madre depresiva y el desvalimiento frente a múltiples formas de violencia. Veremos más adelante cómo esta vivencia de desamparo y desvalimiento se reedita frente al equipo médico tratante.

Nos resulta útil el aporte de Käs (1984) sobre apuntalamiento, término que trae implícita la idea de sostén, apoyo, guía para dar forma. Esta función recae en nuestra sociedad sobre la madre que cría. Dadas las características del vínculo, la madre comenzó a ser percibida como una amenaza a la integridad, expulsándola (a ella y a sus hermanos) del hogar en múltiples ocasiones, como único recurso para la puesta de límites. Se puede ver cómo esa figura materna no solo, no logró ser sostén de su hija en ese proceso de separación de los padres, sino que además se configuró en una fuente de múltiples violencias, a las que se sumaron luego las que fueron surgiendo con relación a su orientación sexual.

Se observa en los relatos sobre las actitudes de la madre el peso de lo que Rich (1996) expresa como “heterosexualidad obligatoria”. La autora analiza el hecho de cómo la “existencia lesbiana” es percibida socialmente en un espectro de nociones que van desde la desviación hasta la aberración. En la consultante esto opera con el efecto de que se perciba a sí misma como enferma al confrontarse con su deseo. La autora profundiza este aspecto haciendo notar que esta existencia es negada en ocasiones hasta en la literatura feminista.

Este aporte teórico resulta muy rico para pensar este caso, dado que nos permite observar el antecedente histórico de la pena de muerte para las lesbianas y ver cómo este mandato social fue actuado por la madre proponiendo una muerte simbólica para su hija: “estás muerta para mí”, al tomar conocimiento sobre la relación homosexual de esta.

Adriene Rich en el mismo texto menciona el fenómeno de “las formas ocultas de socialización y las presiones que abiertamente han canalizado a las mujeres hacia el matrimonio y el amor heterosexual” (p. 24), acción que es evidenciada de una forma muy explícita cuando la madre invitó a pasar al cuarto de la consultante (en su adolescencia) a un muchacho sin el consentimiento de esta, con la intención de promover un vínculo amoroso, exponiendo a su hija a una situación de riesgo y a la experiencia de desamparo.

La autora también aborda las características del poder masculino reflejadas en el “mensaje subliminal de que la heterosexualidad sádica es más <<normal>> que la sensualidad entre mujeres” (p. 25), de las cuales hay reiteradas manifestaciones en este caso, evidenciadas en las repetidas referencias a la violencia de género sufrida por la madre.

Surgen múltiples ocasiones en las que la consultante se identifica con comportamientos de su madre, por medio del apuntalamiento antes mencionado se fue conformando una visión del mundo y de sí, que la carga con el peso de la “heterosexualidad obligatoria” a la que hacíamos referencia. Lo observamos en las dificultades para asumir su elección de objeto frente a la familia y frente a la sociedad, también al expresar que se ha sentido limitada para salir a la calle de la mano de su pareja por miedo a la condena social; y al llevar a su pareja a un evento familiar les incomodó expresar el tipo de vínculo que sostenían; ante la necesidad de hablar con un vecino manifestó miedo a ser juzgada por su orientación sexual. Y especialmente en la necesidad inconsciente de ejecutar el “castigo” sobre sí misma, que según identificó en el espacio terapéutico se expresa en forma de los *pensamientos* que la atormentan.

Quedó internalizada la prohibición frente a su orientación sexual, conflicto que tendrá una segunda etapa cuando en la vida adulta logró expresar con su pareja lesbiana de ese momento, su curiosidad por como sería un vínculo sexual con un hombre. Su pareja reaccionó

con rechazo, emulando sin saberlo el comportamiento de la madre de la consultante cuando esta descubrió el vínculo amoroso de su hija con otra mujer. Respuesta que la censuró, condenó y puso en riesgo de desamparo, ya que vivía en casa de su pareja, en un país donde no tenía a nadie más. Ante esta reacción sus fantasías eróticas heterosexuales pronto se desplazaron hacia un objeto tabú, constituyéndose en algo irrealizable por el yo.

Podría leerse como el compromiso entre la demanda pulsional y la prohibición superyoica, resultando en el síntoma: estos *pensamientos* intrusivos en los que quedó atrapada-horrorizada por cuestionarse si le causan placer. Llegamos aquí al conflicto que hemos identificado como motivo de consulta latente.

¿Cómo tratarlo?

Como estrategia para su abordaje, el CRAM propuso llevar adelante un proceso psicoterapéutico el cual la consultante sostuvo, y consensuó continuar a pesar de las reiteradas interrupciones y cambios de pasante producto de las características del dispositivo, que trabaja sujeto al año lectivo. Adaptándonos ambas partes a los períodos de atención a distancia y/o presencial. Sostuvo por su parte simultáneamente este espacio junto con los tratamientos para el cáncer. Logró abordar los temas que consideró necesarios para la elaboración de sus conflictos a pesar de lo difícil que esto resultó en ocasiones.

¿Cómo la está ayudando el tratamiento?

Trabajó en la identificación de los déficits y valoró los recursos que ha ido logrando desarrollar. El acotado tiempo de trabajo en el año fue fuente de ansiedad e indujo un movimiento defensivo. Pero a su vez y a pesar de ello, el espacio fue valorado, haciendo que la consultante aceptara las características del dispositivo, adaptándose y comprometiéndose a trabajar aprovechando el espacio.

Análisis De La Implicación

Para dar cuenta de la implicación desde la que apporto mi experiencia en el presente trabajo, se hace necesario mencionar algunos atravesamientos que sin definirme me constituyen.

Ardoino (1997) sostiene que la implicación es un fenómeno que se padece y no es voluntaria, la llama inconsciente y la describe como aquello por lo que nos sentimos adheridos a algo. Desde esta perspectiva dar cuenta de la misma requiere un trabajo de observación sobre nosotros mismos que nos sitúa.

Es así que me enuncio como mujer cis, nacida en dictadura y criada en el exilio. Heterosexual y madre. Proveniente de clase trabajadora, formando parte de la primera generación en mi familia en completar (con este TFG) estudios universitarios. Transité la licenciatura siendo madre soltera, jefa de hogar y con baja visión en ambos ojos. Cuando tomé el caso acababa de recibir un trasplante de córnea que me devolvió la visión en el ojo operado, lo que me hizo redimensionar los sentidos que doy a la vida, a la muerte y a las segundas oportunidades.

Actualmente con casi 50 años me interpelan a nivel de implicación los planteos de Débora Tajer (2022) sobre una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial (p. 8 y 9), requiriendo una revisión constante de los paradigmas.

Otro mojón a destacar en la implicación es mi pasaje como pasante por el CRAM, como dice Tajer “Mi intención política inclusiva está muy lejos de crear una nueva gramática” (p.10), resultando en que la experiencia formativa ha instalado en mi una cierta incomodidad al generalizar, que no se resuelve con “los” “las” ni “les”, por lo que me apropio de la solución de la autora que usa la X, por incluir la diversidad genérica, permitiendo que quien lea signifique la palabra sin alterar mayormente la forma de escribirla.

Sobre la Contratransferencia

Por otro lado, el dispositivo CRAM es a su vez educativo. Desde ese lugar también requiere, para quien ocupa el lugar de estudiante, aprender a lidiar en el proceso con los tiempos del año lectivo; con las ansiedades por la incertidumbre de cómo será el trabajo con lxs consultantes, así como con la frustración de las cancelaciones. Requiere aprender a observar la transferencia y contratransferencia y a trabajar con ellas; a relacionar lo sucedido en la clínica con los aportes teóricos propuestos; a incorporar la supervisión y la co-visión como herramientas para el análisis de los casos. Confronta a lxs estudiantes con sus fantasías y temores para que desarrollen en el camino sus fortalezas.

El trabajo en mi propio espacio terapéutico, sostenido durante todo el proceso, junto a la constante supervisión y el análisis exhaustivo sobre las intervenciones que yo realizaba, dieron el marco para el trabajo en condiciones reales. Dado que lxs psicólogxs nunca estarán exentxs de tener en su propia historia sucesos que tengan puntos de contacto con los relatos de su consultante.

En la observación de la contratransferencia, realizada en mi propio análisis, se trabajó con atención a mis pensamientos en la consulta (con la consultante), si eran sobre ella o sobre mi, y si en dicho espacio estos producían alguna emoción en mi. Esta fue mi primera experiencia en el rol de psicóloga, en la cual logré poner en práctica los conceptos de atención flotante y abstinencia.

Aulagnier (2003) nos recuerda que:

Al contrario del médico, no tenemos la posibilidad de recurrir a un «buen medicamento» que pudiera reforzar las defensas «inmunológicas» del yo; sólo le

podemos prescribir un itinerario que le permita modificar los términos del conflicto.

Itinerario, es cierto, que correrá parejo al conocimiento que el sujeto pueda adquirir sobre el enigma de las formas y del rostro que para él cobra el deseo. (p. 20)

Solo la consultante sabe de su historia (que no es la nuestra) y de su sentir sobre ella, aunque no disponga de claridad sobre esta. Nuestra tarea es acompañar el trabajo en el que ella se permite recorrerla y descubrirse, en el sentido de quién encuentra algo que consideraba desconocido y en el sentido de dejar algo al descubierto, quitar lo que lo cubría.

Sobre La Transferencia

¿Qué son las trasferencias? Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse concientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico” (Freud, 1905/1992b, p. 101)

A continuación se detallan algunos de los pasajes elegidos para dar cuenta de la transferencia:

La consultante resaltó con frecuencia que: “cuando era niña le contaba todo a mi madre”; esto cambió a los 9 años de edad cuando al dificultarse dicho vínculo, la madre pasó a ser percibida como una persona que censura, juzga y castiga por lo cual dejó de ser alguien con quién pudiera compartir lo que le pasaba. El espacio terapéutico cobra ese lugar donde puede expresarse sin temor a ser juzgada, sin esperar esa respuesta hostil que surgía al hablar con la madre. En otro pasaje, al hablar sobre su dificultad para tomar decisiones la invité a pensar en buenas decisiones que hubiera tomado en su vida. A lo cual respondió: que una era haber salido

de la casa de su madre y la otra era haber iniciado la terapia. Ambos elementos así enunciados, uno a continuación del otro, me hacen pensar en cómo dio al espacio terapéutico el lugar de la madre buena de la infancia a la que le contaba todo, en quién podía confiar, quedando disociada de la madre persecutoria.

Me parece también significativo a nivel de transferencia el reclamo que me realizó en cuanto a que yo a diferencia de la dupla anterior no la tranquilizaba diciendo que sus *pensamientos* no la definían, a lo que agregó que entendía que tal vez yo podría pensar que ese no era mi trabajo. También explicitó la demanda de que necesitaba que los profesionales de la salud le ordenaran tomar la medicación, y no lo dejaran libre a su decisión. En una ocasión reclamó con vehemencia, que si ella estuviera loca o estuviera poniendo en riesgo a otros, la ética de mi profesión me exigía que se lo advirtiera.

Otro ejemplo de transferencia negativa surgió cuando pregunté por sus anhelos, expresó con tono de enojo que anhelaba no vomitar y no siempre lo conseguía, se sintió demandada a ofrecer algo que creía no poder dar, esto se relaciona con lo expresado en ocasiones en cuanto a cómo le molestaba de su familia que le pidiera que fuera positiva.

A pesar de las reiteradas interrupciones por el fin del año lectivo y los cambios de equipo del CRAM, volvió a solicitar el espacio una y otra vez. Antes de finalizar el último año expresó su voluntad de continuar el proceso conmigo una vez recibida y ofreció buscar la forma de pagar por las sesiones.

También me hizo pensar mucho el texto de Freud (1913/1991b) donde plantea el uso del diván como estrategia para no contaminar la transferencia con las interpretaciones que el analizado pudiera hacer de las expresiones del analista (p. 135). Para este proceso no solo, no se hizo uso de dicho dispositivo, el diván, sino que se introdujo la complejidad de las consultas por

zoom. Las mismas agregan elementos a ser considerados. Por ejemplo, la consultante no solo veía mis expresiones en la pantalla sino que también veía las suyas. Tenía la opción de apagar el micrófono o la cámara y aunque se le sugirió no hacerlo, aún así tomó esa posibilidad para no ser vista llorando, recurso que en la clínica presencial no está disponible. Otro elemento distorsionante del encuadre a distancia que afecta la transferencia, es que ambos partenaires están siendo influidos simultáneamente por distractores diferentes (elementos ajenos a la situación terapéutica), como por ejemplo el sonido ambiente. Yo podía oír de fondo el sonido del televisor (según indicó en él se veía fútbol), ella lo dejaba encendido por temor a ser escuchada por los vecinos. Yo no llegaba a distinguir el audio, pero veía sobre ella cambiar la luz proyectada y ella desviaba hacia allí la vista en ocasiones. A eso se sumó que la consultante estaba recostada en su cama, a diferencia de las consultas presenciales que la motivaban a desplegar hábitos de aseo que por zoom no eran incluidos, como por ejemplo vestimenta de calle o peinarse. Esto revela que yo era recibida en su entorno más íntimo, de alguna forma estábamos en su territorio, ya no estábamos en el territorio neutro del anexo de Facultad de Psicología.

Por momentos incluso yo podía inferir que apoyaba la computadora sobre su abdomen porque veía como su imagen se movía al ritmo de su respiración, en estas condiciones tuvieron lugar la mayoría de las sesiones del último período.

Desarrollo Teórico

Es el objetivo del CRAM acompañar los procesos sin patologizar a lxs consultantes, aún así hay aportes del DSMV (2014) que pueden resultar complementarios. En el siguiente fragmento de dicho manual se definen las obsesiones y compulsiones. Definiciones que resultan útiles para pensar este caso.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente... (p. 235)

Para abordar los pensamientos recurrentes y los comportamientos compulsivos desde el psicoanálisis haré referencia al texto de Freud (1909/1992a) en que aborda la neurosis obsesiva, a propósito dice: “Vemos al niño bajo el imperio de un componente pulsional sexual ... cuyo resultado es el deseo, que aflora siempre de nuevo y con mayor intensidad cada vez” (p. 130). Expresa que el carácter obsesivo surge cuando el yo entra en plena contradicción con dicho deseo, al punto de sentirlo ajeno y queda acompañado de un afecto descrito como penoso. El conflicto en la vida anímica hace que el deseo quede asociado a un temor obsesivo de que algo terrible ocurra.

Estos elementos surgen en el caso que analizamos. Fueron mencionados en la clínica recuerdos infantiles con alta connotación sexual, como juegos con muñecos sexuados y otros en los que amamantaba, ambos a escondidas de los adultos. Es dicho ocultamiento quien revela la connotación de prohibido o inapropiado implícita en el juego. Menciona también juegos en que se simulaban mamas voluptuosas. Recuerdos reforzados por expresiones de la madre haciendo alusión a un “despertar sexual temprano”. Estos están asociados al temor de algo terrible, al punto de que desarrolla con el tiempo la idea de la muerte propia como “salvadora”.

“En la neurosis obsesiva se discierne, mucho más nítidamente que en la histeria, que los factores constitutivos de la psiconeurosis no deben buscarse en la vida sexual actual, sino

en la infantil. La vida sexual presente del neurótico obsesivo puede a menudo parecer por entero normal al explorador superficial” (Freud, 1909/1992 p.132).

En el caso descrito por Freud, este mecanismo es acompañado de un “delirio o formación delirante”(p. 131). Este aspecto no fue tan claro en nuestro caso pero si llegó a ser observado. Al pensar en viajar se cruzó por la mente de la consultante el temor de ser detenida por la INTERPOL, al cuestionarse si podría haber sido denunciada por una pareja anterior (la cual es de otro país) a quién le contó de sus *pensamientos*. Nótese lo delirante de la idea de ser denunciada por algo que solo pensó y no hizo.

Cuando sobre el caso, del texto antes referido, Freud menciona el entendimiento para la cura, contrapone la acción del amigo de su paciente que lo tranquilizaba negando el reproche que este se hacía -dada la disparidad entre el afecto y la representación- a su intervención psicoanalítica. Este elemento surgió también frente al caso analizado en este trabajo. Cuando la consultante contó a sus parejas sus *pensamientos* decía estar buscando que la tranquilizaran negando el reproche que ella se hacía. Dijo haber recibido esa tranquilidad de la dupla que la atendió en el período del año 2021, pero que no obtenía eso de mí. Frente a este planteo le expresé que si ella consideraba que sus *pensamientos* eran un mecanismo de autocastigo, debíamos en el proceso, llegar a descubrir cuál era el motivo por el cual se castigaba. Lo cual estaría relacionado a la transgresión infligida a una prohibición, algo que ella hubiera internalizado como prohibido. En el entendido de que el afecto intenso es originado en una representación diferente y mudado a la nueva representación (contenido subrogado) como un recurso psíquico de defensa.

Otro elemento descrito por Freud en ese caso es la carencia de detalles aportados en el relato de su paciente, al punto de que él mismo debió poner las palabras que faltaban para

completar la idea descrita. En este caso dicha característica también fue identificada. La consultante nunca llegó a explicitar el contenido de sus *pensamientos*, no hizo más que referencias vagas, al punto de solicitar que yo leyera todas las transcripciones hechas por la dupla anterior (allí tampoco se explicitan detalles) con el fin de conocer su conflicto y de esa forma no tener que explicarlo ella. Se evidenció también la vivencia de sus propios pensamientos como ajenos y hostiles. También se observó el fenómeno de eso que permaneció en la zona de lo no dicho referido a los *pensamientos*, pero que se manifestó en ocasiones como una expresión en el rostro de semi sonrisa que revelaba algo que estaba siendo sentido sin lograr ser expresado en palabras.

En cuanto al acto compulsivo que debía desactivar la consecuencia por lo pensado, en la consultante, se observó el mecanismo de contar a sus parejas los *pensamientos* atormentadores, para aliviarse de la emoción que estos le producían. Hago hincapié muy especialmente en que según lo manifestó, solo a sus parejas brindó detalles de dichos pensamientos. El argumento para no verbalizarlos en el espacio terapéutico fue que hablar de ello les hacía cobrar fuerza y les daba alguna forma de existencia, poniendo en juego el pensamiento mágico omnipotente que la lleva a experimentar el riesgo de que sus pensamientos cobren una dimensión real. A su vez encontró argumentos racionales para justificar que sí los tenía que compartir con sus parejas.

Otra similitud con dicho caso clínico de Freud es que frente a la duda constante deja que los eventos se sucedan y resuelvan sin tener que decidir. Frente a la posible mudanza para una convivencia, no decidió solo dejó que pasara. Al igual que con el tratamiento hormonal que sin rechazarlo abiertamente simplemente no lo inició, o frente a la posibilidad de ocupar una casa que le ofrecía la familia, fue posponiendo la decisión hasta que se resolvió por otra vía. Se dejó llevar por los acontecimientos.

Por último mencionaré una semejanza más, relacionada a negar saber algo que simultáneamente afirmó saber. Al contar a su última pareja sobre los *pensamientos*, esta expresó que de continuar haciéndolo, eso podría ocasionar que se alejara. Cuando finalmente esto sucedió (la dejó), la consultante cuenta lo que su pareja le había dicho al respecto, en el mismo relato que afirma no haber sido advertida. Dijo que para otro, eso podía ser interpretado como una advertencia pero que ella no hizo la conexión.

“En las diversas formas de la neurosis obsesiva, en particular, lo olvidado se limita las más de las veces a disolución de nexos, desconocimiento de consecuencias, aislamiento de recuerdos.” (Freud 1914/1991a p. 151). Este rasgo de no poder conectar elementos relacionados se hizo evidente en múltiples ocasiones.

Por otro lado, este trabajo resume el proceso del último período, en el que trabajó conmigo, pero busca tener a su vez una mirada en perspectiva. Elemento que por lo general no es posible lograr en procesos breves. Dada la peculiaridad de la derivación, al comienzo no realicé entrevistas de recepción, ya que se consideró continuación de un proceso ya iniciado. Su última consulta con la dupla anterior fue en mayo del año 2022 y la primera conmigo en agosto del mismo año.

La consultante retomó el proceso justo donde lo dejó, a pesar del cambio de pasante y del período de interrupción. Esto se hizo notorio al tener acceso (como ya se dijo a pedido de la consultante) a las transcripción de todas sus entrevistas previas, incluida la última, en la que abordó los mismos temas que en la primera de esta etapa. Este primer elemento dio un indicio de ese aspecto que luego se fue revelando como una constante: el quedar atrapada en bucles de pensamiento. Dichos *pensamientos* comportaron una de las mayores preocupaciones expresadas en reiteradas oportunidades, atormentando a la consultante más incluso que el cáncer.

Una de las características del último año (2023) es que se dio casi por completo por zoom dado el reposo en cuidados paliativos, que mantuvo a la consultante (que no vive en Montevideo) privada de la posibilidad de acudir al anexo para consultas presenciales; a diferencia del año anterior (2022) que fue mayormente presencial.

En la última etapa, sobre todo luego del diagnóstico de metástasis, un factor predominante fue la superposición de duelos: duelo (según lo expresado por ella) por la belleza perdida que se representó en la caída del pelo por la quimioterapia, duelo por el cuerpo modificado con la mastectomía unilateral, duelo por la juventud sacrificada a causa del tratamiento hormonal, duelo por los proyectos de vida truncados como el deseo de viajar que se vió cada vez más lejano, duelo por la relación de pareja perdida, duelo por la suspensión de la actividad de la empresa para la que trabajaba quedando potencialmente desempleada, duelo por la calidad de vida disminuida con la reducción de la movilidad, el dolor frecuente y la vida en riesgo ante un (en sus palabras) “cáncer incurable”.

Ya se mencionó el contexto de crianza en la presentación del caso, que obstaculizó desde la infancia la exploración del cuerpo erógeno. Y lo cargó de censura al erotizarse por personas de igual género.

Aulagnier (1975) nos habla del “contrato narcisista” (p.158), aplicando este concepto vemos como opera sobre la consultante, ese discurso fundamental de la ideología de su entorno de crianza, el que provee de los puntos de certeza, en él no hay elementos que le permitan representarse la homosexualidad como algo asimilable.

El sujeto, a su vez, busca y debe encontrar, en ese discurso, referencias que le permitan proyectarse hacia un futuro, para que su alejamiento del primer soporte

constituido por la pareja paterna no se traduzca en la pérdida de todo soporte identificador. (Aulagnier, 1975. p.159)

Ella situó indicios del surgir de la homosexualidad como un posible elemento identitario, a una edad temprana, lo cual cree sucedió a los 11 o 12 años, narró su primer recuerdo relacionado, asociado a una escena en la que su perro estaba muriendo. La homosexualidad fue interiorizada como algo inadmisibile, generando lo que sintió aquella noche, que además del perro moribundo, con su llanto ella duelaba también a una parte de sí misma. No logró explicitar la forma en que ambos elementos se relacionan pero en su recuerdo estaban asociados. Parece no haber encontrado esas otras referencias de las que nos habla la autora, que le permitieran esa proyección sin perder ese soporte identificador.

El rasgo que caracteriza el funcionamiento de la consultante son las dificultades para variar el foco de la atención, lo que genera pensamientos en bucle que la anclan en dinámicas de autocastigo. Estos consisten en *pensamientos*, de contenido relacionados con niñxs, que la han atormentado y que se agudizan al estar en pareja. Le producían tal ansiedad e incomodidad que la han llevado a ceder a la compulsión de contarlos a sus parejas como estrategia para aliviarse (siente la necesidad de que sea un otro quién le verifique que no sería capaz de actuar sus pensamientos), afectando esto sus relaciones. Por lo cual interpreto que presenta rasgos de personalidad obsesivos con tendencia a la compulsión.

En su discurso aparece desde la adolescencia la idea de muerte y estados depresivos. Pensó en el suicidio, en sus palabras: “con potencial teórico pero sin fuerza práctica”, ya que no se cree capaz de agredirse físicamente.

Sobre El Cáncer

Protesoni y Grille (2022) plantean que el diagnóstico de cáncer de mama exige a la mujer procesar rápidamente información sobre la que deberá tomar decisiones e integrar una nueva imagen corporal. Surge la necesidad de que confíe en el equipo médico tratante y que reciba y acepte el apoyo familiar.

En cuanto a la toma de decisiones la consultante ha expresado cierta dificultad, relatando como dato identitario una indecisión permanente a la cual describe como: “duda atormentadora”. Esto la ha llevado a exigir certezas con relación a los resultados esperados de los distintos tratamientos. La imposibilidad del equipo médico de brindar dichas certezas ha influido en la desconfianza que desarrolló frente al mismo, derivando en su apreciación de que no se le proporcionaba la información requerida para la toma de decisiones, impactando directamente sobre la adhesión a los protocolos médicos. Se negó por omisión a iniciar algunas de las etapas del tratamiento y rechazó explícitamente la morfina como tratamiento para el dolor, forzándola a convivir con él.

En cuanto a la integración de su nueva imagen corporal ha sido un proceso doloroso, sobre todo por la imposibilidad de reconstrucción de la mama (debido a lo agresivo del cáncer padecido, esto podría estar relacionado a su juventud). Con el tiempo el hecho de que le creciera el pelo favoreció el procesamiento de ese aspecto, ya que la alusión al mismo, el año previo, era con frecuente angustia y en el último año cambió al estar éste más largo, representando esto un motivo de alegría por recuperar algo de lo perdido.

Sobre la disposición para pedir ayuda y recibir el apoyo familiar, mantuvo por momentos una actitud pasiva. Al atravesar por importantes pérdidas de autonomía (movilidad reducida, vómitos constantes, internaciones varias, etc.), para recibir la ayuda, se enfrentó a los conflictos familiares asociados sobre todo con la madre. Por lo cual en lugar de incidir favorablemente en

la calidad de vida relacionada a la salud, esto constituyó un elemento que la complejiza. Al finalizar el proceso se encontraba con pocos vínculos afectivos, los cuales estaban en su mayoría afectados por formas de relacionamiento nocivas.

El cáncer la confronta con la posibilidad de materializar la muerte que expresó como anhelada, pero mostrándose como un camino lento y doloroso.

El Proceso

En tratamientos paliativos por la metástasis, sostuvo en la medida de sus posibilidades el acompañamiento psicológico del CRAm, el cual expresó en reiteradas ocasiones que consideraba una buena decisión y un elemento que aportó a su vida. Mientras los tratamientos para el cáncer los veía como algo impuesto, el espacio terapéutico del CRAm era visto “como algo mío”. A través del mismo exploró sus sentimientos, recuerdos y vínculos, logrando observar sus mecanismos de respuesta.

Como es muy racional, le resultó útil conocer los mecanismos del estrés y su relación con el sistema inmunitario, hemos trabajado este concepto en consulta. En este campo incorporamos los aportes de Moscoso (2009) sobre psiconeuroinmunoendocrinología, que estudia la interacción entre cuatro sistemas: la mente, el sistema nervioso, el sistema endócrino y el sistema inmune.

Nuestra forma de pensar, creencias, y sentimientos no son nada menos que la actividad bioquímica en las células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro de los sistemas endocrino e inmune determinando el estado de salud actual del individuo. (Moscoso, 2009, p. 144)

Este concepto le permitió observar su rechazo hacia el equipo médico y al tratamiento (los cuales fueron vividos como una amenaza externa) y trabajar sobre él, identificando su sentir al

respecto (percepción de amenaza), entendiendo que dicho rechazo es fuente de respuestas de estrés. En la medida que había resuelto recibir la medicación, sostener esa desconfianza implicó que la medicación y el tratamiento fueran vividos como una autoagresión. Por el contrario, se ha trabajado con ella la idea de que bajar el estrés es un favorecedor del tratamiento, y para ello es mejor percibirlo como un aliado. Ya que de esta forma se inhiben las respuestas de estrés, generando condiciones para el trabajo del sistema inmunitario.

Sobre este punto podemos agregar desde el psicoanálisis que se repite aquí el mecanismo de la autoagresión y su goce implícito. Esa rumiación que la deja en una posición en que aún lo que la debería curar la agrede. Posición que le permite castigarse tanto por hacer, como por no hacer, es decir el beneficio del síntoma.

Hay sobre lo anterior (el cuestionamiento al tratamiento oncológico) una fina línea entre acompañar la reflexión y opinar sobre el tratamiento. Se buscó en todo momento mantener la postura ética de no influenciar las decisiones, sino acompañar el recorrido a ser transitado en la toma de las mismas. Requirió habilitar a que hablara sobre la muerte, sobre las condiciones en que la vida le resultaba admisible y en las que no. Habilitar también a que hablara de la vida y de cómo elige estar mientras vive.

Tomamos de Gonzalo Rojas-May (2006) la idea del ...“cáncer como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis, como en su tratamiento y evolución.” (p. 194). Y de la psicooncología, cómo esta centra su atención en el paciente y no en el cáncer. Es así, que desde la visión de la persona como un todo más allá de su diagnóstico médico, se tomó el criterio clínico de continuar con este proceso. No sin antes informar a la consultante de la posibilidad de recibir un abordaje específico de la psicooncología en la institución médica de la que recibía el tratamiento oncológico.

Como el conflicto subyacente es previo al diagnóstico médico y de naturaleza tan dolorosa para la consultante, esta prefirió continuar con el acompañamiento desde la clínica especializada en diversidad y género.

La consultante ha hecho un recorrido que la llevó a concebir sus *pensamientos* atormentadores como un mecanismo de autocastigo, posiblemente por su homosexualidad (a la que rechaza inconscientemente), aunque esto es una hipótesis mía ya que ella no llegó a explicitar conscientemente esa relación. Al hacer la conexión entre altos niveles de estrés y deterioro físico, surgió lo que el autor antes mencionado señala como la culpa por una supuesta psicogénesis del cáncer, lo que la llevó a rechazar esa idea. El autor habla del duelo oncológico como un mecanismo de reconstitución psíquica fundamental que permitirá estructurar una respuesta a los desafíos.

Como se mencionó anteriormente un rasgo característico de la consultante es que su atención queda secuestrada sobre asuntos específicos, enredándose en bucles de pensamiento de los que no logra salir. Cuando esto aplicó sobre lo que ella llamó los “*pensamientos*” (palabra que usó para expresar que el contenido refiere a aquello *innombrable* y que con mucha dificultad ha logrado expresar que implican ideas con niños), estos han sido los momentos de mayor angustia, exacerbando sus aspectos más neuróticos. Lo cual provoca el comportamiento compulsivo, actuando *no los pensamientos* sino la verbalización de los mismos con sus parejas. Esto despertó en ellas reacciones de rechazo y horror. Al no estar en pareja estos contenidos ya no la atormentaban, pero el mecanismo del bucle se mantuvo sobre otros temas, como por ejemplo la idealización sobre el vínculo afectivo interrumpido, los comportamientos de la madre, los efectos secundarios de los tratamientos. Dado el contexto, es de cierto modo esperable que estos temas fueran recurrentes, pero la forma de evocarlos sesión tras sesión dieron indicios

de la falta de flexibilidad para desviar su atención hacia otros intereses. Estos bucles se generan sobre temas que la mantienen en estados de angustia con sufrimiento psíquico sostenido.

El concepto de flexibilidad cognitiva me fue útil para observar este aspecto. Tomo en este caso aportes de la psiquiatría, según Daniel Amen (2020) “La flexibilidad cognitiva define la capacidad de la persona de <<dejarse llevar>>, de adaptarse al cambio, de abordar con éxito los problemas nuevos...” (p. 182). El autor relaciona la falta de flexibilidad cognitiva con dificultades en cambiar la atención de una cosa a otra, esto reduce la adaptabilidad y la cooperación, lo que deja a la persona atrapada en patrones de conducta que le resultan ineficaces.

Vemos en la consultante estos comportamientos, atrapada en pensamientos negativos, dificultades para cooperar con el tratamiento y la tendencia a decir que no. Al poner luz sobre estos elementos se propuso como estrategia retirar la atención de los estresores y dirigirla sobre elementos estimulantes o *sobre aquello que sí podía hacer*. Esto le sirvió para no reforzar los pensamientos en bucle, ampliar el espectro de posibilidades a ser contempladas y verse a sí misma desde otro lugar.

Según Lutereau (2015) podemos identificar claramente dos aspectos. Por un lado el síntoma, aquello que es identificado por la consultante y es a su vez vivido como ajeno generando malestar (ego-distónico), en este caso los *pensamientos* que la atormentan. Por otro lado, lo que el autor identifica como las “pasiones” rasgos de carácter más constitutivos, no identificados por la consultante.

“Si el síntoma es un <<cuerpo extraño>> en la vida psíquica, el carácter no es causa de la queja ni motor ruidoso del tratamiento.” (Lutereau, 2015, p. 401). “Si el síntoma es un <<viejo conocido>>, en tanto presenta problemas a la homeostasis subjetiva de su portador, la <<pasión

del carácter>> es en cambio exclusivamente conocida por el entorno de aquel que nos consulta”(Lutereau, 2015, p. 402)

Se presentan en la consultante también estos otros mecanismos de pensamientos en bucle, los que se manifiestan como aquello que en palabras del autor “no conoce de sí”. Lutereau nos muestra como, trabajar sobre estos elementos no resulta del interés del consultante, sino hasta que haya sido motivo de estrago en el lazo social. Se han citado en este trabajo ejemplos varios de este fenómeno en la consultante. Nos dice el autor sobre este pensar obsesivo:

...la duda obsesiva no está vinculada con una actitud enrevesada, sino con el afán de disolver el carácter de acto que tiene el pensamiento. En sentido estricto, entonces, el obsesivo no piensa, ya que su pensar nunca es conclusivo. Se hace y se deshace. Presenta una posición y la contraria, así se indetermina en la vacilación y la irresolución.

(Lutereau, 2015, p. 420)

Desde este espacio a lo largo del año se logró sostener en conjunto, el transitar por los duros momentos que le han tocado vivir. Validamos su dolor, miedo, frustración y angustia. Logró poner en palabras su deseo de morir y el dolor que le causa no tener en sus manos el control sobre el momento en el que esto pasará. Se le devolvió una mirada que habilitó la posibilidad de que se muestre afecto a sí misma en este proceso. En los últimos encuentros de forma sostenida describió los movimientos realizados en función de habitar sus días, a modo de regalarse pequeñas recompensas, como ordenar su cuarto, que es como le gusta tenerlo, o tomar la decisión de bañarse a diario, hacer un esfuerzo por cocinarse para comer más saludable y hasta desarrollar actividades laborales remuneradas. Aspectos de la vida cotidiana que había perdido a causa del malestar físico sumado a sus estados depresivos. Son pequeños indicios de esfuerzos por retomar una dinámica de rutina diaria de persona activa. Logró ser consciente de que sus

condiciones ya no son las mismas y de que es probable que ya no lleguen a serlo. Pero mostró un comportamiento adaptativo a sus nuevas condiciones, convivir con el dolor, con el diagnóstico de cáncer incurable y con los tratamientos paliativos. Y se mostró interesada en explorar sus posibilidades vitales en este contexto.

Un elemento recurrente consistió en observar cómo desde la adolescencia hay un discurso tanático predominante, mientras que en la evolución hacia las últimas consultas surgen esbozos más sostenibles de pulsión de vida.

Reflexiones Finales

Vemos que el CRAM, logra ser realmente una opción AMIGABLE, ante la vulnerabilidad. Sobre este concepto tomamos los aportes de Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis (2016) quienes sostienen que la misma va asociada “a la calidad de vida, los sucesos traumáticos, históricos y actuales y a la existencia o no de una red vincular que brinde sostén”. (p.106)

Si a lo expresado previamente sobre el caso, sumamos el hecho de haber tenido que enfrentar el cáncer, en condiciones materiales cargadas de gran incertidumbre, sin trabajo, con plena conciencia de que se agotaban sus ingresos, peligrando el sostén de su vida cotidiana, vemos que, en palabras de los mismos autores: “a mayor persistencia de sucesos traumáticos, menor capacidad de sostén de la red vincular y menor calidad de vida, mayores serían las probabilidades de exacerbación y complicaciones de la patología preexistente e inclusive la generación inespecífica de enfermedad”. (Zukerfeld y Zonis, 2016, p.106)

Zukerfeld y Zonis (2016) analizan varias definiciones de resiliencia, las que en general tienen en común la idea de enfrentarse a la adversidad y de algún modo sobreponerse a ella. Se requiere para ello lograr cierta transformación. En este punto es necesario diferenciar resignación

-siendo esta una actitud pasiva de afrontamiento- de adaptación - que implica frente a la adversidad una respuesta activa-.

Con relación al proceso fue muy rico observar cómo el trabajo realizado dio lugar a ese “venir entre” que surge entre quién ocupa el lugar de consultante y el psicólogo. Manifestaciones expresadas en esos pequeños movimientos que al principio eran resistidos, por sus rasgos obsesivos, pero que se dieron lugar con el tiempo a pesar de la estructura y las circunstancias.

Desde la supervisión y co-visión se señaló que dado lo extremo de las condiciones de salud de la consultante, lo mejor era simplemente acompañar, sin promover un análisis que pudiera no estar en condiciones de afrontar. Se la acompañó por todos los territorios que decidió explorar y por momentos se sostuvo con pulsión de vida prestada. Logró cerrar el año lectivo con un resumen que muestra que a pesar de sus circunstancias la consultante sigue apelando a sus fortalezas.

En el transcurso del proceso fue posible observar las ondulaciones en la apertura de la consultante, si mostraba en un encuentro una mayor predisposición para la asociación libre y dejarse sorprender por lo que de allí surgía, en la siguiente mostraba una actitud totalmente cerrada. Evidenciada en un discurso paralelo y ajeno al contenido de la sesión previa, de alguna forma negador de los elementos a los que se hubiera podido acercarse en el encuentro anterior. Sin embargo, en futuros encuentros era posible ir relacionando aquello descubierto y luego negado con nuevas asociaciones que fueran surgiendo.

En su infancia desarrolló la resignación frente a su situación, resistiendo pasivamente las violencias en su vida cotidiana. Contrapuesto a esto vemos el movimiento de buscar el espacio terapéutico en el CRAM, como una respuesta adaptativa, buscando activamente nuevas formas de afrontamiento. A su vez el espacio ha reforzado esta actitud, resultando en que, la respuesta

activa predomine sobre la pasiva frente a la adversidad. Esta transformación genera las condiciones para el desarrollo de la resiliencia. En este caso el CRAM ha contribuido en el espacio de la intersubjetividad que habilita la transformación. Lo cual implica estar renunciando al beneficio del síntoma logrando obtener goce de otras fuentes que no impliquen sufrimiento.

Referencias Bibliográficas

- Amen, D. (2020). *Cambia tu cerebro cambia tu vida*. Sirio
- American Psychological Association [APA]. (2014) Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana
- Ardoino, J. (1997) *La implicación*. Conferencia impartida en el Centro de Estudios sobre la Universidad UNAM.
<https://es.slideshare.net/rcalderonvivar/la-implicacin-texto-de-jacques-ardoino>
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación: En Del pictograma al enunciado*. Amorrortu
- Aulagnier, P. (2003). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Amorrortu
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2006) *Lo traumático Clínica y Paradoja tomo 2*. Biblos.
- Benyakar, M. (2016) *Lo disruptivo y lo traumático. Vicisitudes de un abordaje clínico*. Nueva Universitaria.
- Bleichmar, H. (1998). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Paidós.
- Fernández, A. M. (2013). *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Topía.
- Freud, S. (1991a). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) . En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 145-158). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1991b). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 121-144). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913).

Feud, S. (1992a). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 10, pp. 119-194). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1909).

Feud, S. (1992b). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 7, pp. 1-107). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). Desigualdades en la naturaleza del cáncer.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/desigualdades>

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). Determinantes sociales de la salud.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/determinantes-sociales-de-la-salud>

Käes, R. (1984) Apuntalamiento y estructuración del psiquismo. *Connexions* N° 44

Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.

<https://teoriaspsicologicas2.files.wordpress.com/2013/02/diccionario-laplanche-pontalis.pdf>

Lutereau, L. (2015). *El carácter de las pasiones*. *Psicoanálisis* Volumen 37 N° 2 y 3 pp. 399-422

Moscoso, M. (2009) De la mente a la célula, impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *LIBERABIT* Volumen 15(2) pp. 143-152

Protesoni, A. L. y Grillé, S. (2022). Esquemas desadaptativos tempranos en mujeres con cáncer de mama y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Volumen 12(3), pp. 57-85. doi:

<http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v12.n3.3>

Rich, A. (1996) Heterosexualidad obligatoria y existencia Lesbiana. *DUODA Revista d'Estudis Feministes*. Volumen 10 pp.15-45

file:///C:/Users/marce/Downloads/62008-Text%20de%20l'article-90777-1-10-20071025.pdf

Rojas-May, G. (2006) Estrategias de Intervención psicológicas en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes* Volumen 17(4) pp. 194 –197.

Schroeder, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*. Volumen 110 pp. 144-160.

<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1189>

Sistema de Información Facultad de Psicología (2023). Escucha y orientación en Oncología <https://sifp.psico.edu.uy/print/60329848>

Sistema de Información Facultad de Psicología (2023). Intervenciones en psico oncología <https://sifp.psico.edu.uy/print/60329728>

Tajer, D. (2022). *Psicoanálisis para todxs*. Topía

Varela, B. de Souza, L. Miller, D. Oyenard, R. Villalba, L. Zytner, R. Bernardi, R.(2014, octubre). *La formulación psicodinámica del caso (fpc)*. Revista de Psiquiatría del Uruguay Volumen 78 N° 2, pp. 173-195.

http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/06_TO_05.pdf

Zukerfeld, R. y Zonis, R. (2016) *Procesos Terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*. Lugar