



Construcción de un caso clínico: situación de discapacidad en correlato con vivencias de abuso sexual infantil.

Trabajo Final de Grado: Articulación teórico-clínica

Estudiante: María Eugenia Ferreira. C.I. 5.168.218-0

Tutora: Prof. Dra. María José Bagnato

Revisora: Prof. Adj. Ana Laura Russo

Julio, 2023.

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Perspectiva del proceso terapéutico.....	3
1.Caso clínico.....	6
1.1 Presentación del caso.....	6
1.2 Historia familiar y vincular de pareja.....	8
1.3 Historia del proceso de enfermedad.....	10
1.4 “Nudo” del caso	11
2. Abuso sexual y construcción de la personalidad.....	14
3. Hipótesis acerca del padecimiento de Ivana.....	16
4. Aspectos abordados durante el proceso terapéutico.....	22
5. Consideraciones y reflexiones finales.....	27
6. Referencias Bibliográficas	30

Resumen

El presente trabajo final de grado refiere a la presentación de un caso clínico. Se basa en el análisis de una experiencia de proceso terapéutico breve, siendo la usuaria una mujer adulta en situación de discapacidad, víctima de abuso sexual infantil. Dicho proceso se enmarca en la práctica de egreso Discapacidad, Clínica y Salud del Instituto Fundamentos y Métodos en Psicología.

El objetivo es reflexionar a partir del caso sobre la configuración de una situación de discapacidad, con origen en condiciones de salud crónica, y la estructuración de la personalidad a partir de haber sido víctima de abuso sexual. Asimismo se propone contribuir con un saber que sea de utilidad social ya que incluye el análisis de condiciones subjetivas de existencia propias a este momento sociohistórico.

Se trabaja con el enfoque de la entrevista motivacional con una perspectiva psicoanalítica para el análisis y el abordaje de las problemáticas que plantea la consultante.

Además, reflexiona sobre la respuesta del entorno familiar frente a la palabra de la víctima cuando denuncia el abuso, en la posterior elaboración/superación de la situación. De esto dependerá la inscripción restitutiva o no que este acto tenga en el psiquismo, habilitando o dificultando que la historia pueda volver a enlazarse.

Por otro lado, se constata que el abuso, en tanto acontecimiento de su pasado, continúa teniendo incidencia en sus relaciones interpersonales y especialmente en las relaciones de pareja.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo aportar una reflexión teórica partiendo de una situación clínica. Se lleva a cabo a partir del análisis de una experiencia de proceso terapéutico de una mujer adulta, en situación de discapacidad sensorial (ceguera) y motriz (amputación de un miembro inferior). Ésta presenta diabetes tipo II, diagnosticada en edad joven, a partir de entonces tiene episodios hipoglicémicos que dan origen a su situación de discapacidad y a intervenciones quirúrgicas por deficiencias renales y pancreáticas.

A los efectos de garantizar su anonimato se la denominará Ivana.

El proceso a presentar se enmarca en la práctica de egreso Discapacidad, Clínica y Salud, del Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología.

La intervención comienza en el mes de Julio y finaliza a fines de Noviembre del año 2022, alternando consultas virtuales y presenciales con frecuencia semanal. Esta modalidad híbrida se realiza en función de adaptar el proceso a las necesidades (condiciones de salud) de la consultante.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la conformación de su condición de salud (que con el transcurrir del tiempo causa una situación de discapacidad) y la construcción de su personalidad en correlato con vivencias infantiles de abuso sexual.

Por otro lado, se analizan las condiciones subjetivas de existencia propias de este momento sociohistórico, de forma tal que la presentación de una situación singular sea de utilidad social. Lo singular del caso encuentra en esta construcción un valor investigativo y habilita a encontrar nuevas correlaciones entre sus elementos (Carrasco, 2017).

Se trabaja desde la entrevista motivacional con un enfoque psicoanalítico para el análisis y el abordaje de las problemáticas que menciona la usuaria.

El motivo de consulta manifiesto es “la angustia por la separación con su pareja”, con quien convivió por más de 10 años. Por otro lado menciona tener dificultades en la convivencia con su hija y que necesita herramientas para mantener una vida saludable y manejar sus emociones. Se define, en acuerdo con la usuaria, como objetivo de la intervención trabajar sobre su angustia por la reciente separación con su pareja, por ser su mayor preocupación.

En el análisis que se presenta, se pretende vincular la situación actual explicitada en el motivo de consulta con su historia de vida, en particular con las situaciones de abuso sexual infantil que sufrió. Se reflexiona sobre las consecuencias de dichos abusos vividos en forma reiterada relacionados a la construcción de su personalidad y sus aspectos físicos,

posiblemente expresados en condiciones de salud que terminan configurando una situación de discapacidad.

En el proceso terapéutico se trabajan además otras problemáticas que complejizan y dan sentido al padecer de la consultante, como los recursos/herramientas que tiene, su condición de salud, su situación de discapacidad, las relaciones interpersonales, las relaciones familiares y de pareja, entre otras.

Por otro lado, se analizan los mecanismos de defensa presentes en la usuaria y cómo inciden en el devenir de su necesidad de adaptación al medio familiar.

A lo largo de las consultas se busca la integración y apropiación de su pasado en relación a su presente y a su futuro, buscando trascender, aprehender y aceptar lo vivido.

Perspectiva del proceso terapéutico

En relación a los abordajes teóricos dicho proceso terapéutico hace “dialogar” y articula a la entrevista motivacional y el psicoanálisis, a partir de la escucha y de las intervenciones realizadas.

Comenzando con la definición de la entrevista motivacional (EM), ésta puede entenderse como “un estilo de conversación colaborativa cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio” (Miller y Rollnick, 2020, p.37).

La metodología que propone se basa en que la motivación hacia el cambio parte del sujeto, por lo que se busca identificar sus metas intrínsecas. Se considera que ciertas técnicas, como la persuasión directa, aumentan por lo general las resistencias reduciendo la probabilidad de transformaciones. Por tanto, los argumentos del cambio deben seguir la línea del usuario y la relación terapéutica debe tener un carácter de asociación, enfatizándose la libertad de elección (Rollnik y Miller, 1996).

Se trata entonces, de una guía a medio camino entre los estilos directivo y de acompañamiento, siendo la ambivalencia un componente esperable en el proceso hacia el cambio. Dicha guía enfatiza la autonomía del sujeto.

Se identifican cuatro momentos de la entrevista motivacional, estos son: el vincular (donde se establece la relación terapéutica), el enfocar (se plantea el propósito u objetivo), el evocar (se saca a la superficie las motivaciones para el cambio y se ayuda a la persona a enunciar sus propios argumentos para cambiar) y el planificar (abarca tanto desarrollar el compromiso para el cambio como formular un plan de acción para lograrlo). Estas fases no

son necesariamente secuenciales, sino que también pueden darse simultáneamente (Miller y Rollnick, 2020).

Desde el enfoque de la EM, se acompaña a que quien consulta recurra a sus propias ideas para realizar la transición hacia el cambio, esto incluye que reconozca sus necesidades y fortalezas e identifique la dirección del cambio. Se busca evocar sus propias razones y no confrontarlos con su comportamiento.

Dada las características del enfoque de la EM, resulta adecuada para los procesos terapéuticos breves, en tanto es un proceso cercano al motivar cambios en función de los intereses de la persona, partiendo de sus experiencias y recursos.

La premisa que se plantea es que el sujeto ya cuenta con habilidades y fortalezas, por tanto el trabajo se relaciona a poder evocarlas y potenciarlas. (Hettinga et al., 2008).

Por tanto, es un enfoque que potencia el saber, los recursos y los diferentes mecanismos que trae la persona para ponerlos en juego en situaciones nuevas.

Por otro lado, la perspectiva psicoanalítica posibilita una traducción nueva de una serie de elementos que siempre han estado allí. Prioriza que sea la propia consultante quien va transformando todos estos elementos, siendo la finalidad fundamental y la forma de operar propia de esta corriente (Berenguer, 2018). Siguiendo a Laplanche y Pontalis (1996), se le llama psicoanálisis al trabajo mediante el cual se trae a la consciencia del consultante lo psíquico reprimido en él. Tanto los síntomas como las manifestaciones patológicas del sujeto son de naturaleza altamente compuesta. Los elementos de esta composición son, en último término, motivaciones, mociones pulsionales. Sin embargo el sujeto nada sabe, o muy poco, de estas motivaciones elementales. El psicoanálisis colabora con comprender la composición de estas formaciones psíquicas, se refieren los síntomas a las mociones pulsionales que los motivan (p. 317).

Esta perspectiva lejos está de concebir al síntoma como transparente, sino que lo define como lo que apenas se ve del conflicto, que abre enigmas e hipótesis (Press, 2010, p. 1). Asimismo Dumézil (1989) afirma que desde el psicoanálisis se plantea una guía que no ofrece a las tentativas de captación, reales, imaginarias o simbólicas del sujeto, sino medios para liberarse de ellas (p.84).

Se utilizan entonces el enfoque de la entrevista motivacional como metodología que propicia que los cambios surjan de las propias personas, partiendo de todo el bagaje con el que ya cuentan (Miller y Rollnick, 2020); y el psicoanálisis como marco conceptual que permite un acercamiento a aquello que se presenta como un enigma para el sujeto. Su forma de padecer actual está anclada a su proceso histórico de vida, por lo que dicho marco conceptual es el adecuado para interrelacionar sus experiencias. Ambos resultaron

complementarios, habilitando la comprensión de muchos aspectos a la vez que modificaciones en algunas de sus conductas.

En relación al abordaje de la situación de discapacidad de la usuaria, se trabaja desde los planteos de la Organización Mundial de la Salud (2001) en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). La discapacidad se define como la interacción negativa entre los estados de salud y los factores contextuales. En tanto considera éstos últimos factores, dicha interacción es dinámica, esto es, las modificaciones en los factores contextuales incidirán en la situación de discapacidad.

Dentro de los factores contextuales se incluyen factores personales (edad, sexo, educación, entre otras) y ambientales (actitudes sociales, características arquitectónicas, estructuras legales y sociales, entre otras).

Por tanto, el término “discapacidad” es un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social.

Analizando el caso en cuestión a la luz de lo planteado, si bien Ivana presenta deficiencias físicas severas éstas no ocasionan de por sí, limitaciones importantes en sus actividades ni restricciones en su participación social. Cuenta con estrategias y apoyos tecnológicos, con una adecuada rehabilitación visual y con ayudas técnicas para la limitación motriz, que le posibilitan una vida autónoma. De acuerdo a lo expuesto previamente, se puede afirmar que las deficiencias que presenta son severas, en tanto absolutas e irreversibles, sin embargo su discapacidad es relativa en términos de severidad.

Desde la perspectiva de la discapacidad, el foco de la intervención se centra en los factores personales y contextuales, planteados por la CIF. En cuanto a los contextuales se trabaja sobre las situaciones que vivió de abuso sexual, la ausencia de figuras referentes positivas, entre otras; y en cuanto a los personales sobre su enfermedad, deficiencias y recursos personales disponibles. Esto habilita que Ivana pueda comprender su situación incluyendo el análisis de la mayor cantidad de factores posibles.

El caso por ende, no es una crónica de hechos que ocurren linealmente, sino una multiplicidad de acontecimientos que se cruzan y se inscriben de forma sucesiva y simultánea, formando una red de relaciones complejas (Calvi, 2005, p.45).

Será a partir de este trabajo interpretativo, de desciframiento y de re-historización que este caso, el de Ivana, será presentado.

1. Caso clínico

La elección de construir este caso clínico se vincula al hecho de que es un “lugar” donde se aúna la generalidad y la individualidad. En tanto lugar “general”, si bien se relata la situación de Ivana, otras personas pueden sentirse identificadas como testimonio de un momento sociohistórico determinado con sus propios padeceres y sus formas de ser y estar en el mundo, mientras que, al mismo tiempo, presenta la singularidad del otro y de su palabra (Nasio, 2000, p. 10).

Este caso a pesar de ser la transcripción de encuentros clínicos, es una reconstrucción. En tanto presenta aspectos ficticios no es un acontecimiento puro, siendo el clínico quien selecciona los fragmentos y ve de qué forma presentarlos (Singer, 2019).

La construcción de un caso permite que un acontecimiento de la clínica fundamente un concepto teórico; de lo real se crea una ficción, a la vez que se crea la ficción para que surja lo real. Además, permite repensar la teoría y la práctica en conjunto. Es una forma de narrar una experiencia donde la persona se enfrenta al rodeo de la verdad atrapada en el síntoma y al desciframiento de los juegos simbólicos que lo nombran, pero también a lo que ese nombre propio no alcanza a cubrir (Carrasco, 2018).

Durante las sesiones se trabajan con la usuaria vivencias, situaciones y sentimientos, para poder simbolizar y brindar otros posibles sentidos, que irán apareciendo a lo largo del trabajo.

1.1 Presentación del caso

El servicio de la práctica Discapacidad, Clínica y Salud de la Facultad de Psicología recepciona una solicitud de atención a nombre de Ivana, una mujer en situación de discapacidad visual y motriz. A partir de esto, se toma contacto con ella y se pacta una primera entrevista por la plataforma Zoom.

La usuaria tiene 49 años de edad, es la segunda de 5 hermanos y tiene un hija de 25 años con quien convive actualmente.

De adulta joven es diagnosticada con diabetes tipo II. Como consecuencia de dicha enfermedad pierde la visión en forma total -ceguera-, le amputan un miembro inferior y luego debe someterse a trasplantes a raíz de descompensaciones renales y pancreáticas.

En lo que refiere a su situación de discapacidad, tal como se ha planteado, presenta deficiencias severas, sin embargo, tanto por los factores personales como por las ayudas

técnicas que tiene, lleva una vida independiente. Puede desenvolverse con autonomía en la medida que se eliminan las barreras ambientales para desplazarse en espacios abiertos o lugares públicos a los que accede por primera vez.

Durante el proceso terapéutico se combina la modalidad presencial y virtual a solicitud de la usuaria. Esta modalidad flexible se lleva a cabo a solicitud de la usuaria debido a las fluctuaciones en su condición de salud.

Como motivo de consulta manifiesto plantea “angustia a raíz de la separación con su pareja” y todos los cambios que esto conlleva: un traslado de departamento y de domicilio, dificultades económicas para mantener su casa, cambios en la dinámica diaria: “yo para organizarme soy muy estructurada, necesito el croquis”.

Por otro lado menciona problemas de convivencia con su hija: “no quiere vivir conmigo”.

Además dice que necesita herramientas para mantener una vida saludable y para manejar sus emociones: “me vienen explosiones y no puedo parar”, al final agrega: “necesito un rumbo”.

Desde una perspectiva basada en el psicoanálisis, el motivo de consulta manifiesto es un texto “falsificado” de otro original que ha sido desfigurado, que es el motivo de consulta latente (Cristóforo y Kachinovsky, 1992). Teniendo en cuenta esto cabe preguntarse ¿qué es lo que se esconde entre lo dicho por Ivana y lo no dicho?.

Por otra parte, desde el enfoque de la EM el motivo de consulta inicial, forma parte de la definición de los objetivos de la intervención. Esto remite a uno de los momentos de la EM denominado enfocar. Esta fase se relaciona a plantear el propósito concreto, colabora con aclarar hacia dónde se quiere trabajar y por ende el horizonte hacia el que se desea aproximarse (Miller y Rollnick, 2020). En este caso se define en conjunto con la usuaria trabajar sobre el primer motivo de consulta, ya que según lo que plantea resulta ser su mayor preocupación.

En relación a la primera consulta, durante la misma, la angustia invade su relato, predominan sensaciones de haber sido “traicionada”, “abandonada”, y “de haber dado todo por el otro”, aún a costa de su propio bienestar. Esto, a la vez, coexiste con la ilusión de volver a estar juntos: “... yo le mando mensajes, y nada, no puedo entender irse y no ser familia, no lo concibo. Trato de no ser obsesiva, pero estoy esperando que me mande algún mensaje”.

Por otro lado, cree ser la única responsable de esta ruptura: “la que cambió las reglas de

juego fui yo”. Se observa cómo pierde cierto dominio racional de la situación ya que se encuentra “invadida” o “tomada” por la emoción (Harari, 1993).

A lo largo de las siguientes sesiones surgen otros elementos, como por ejemplo cómo las formas de vincularse con hombres y de posicionarse en tanto mujer se han repetido a lo largo de su vida. En relación a esto menciona: miedo al desprecio, inseguridades en torno a su cuerpo, necesidad de controlar todo a su alrededor y que prioriza en exceso el bienestar ajeno y posterga su propia salud.

Al mismo tiempo, se observan diferentes herramientas de afrontamiento conscientes, una red de personas que la acompañan y sostienen, así como un rol protagónico de militancia en la sociedad. Estos elementos se relacionan con las motivaciones de Ivana para el cambio, aspecto abordado más adelante.

Cabe mencionar que en estas primeras entrevistas se realiza especial énfasis en la construcción de la relación terapéutica, la cual involucra a ambas partes. Esto corresponde a la fase vincular de la EM, y de dicho vínculo terapéutico dependerá todo lo posterior. Cómo plantean Miller y Rollnick (2020), el nivel de calidad de la relación terapéutica tiende a predecir la adherencia al tratamiento y los resultados del mismo. Para favorecer esta relación, se brindó un espacio de diálogo y de escucha atenta.

1.2 Historia familiar y vincular de pareja

A continuación, se plantea una breve reseña de su historia familiar y sobre sus posteriores vínculos de pareja. Se pretende ahondar en algunos aspectos de su historia para interrelacionarlos con lo que le ocurre actualmente.

En cuanto a su familia de origen, como elemento importante se encuentra que su padre falleció cuando era pequeña, siendo criada por la pareja de su madre. Éste ejercía violencia física contra su madre y abusó sexualmente de Ivana en reiteradas ocasiones, aspecto que será profundizado más adelante.

En relación a sus hermanos, menciona que mientras éstos tuvieron los lugares de buenos, protectores, perfectos, ella tenía el de peleadora y el de las enfermedades, siendo el más disruptivo. Cabe mencionar que dichos lugares continúan estando presentes.

En este fragmento se observa la visión y cómo se ubica ella en relación a uno de sus hermanos: “para mi seguirlo siempre fue importante, es super ordenado él (...) Y yo toda mi vida fui un desastre, desordenada, no era de libro”. Por otro lado, una de las características

que más destaca actualmente de él es su rol como padre: “lo vemos como un ejemplo, es un super padre, siempre presente, tiene todo planificado, yo tomé esa actitud para no ser la oveja negra, pero yo soy un despelote”.

En relación al vínculo con su reciente ex-pareja, relata una vivencia de desventaja en cuanto a las posibilidades que tenía cada uno: “el que se podía formar y seguir creciendo era él”, “yo lo extraño pero no estaba bueno donde estaba, y ahora puedo ver eso”. En su discurso está presente por un lado la constatación de este lugar y su consiguiente disgusto, mientras que por el otro, como se mencionó anteriormente, hay un deseo de recuperar la relación. Esto refiere a una etapa propia del proceso de cambio, que es la ambivalencia. Es el momento en que comienzan a verse motivos para cambiar. En las palabras de Ivana se observan motivaciones contradictorias simultáneamente, como plantean los autores Miller y Rollnick (2020), son los discursos de cambio y los discursos de mantenimiento que coexisten.

Por otro lado, plantea que se siente traicionada: “aposté por una pareja, por un crecimiento de a dos y ahora se termina y no tengo nada. Espero que se dé vuelta y que me diga que me extraña, estoy esperando que se arrepienta”.

En su imaginario su ex-pareja está engrandecida, siempre hay una justificación que lo “salva” por consiguiente resulta ser ella la culpable de muchas situaciones. De esta manera, se conforma un vínculo en el cual queda a la “espera” y subordinada a los deseos del otro.

Se observa una forma sobrevalorada de ver/concebir a los hombres -tanto sus parejas como los hombres de su familia-, quedando ella en un lugar de inferioridad.

En sus relaciones de pareja también se observa desconfianza y miedo: “no querer, no confiar que alguien pueda estar conmigo. Saber, controlar, sospechar de que algo mal me van a hacer”. “Con el papá de mi hija también me pasó lo mismo, me quedó grabada una frase que me dijo: vos crees que siempre alguien te quiere hacer algo, que te lo hacen a propósito”.

Cuando se indaga sobre su primer vínculo de pareja plantea: “le tenía más respeto que otra cosa, parecíamos padre-hija”.

Por otro lado, expresa cansancio de tener que brindar explicaciones, se le pregunta a quién se las dá y responde: “de chica, de adolescente y después de que me separé, por primera vez, le tenía que pedir permiso a mi padrastro, después a mi ex”.

A partir de esta reseña, queda de manifiesto cómo, a lo largo de su historia, Ivana ha estado inmersa en relaciones de dependencia con distintos hombres. Se aprecia cómo estuvo y está constantemente atrapada en relaciones de poder, que en un inicio comenzaron con su padrastro, pero que luego continuaron con otros hombres.

Resumiendo, se constatan en su infancia modelos de figuras parentales masculinas ausentes o violentas las cuales continúan teniendo incidencias, por ejemplo en sus elecciones de parejas y en las formas en cómo ella se ubica en vínculos con personas del sexo opuesto. En los relatos surge de diferentes formas la figura paterna -como lugar de reconocimiento/halago y como vínculo que en cierta forma buscó- quedando de manifiesto la necesidad de este rol en su vida.

1.3 Historia del proceso de enfermedad

En este apartado se aborda el proceso de su enfermedad, que incluye su percepción de salud a partir de las distintas complicaciones, su vivencia de enfermedad y su autopercepción.

En lo que refiere a las diversas descompensaciones en su salud, durante una sesión relata: “hablando contigo pienso que yo no tuve el tiempo de duelo de mi cuerpo, quise tapar esa pérdida que me dejó adentro de casa, que fue peor que la ceguera, luego perdí el riñón, pero seguí, no pasa nada, pero después va pasando, te vas llenando de basura”. Ella plantea que no puede procesar todos los cambios que se dan en su cuerpo, que son irreversibles, en tanto ocurren todos juntos en un lapso de tiempo breve. Asimismo destaca que la amputación es lo que le implicó más esfuerzo de rehabilitación y en la posterior reinserción.

En relación a su forma de transitar la enfermedad, expresa: “me da miedo morir, tengo miedo de todo, necesito que las cosas me vayan pasando de a poquito”. Por otra parte, plantea tener dificultades en torno a llevar a cabo conductas de autocuidado: “todos estos años no cuidé mi trasplante, comía cualquier cosa y era hasta que dure”. A partir de esto, resulta pertinente mencionar que si bien todo proceso de enfermedad está multideterminado, en particular en la severidad de la diabetes, inciden ciertos pilares terapéuticos que se basan en ejercicio, dieta y uso de fármacos, resultando ser un tratamiento complejo (Di Lorenzi et al., 2023). La usuaria menciona que en varias ocasiones, frente a situaciones que la angustian, su diabetes se agrava, desarrollando descompensaciones o fallas orgánicas que terminan con graves problemas en su salud. Hay una asociación entre sus experiencias afectivas dolorosas (como son las rupturas amorosas) con diversas complicaciones en su salud: “me separé y a los meses me transplanté, ahora me separo y de nuevo el riñón”. Es la usuaria quien asocia situaciones

que la angustian con un agravamiento de su diabetes, sin llegar a haber una causalidad directa, la relación resulta evidente.

Respecto a cómo se percibe, plantea que no puede controlar sus emociones: “cuando me quedo sola, cuando estoy mucho acá dentro me angustio, me ahogo”. Además relata dificultades para controlar sus formas de reaccionar.

Se ve como un “desastre”, como desechable, basura, lo que lleva a bajones anímicos importantes: “me autoflagelo, me boicoteo a mi misma”. Queda obstaculizada la posibilidad de verse como una mujer “deseable” y la posibilidad de ser reconocida por otros como persona susceptible de ser amada y valiosa: “me pongo del otro lado y quizás es un no, para mi yo soy un no”.

Se observa la construcción de una creencia de que no tiene valor por ende tampoco sus palabras: “siempre estoy dando explicaciones, me veo que no soy creíble”. Esto lleva a otra creencia en la cual no es merecedora de cosas buenas: “aprendo pero lastimándome, es esa parte masoquista”.

Presenta un sentimiento de lástima por sí misma, si bien lucha constantemente contra eso. Todos estos elementos se vinculan con un posible lugar desde dónde puede estar ubicada, inconscientemente, el de víctima, que será profundizado más adelante.

1.4 “Nudo” del caso

En este apartado se plantea un hito en la vida de la consultante, que si bien ya fue mencionado se profundiza en tanto condensa muchas respuestas de lo que le ocurre actualmente.

Ivana sufrió reiterados abusos sexuales por parte de su padrastro a lo largo de su infancia y adolescencia. Ella quedaba a su cuidado mientras su madre se iba a trabajar, momentos en los cuales ocurrían los abusos.

El abuso sexual queda “solapado”, en un comienzo bajo conductas de cuidado, y luego de adolescente en forma de “pruebas” que ella tenía que pasar para poder tener una pareja: “yo aguantaba para que me dejara tener novio”.

Ivana mantuvo el secreto por años: “a mí me daba vergüenza, sentía que lo provocaba”, esto muestra cómo las víctimas muchas veces no se defienden, no denuncian, sino que se acomodan a las experiencias traumáticas a partir de comportamientos que les permiten sobrevivir en lo inmediato (Intebi, 2017, p. 150).

El adulto inserta a la niña en un mundo de significantes sexuales, porque la sexualiza

precozmente; no pudiendo entender lo que ocurre, encontrándose impedida para producir representaciones simbólicas. Estos silencios guardan hechos que no han sido procesados psíquicamente, que no han sido metabolizados (Gomel, 1997).

Durante una discusión que mantiene con su madre de adolescente logra contárselo: “le dije todo, que él se creía que era nuestro dueño, que me hacía eso desde chica. Mi casa quedó en silencio por días”.

A raíz de esto es enviada a otro departamento con un pariente: “porque estaba loca inventando cosas. Me fui unos días. Cuando volví mi madre nos sentó a los dos (refiriéndose al padrastro y a ella)... Yo asumí toda la culpa y todo quedó ahí”.

Se observa que Ivana escapa de la situación (cuando dice que mintió y asume la culpa de lo que pasó) para evitar el peligro inminente, sin embargo la angustia emerge inevitablemente.

En su familia saben lo ocurrido su madre y su hermana mayor, el resto no tiene conocimiento ya que: “soy siempre la del problema”. Tampoco lo saben otros vínculos cercanos como por ejemplo amigas: “yo pinto ideales, y les digo que mi padrastro nunca hizo diferencias y para adentro pienso los peores escenarios”.

A continuación se analizan tres situaciones que suceden simultánea e interrelacionadamente cuando le cuenta a su madre que fue abusada: las repercusiones familiares que la develación de este hecho ocasiona, los sucesos relacionados al descreimiento de su madre, que culmina en la tercer situación que es el posicionamiento de Ivana en el lugar de “loca”, instalándose también el de la “enferma” a la que “le pasan cosas”.

Este hecho y todo lo que ocurrió luego, que es analizado a continuación, estructuró una forma de ser y de estar en el mundo que continúa vigente.

En relación a las repercusiones familiares, a partir de qué revela el secreto, como plantea Intebi (2017), se desintegró, se deshizo de alguna forma la familia y se generó una profunda crisis. Continuando con los planteos de dicha autora, cabe aclarar que los abusos sexuales ocurren en familias que ya presentan disfunciones vinculares, y a raíz de que el abuso se devela las problemáticas se acentúan. Esto lleva a que en muchos casos prime el interés en las madres por mantener el secreto por sobre cualquier otro.

Ivana es “expulsada” del núcleo familiar, siendo ubicado en ella el problema. Así se fueron instalando sentimientos de confusión, de responsabilidad de lo ocurrido, de impotencia, de rabia y de culpa.

En lo que refiere al descreimiento de su madre, de la recepción que tenga la niña cuando cuenta un abuso, del lugar y de la ayuda que obtenga dependerá la inscripción restitutiva o no que este acto tenga en el psiquismo. Si la madre habilita su vivencia, queda reconocido el abuso como tal, permitiendo otras posibilidades de procesamiento, que la memoria se recupere y que las redes simbólicas de la historia vuelvan a entramarse (Calvi, 2005, p. 50). En el caso de Ivana ocurre lo contrario, su madre no pudo protegerla ni apoyarla, no le cree, siendo este el marco y la base a partir de la cual continúa estructurándose su psiquismo. No solo vivió hechos violentos sino que además se le sumó un exceso de violencia por parte de su madre, quedando totalmente desprotegida y siendo la “culpable” de todo lo ocurrido (Intebi, 2017, p. 50).

Continuando con el análisis, se observa un yo que no pudo tamizar y organizar (descargar y ligar) las situaciones de las cuales fue víctima, esto se relaciona por un lado con la edad de Ivana en ese momento (tenía escasas experiencias previas y una constitución psíquica en formación) y por el otro con la incapacidad de anticipar el hecho en la fantasía, en tanto es inimaginable (Fenichel, 1964).

En relación al lugar que comienza a ocupar, relata cómo es percibida por su madre: “siempre me cayó con las enfermedades”. Ivana es “la que siempre tiene algo”, la “mentirosa”, la “loca”, mientras que su padrastro es concebido de forma muy diferente: “años escuchando la genialidad de él, que no hacía diferencias”. De esta forma no es únicamente víctima sino además “sospechosa”, se sospecha de la veracidad de sus dichos, de sus recuerdos y de sus padecimientos (Calvi, 2005, p. 64).

El lugar enunciativo/simbólico desde dónde surgen estos discursos en torno a Ivana, determina efectos en ella, en tanto vienen de su familia, mayoritariamente de su madre, figura fundamental e imprescindible para una niña/adolescente. El lenguaje por tanto crea lugares, la palabra produce una transformación subjetiva y produce efectos (Lacan, 2009). Parafraseando a Calvi (2005) no hay un acontecimiento en bruto, todo pasa por la realidad psíquica y por los valores imperantes. En este caso, los valores imperantes de su familia la ubicaron en dicho lugar, por lo que además de los abusos se sumó un descreimiento y una consiguiente patologización.

Se observa a lo largo de la niñez de Ivana un cúmulo de experiencias adversas y según Baita (2008): “cuantas más se tienen en la infancia, más hipotecado está el futuro de una persona en términos de salud, no sólo mental, sino también física” (p.57).

Sin embargo, cabe agregar que hace pocos años la madre le reconoció lo ocurrido: “yo no puedo revivirlo para matarlo, yo me equivoqué, me dijo. Para mí eso fue liberador”.

Este reconocimiento en cierta medida le posibilita comenzar a reparar, ya que como plantea Lacan (2009) el primer objeto de deseo es ser reconocido por el otro (p. 259). Este mensaje que le da su madre le otorga valor a lo que le ocurrió y habilita un cambio de su posición subjetiva.

Se puede hipotetizar que las sensaciones de ser “traicionada”, “abandonada”, “de haber dado todo por el otro”, planteadas como resonancias de las primeras consultas -actualmente provocadas por su separación con su pareja- remiten y por ende activan sentimientos de su infancia. Dichas sensaciones se reactualizan con esta ruptura, en relación a su ex-pareja plantea: “cuando se cansó de cuidar, me dejó”. Relacionándolo con su historia, quién también se cansó, en cierta forma, y dejó de cuidarla fue su madre. Frente a esta separación vuelve a vivir un desarraigo, resurgen vivencias y sentimientos: “es ese dolor de no ser querida, de que decidan dejarte, eso es lo que más me duele”.

2. Abuso sexual y construcción de la personalidad

En este apartado se ahonda en algunos de los efectos del abuso sexual infantil en correlación con el proceso de construcción de la personalidad de la usuaria.

Se pretende analizar la relación entre las formas de Ivana de vivir/padecer las rupturas así como la forma de relacionarse con sus parejas con los abusos que sufrió, como hecho que transversaliza su vida.

Comenzando con los efectos, los abusos generan impactos a nivel emocional y físico en tanto traumas psíquicos con efectos excesivamente destructivos para la estructuración de la personalidad (Intebi, 2017, p. 173).

A nivel emocional a raíz del ocultamiento de la verdad por varios años se ponen en marcha ciertos mecanismos de defensa que operan como necesidad adaptativa ante la perpetuación de la situación de abuso sexual, se instauran en el psiquismo del sujeto y rechazan las vivencias traumáticas reconstruyendo una realidad más tolerable (Tesone, 2001, citado por Sorio, 2016).

Estos mecanismos surgen para mantener y restablecer la firmeza de la integridad Yoica evitando toda perturbación considerada como displacentera. La función del Yo es actuar como agente defensivo a través de los mecanismos de defensa (Freud, 1894/1986).

Por otro lado, Vels (1990) plantea que los mecanismos de defensa son funciones psíquicas reguladoras de cargas de energía para mantener el equilibrio. Asimismo agrega que en el funcionamiento de esos procesos coexisten diferencias entre los sujetos, relacionado al nivel de organización del Yo y la esencia de las tensiones contra las cuales se busca

proteger. Todas las personas frente a hechos traumáticos desarrollan mecanismos de defensa, pero agrega que si los hechos traumáticos son recurrentes, como en este caso, la mayoría de los mecanismos se hacen crónicos (p.1). La víctima necesita recurrir a mecanismos de defensa para poder continuar con la rutina, para poder seguir viendo y conviviendo con aquel que abusa de ella, porque si no, no resiste. (Baita, 2008, p. 22).

A continuación se plantean tres mecanismos de defensa que podrían identificarse en la usuaria, que pueden haber comenzado con las situaciones de abuso ya que muchas veces se ponen en funcionamiento por este tipo de víctimas (Racker, 1986).

Un mecanismo es el de conversión o somatización, fenómeno que consiste en convertir, en este caso en particular, en enfermedad física las frustraciones o contrariedades sufridas. Mediante este mecanismo de defensa, a través de la transformación en enfermedad de las problemáticas sufridas, se domina, castiga o retiene a personas del círculo íntimo (Vels, 1990, p. 9). La enfermedad puede ser entonces una respuesta simbólica que busca alterar el significado de la propia historia (Chiozza, 2007, p. 75). De ser así, el sujeto enferma en tanto no es capaz de soportar el drama que esconde su historia, un afecto se resignifica del pasado en una afección actual a través de una jerga arcaica y simbólica (Tatto, 1999).

Este mecanismo está asociado a lo traumático, que se explica debido a la inhibición del recurso de la asociación que resulta de la intensidad de la excitación que detiene esta serie asociativa (Freud, 1894/1991). Hay una transposición de un conflicto psíquico y un intento de resolución del mismo en síntomas somáticos (Laplanche y Pontalis, 1996). Este fragmento ejemplifica lo antes mencionado: “me separé del padre de mi hija y a los meses me transplanté, me separo ahora y de nuevo empiezo a tener fallas”. Vuelven contenidos reprimidos, deformados, como síntomas de conversión (Fenichel, 1964, p. 251).

Otro mecanismo es la formación reactiva, en tanto actitud o hábito de reacción opuesto al deseo reprimido. Se adopta una conducta o reacción, que excluye de la conciencia a los elementos que intervienen en el conflicto, en favor de virtudes morales llevadas al extremo. En el caso de Ivana se da el excesivo control hacia las personas de su entorno, hacia su trabajo, entre otras (Vels, 1990, p. 10). En una de las sesiones plantea: “mi necesidad de controlar es permanente, todo tiene que pasar por mí, esto marca mis vínculos”. La formación reactiva evita los actos permanentemente repetidos de represión secundaria, produciendo una modificación definitiva en la personalidad. Esta modificación de la estructura de su personalidad lleva implícita la idea de que el peligro se encuentra siempre presente, en forma tal que siempre se encuentra preparada (Fenichel, 1964, p. 179). En cierto punto, Ivana continúa temiendo: “buscar, saber, ver si hay algo torcido para ver si hay

que ponerle luz” y en estado de alerta, encontrándose segura sólo cuando controla todo lo que ocurre a su alrededor: “no puedo tener cosas que no puedo controlar”.

Por último, se encuentra el mecanismo de defensa del control omnipotente, en el cual el Yo actúa de modo directo, a través de su omnipotencia, en la aplicación de las medidas defensivas. La acción de tales medidas consiste en el dominio de los objetos, de modo tal que no puedan causar daños al Yo. En una sesión relata: “una hora antes de salir ya tengo que tener todo pronto, tengo la necesidad de dominar el tiempo, prefiero que me sobre y controlarlo”. En esta defensa los objetos deben quedar inmóviles, estáticos o “con la vida en suspenso”. Este mecanismo se observa en tanto, por momentos, presenta dificultades en establecer relaciones de causalidad realistas. Se percibe que las situaciones temidas están configuradas en moldes de escenas primarias, las cuales constituyen el objetivo central del control, escenas que en este caso remiten a los abusos que sufrió y que se reactualizan (Martins, 1966).

Por otro lado, se observa un aspecto conductual, que también puede remitir a su infancia/adolescencia, que se relaciona con mostrar una imagen al resto que difiere con la realidad: “yo pinto ideales, y ... para adentro pienso los peores escenarios”.

Esto puede tener relación con el proceso psicológico de identificación, a partir del cual la persona asimila un aspecto, un atributo de otro, en este caso de su madre, y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 184). Su madre por muchos años “pintó ideales” de su familia, es decir que sostuvo una imagen muy diferente a cómo eran en realidad. La identificación aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro, tomado como “modelo”. En este caso en tanto Ivana es una mujer probablemente tuvo un particular interés hacia su madre, tomándola como su ideal a seguir (Freud, 1921/1976, p.99-100).

3. Hipótesis acerca del padecimiento de Ivana

A lo largo del proceso terapéutico se van elaborando en conjunto los posibles significados de lo que le ocurre a la persona. Esto implica interrelacionar lo que le sucede actualmente con su historia de vida, de esta forma es que se pueden promover cambios individualizados y por ende adecuados y sostenibles. Interpretar no consiste en proponer al sujeto un sentido que va contra lo que cree entender, ni tampoco consiste en imponerse a su aceptación consciente, sino más bien en hacer jugar el enigma que la propia enunciación vehiculiza (Chemama, 1996, p.341).

Para esta comprensión y formulación de hipótesis, como ya se mencionó, se utiliza el psicoanálisis como marco teórico que las sustenta, en tanto busca acercarse a los significados de los síntomas, busca reconocer los posibles sentidos. Como plantea Chemama (1996): “que el sujeto tenga acceso a lo que de ordinario es inaccesible” (p.338).

Cabe mencionar que se considera la multicausalidad de los hechos y el concepto de “causa necesaria pero no suficiente”. Comprender los sentidos, anteriormente mencionados, exige alejarse de la determinación de las causas y buscar en función de la trayectoria de vida. Implica comprender que hay una compleja red de motivos interconectados que inciden en el sufrimiento.

Según Korovsky, (2008) toda enfermedad tiene un sentido que es inconsciente y que está relacionado con la biografía de la persona (p.18). En la misma línea Tatto (1999) plantea que toda enfermedad guarda relación con nuestros estados de ánimo, con nuestros problemas conscientes o inconscientes (p.19). En el padecer actual de Ivana hay dos grandes hipótesis que pueden estar dando sentido a lo que le ocurre, ambas están entramadas, como plantean los autores antes mencionados, a su historia - historia de abusos y de descreimiento- y a su mundo interno vincular.

La primer hipótesis se vincula con la creencia de haber sido la responsable del abuso sexual sufrido, ya que durante la mayor parte de su vida no fue reconocida su historia y su vivencia.

En la medida que cree ser la responsable, que incluye el surgimiento de intensos sentimientos de culpa, merece un castigo. Lo reprimido, en este caso el sentirse responsable, podría estar exteriorizándose en síntomas físicos. Esta hipótesis se fundamenta en el hecho de que los abusos comenzaron cuando ella era una niña y es propio de esta etapa que los niños se hagan cargo de todo lo que sucede a sus alrededores a causa de su “egocentrismo”. Además, entre los 7 y los 12 años, empiezan a comprender que la conducta sexual en la que están siendo involucrados es algo que no está bien. Por estos elementos es que el sentimiento de responsabilidad se acentúa cuanto más temprano haya comenzado el abuso (Baita, 2008, pp. 55-56). Por tanto Ivana puede haberse sentido responsable de una situación que sabía que no era correcta.

A esto se le suma el descreimiento de su madre, que llevó a una ausencia de protección primaria y desencadenó una vivencia de inseguridad básica que continúa estando presente. Cabe agregar que los sentimientos de culpa representan una angustia tópicamente definida, que es la angustia del yo frente al superyó (Fenichel, 1964, p. 159). En la medida que fue culpable merece todo lo “malo”, siendo su cuerpo el destinatario de esto.

La culpa se extiende a otros vínculos, en especial a los de pareja, ella es la culpable de todo

lo que ocurre en sus relaciones: “me dijo que era una egoísta, mezquina, de una manera que me lo creí, me dije soy una hija de puta”.

Si bien el abusador ya no está, puede que ella continúe estando sometida en nuevas situaciones y en nuevos vínculos. Esto se relaciona con el hecho de que las víctimas de abuso sexual viven experiencias de amenaza, sumisión e indignidad. Ocurre un atentado contra la identidad y la autoestima, lo que deja secuelas psíquicas importantes (Perrone y Nannini, 1997).

De alguna forma, luego del abuso sexual, se entretrejieron ideas de responsabilidad de lo ocurrido y de que ella no vale. Así comenzó a gestarse la destrucción de su autoestima: “mi cuerpo es un tabú para mi, pero por lo menos no hubo un desprecio de la otra persona (refiere a un hombre que conoció), pensé que se podía asustar de antemano”. Reafirmando esta línea, Intebi (2017) plantea que las personas abusadas suelen percibirse como sucias y merecedoras de los peores castigos (p.160). Estos son algunos ejemplos que comenta durante las sesiones: “te vas llenando de basura”, “me dejó como a las mascotas”. En otra oportunidad comenta: “no quiero lo que él quiere pero yo lo aceptaba para no lastimarlo, porque está bien, aunque yo me haga bolsa”.

Se observa que se ubica reiteradamente en el lugar de “víctima” en tanto lugar de protección.

Se constata cómo aquella niña, hoy en día adulta, que ya fue victimizada por el abusador, a veces, vuelve a ser lastimada, esta vez por ella misma. Este es un fragmento que lo explicita:

I: El día que lo llame pensé, sabía que no iba a salir bien, como me decís vos, ya sabía lo que iba a pasar (...) Cuando yo tomo esas decisiones yo pienso antes y sé sí lo voy a soportar, veo si puedo someterme a eso o no.

E: ¿Someterte?

I: (Se ríe) Con qué necesidad, ¿no?. Qué mochila que llevo.

Cuando se da un abuso sexual intrafamiliar, ocurre una doble escisión, una es propia de todo trauma, mientras que la otra tiene que ver con la irrupción de la sexualidad adulta en un cuerpo infantil, se rompe entonces a la fuerza el envoltorio Yo-piel, en este caso, de la niña. Se produce una sobrecarga pulsional, libidinal, así como semántica. Este exceso de pulsiones que introduce el adulto, congela al cuerpo de la niña y lo impregna de pulsión de muerte, mientras que esa “seducción” provoca un gran impacto en la construcción de la

subjetividad. Así queda una marca, que desintegra ese yo psíquico y corporal en formación, que tenderá a la compulsión a la repetición (Sorio, 2016).

Se aprecia una percepción de su cuerpo enfermo, como merecedor de cosas malas: “castigalo (refiere a su cuerpo) que yo lo aguanto”. Su cuerpo, por ende, merece en cierta forma la diabetes, el trasplante, la amputación y las descompensaciones. Lo vive como algo transitorio, requiere ser “arreglado” todo el tiempo, por lo que esta falta de autocuidado puede significar o estar representando otra forma de castigarse. Corroborando esta idea, varios estudios concuerdan que las conductas autodestructivas, como la negligencia en las propias responsabilidades, las ausencia de cuidados y las conductas autolesivas son frecuentes en las víctimas de abuso sexual infantil (Gaxiola y Frías, 2005).

Su cuerpo es vivido como doloroso, como un impedimento, como un “tabú”, como un enemigo y siguiendo con esta línea, como culpable (en tanto “provocador”) de su abuso. Por ende, su discapacidad adquirida puede ser su forma de castigarse permanentemente, lo que pone de manifiesto la severidad y la intransigencia del superyó en tanto no hay posibilidad de reversibilidad.

Como víctima de abuso sufrió un daño psíquico, según Sánchez (1997, citado por Revello, 2015) hay una herida que no se puede localizar en el cuerpo y que seguirá produciendo efectos aún después de haber desaparecido el hecho que la ocasionó. A pesar de que el abuso deja de estar no impide que los efectos perduren por lo que funciona como una fuente generadora de malestar (pp.165-166).

El ser la responsable de un acto tan destructivo acarrea la idea de ser “basura” y por ende de merecer boicots, destratos, sometimiento, entre otros.

Concluyendo con esta hipótesis, el sentimiento de responsabilidad por lo ocurrido puede seguir estando en forma inconsciente y por ende continúan operando formas de autocastigo. Esta vivencia se reactiva en determinadas situaciones, como es el caso de las separaciones con sus parejas, donde ella se vuelve nuevamente la responsable de lo ocurrido y por ende sufre grandes desequilibrios en su salud física.

Se puede reactivar además con el hecho de que su hija no quiere vivir más con ella, ya que en cierta forma ella es la responsable de las peleas y de las dificultades en el vínculo. Además, puede ser otro detonante, en tanto evoca ese sentimiento de soledad de cuando su madre no “quiso” vivir más con ella y fue enviada a otro departamento, en palabras de Ivana hablando de su hija: “ella no me habla y encuentro otra pared. La mierda estoy sola, me digo”.

Dichos sentimientos de abandono y soledad están de alguna forma latentes y emergen con cada posible separación, ubicándola en un lugar vulnerable y de mucho sufrimiento.

En relación a la segunda hipótesis, según Chiozza (2007), toda enfermedad es un lenguaje corporal que está encriptado. La relación que tiene la persona con sus síntomas es una relación de sentido (Nasio, 1996, p.19). A partir de esta premisa, se plantea como posible hipótesis que el sentido de su enfermedad, se vincula al poder colocarse en el lugar de la víctima, esta vez sí reconocido por la propia enfermedad.

Esto se relaciona a lo que plantea Fenichel (1964), en torno a los beneficios secundarios, los cuales consisten en ciertos usos que el sujeto hace de su enfermedad. En este caso, los síntomas pueden llegar a adquirir secundariamente el significado de una demostración de la propia vivencia de desvalimiento, de forma de asegurarse una ayuda externa. Esta atención que busca se relaciona con un reaseguramiento y con una promesa de ayuda y protección (p. 516). Protección que en su infancia/adolescencia le fue negada.

Este es un fragmento que representa lo mencionado: “me quería lastimar, me acuerdo una imagen de mi casa, con mi hermano trepábamos y yo pensaba si me caigo me quiebro el brazo y me van a enyesar, y eso está bueno porque voy a ser el centro. Tendría 12 años”.

En el dolor y en la enfermedad busca la mirada del otro, habiendo un doble reconocimiento, el de su existencia y el de su lugar de víctima. La diabetes puede estar significando para Ivana una forma de ubicarse como víctima y ser reconocida desde allí, siendo ésta la salida posible que encontró para su adaptación al medio familiar y su supervivencia allí. Como plantean Laplanche y Pontalis (1996) implica una ganancia suplementaria relacionada a satisfacciones ligadas a la autoconservación (p. 44).

Como se observa en el fragmento presentado anteriormente, este lugar lo busca desde niña, momento en que comienzan los abusos. Podríamos llegar a pensar tanto por sus síntomas como por las consecuencias que estos dimanan, que ha quedado rezagada en cierto período de su pasado. Desde la enfermedad busca el reconocimiento del otro (ese que no tuvo), hay una ausencia interna que necesita llenar, que remite a esa atención que no fue brindada por su madre, conviviendo así su adultez con necesidades que remiten a etapas muy anteriores. En una de las sesiones comenta: “me siento angustiada si paso inadvertida”, esta vivencia de no haber sido escuchada y atendida, continúa estando presente y provoca en ella acciones/conductas para llamar la atención. Ivana se enfrenta así, una y otra vez a los mismos dolores. Esta repetición de lo traumático es una expresión de la pulsión de muerte, íntimamente ligada al masoquismo (Peskin, 2018, p.40).

La modalidad de satisfacción que tiene el síntoma es irreconocible para ella, siente la presunta satisfacción como un sufrimiento y se queja de éste (Freud, 1927/1987).

Siguiendo con esto se plantea que como forma de ser reconocida ella quiere/busca agradar a los otros, a través de que todo le salga bien, que todo sea perfecto, siendo el control el medio por el cual lo consigue: “siempre estoy tratando de buscar la aprobación, me lleno de

responsabilidades y tengo miedo, necesito quedar bien con la gente”. Queda en evidencia su necesidad de ser valorada.

Se observa una compensación hacia el exterior, ella se percibe como: “un desastre, desordenada, no era de libro”, pero sin embargo realiza -frente a los otros- lo siguiente: “antes de hablar me informo, pienso todas las alternativas para dar mi opinión. Yo me encargo de todo, así tenés el reconocimiento”.

Parafraseando a Dos Santos (2012), lo que no cambia es lo que no está simbolizado, que se relaciona con una fijación excesiva de una marca psíquica, de la misma forma que ocurre con un disco de vinilo rayado, que se tranca constantemente en el mismo punto. Hay una grieta que imposibilita que se escuche el resto de la música, hay una herida que deja una marca que nunca más se deshace (p. 77). Su deseo de querer ser vista, escuchada continúa estando vigente: “tengo que sobresalir”, tiene que llamar la atención para, esta vez, sí ser vista, sin embargo esto le acarrea costos muy altos.

Por otro lado, la responsabilidad de lo que tiene queda solapada ya que si bien no se le puede atribuir causalidad al desarrollo de la diabetes, su comportamiento, conductas y hábitos pueden tener incidencia en los posteriores desencadenamientos de la enfermedad.

¿Esto no se asemeja a sus vivencias y sentimientos durante los abusos?

¿No sentía que hacía cosas -comportamientos, conductas-, que provocaban los abusos?. Estas manifestaciones somáticas de la enfermedad en tanto términos de fantasías inconscientes, bajo la luz de este caso, buscan un lugar de víctima asegurado.

Esta compulsión en cierta medida repetitiva de “generar” nuevas consecuencias de la enfermedad (trasplantes, amputación), de acuerdo con esta hipótesis, contiene el anhelo o la ilusión de encontrar a alguien que responda a este llamado de una manera diferente, a la vez que lleva sujeta la imposibilidad de elaborar a través del duelo y el recuerdo. El yo se comporta guiado por la idea de que el síntoma continuará en el tiempo y no podrá ser eliminado, por lo que no queda otra posibilidad más que transigir con esta situación y obtener de ella la mayor ventaja posible (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 44-46).

Si bien logra darse cuenta de que hay patrones que se repiten se vislumbra una gran desconexión con su cuerpo, el “entendimiento” es racional, queda atrapado en el plano intelectual. Como plantea Fenichel (1964), el cuerpo queda “ajeno” al yo consciente, en tanto lo considera como cosa dolorosa lo percibe como no-yo (pp. 264-265).

4. Aspectos abordados durante el proceso terapéutico

“Yo soy yo y mis circunstancias”
(Ortega y Gasset, citado por Korovsky, 2008)

Cuando el filósofo Ortega y Gasset habla de circunstancias hace referencia a: nuestros afectos, vínculos interpersonales, amistosos, amorosos, familiares, sociales, el momento histórico, la historia propia de cada uno, elementos que nos determinan y que hay que tenerlos en cuenta para alcanzar una comprensión de la situación actual lo más cercana y fiel posible.

Es sobre algunas de estas “circunstancias” que se trabaja durante las sesiones. Si bien su motivo manifiesto principal esboza “angustia por la separación con su pareja”, es a partir de este enunciado que emergen otros significantes que van ocupando su lugar en este entramado que conforma su historia.

Es importante mencionar que a lo largo del proceso se utiliza un estilo de conversación colaborativa, propio de la entrevista motivacional. Asimismo en relación a las fases anteriormente mencionadas, éstas aparecen de forma solapada, se cruzan y confluyen. Se realiza énfasis en poder mantener una dirección determinada del tratamiento, centrándose en el proceso de enfocar de dicha metodología (Miller y Rollnick, 2020).

Comenzando con algunas de las áreas abordadas, en relación al vínculo con su madre y al descreimiento de ella acerca de los abusos, Ivana logra reafirmar que hubo una falla adulta en sus cuidados y que ella no tuvo ninguna responsabilidad. Esto se realiza a partir de la exploración de sus ideas y sus pensamientos acerca de los cuidados que necesita una niña y quién debe brindarlos. Dicha exploración se relaciona con la actitud indagadora del entrevistador según la entrevista motivacional, que incluye formular preguntas abiertas a la vez que dirigidas (Ortiz, 2015, citado por González, 2016).

Evocando sus respuestas, en las cuales eran los adultos quienes debían estar a cargo, se presenta el hecho de que aunque las conductas de cuidado no fueron dadas por sus referentes ella desarrolló sus propias habilidades para cuidarse y para realizar actividades de disfrute. En las vivencias de abuso intrafamiliar se borran las funciones simbólicas paterna y/o materna entonces además del hecho, se padece el traumatismo por la pérdida de las funciones parentales (Tesone, 2004, citado por Sorio, 2016, p. 11).

Se trabaja sobre la identificación y la movilización de estas habilidades, previamente desarrolladas, para estimular el cambio de comportamiento relacionado con sus conductas de poco cuidado hacia sí misma. Se destacan todas las acciones que realiza en este último tiempo en torno a su bienestar general, en tanto según la metodología empleada el

entrevistador debe estar atento a las características positivas del sujeto para poder devolvérselas (González, 2016). El constatar sus logros conlleva implícitamente que tenga que correrse de ese lugar infantil en el cual por momentos se coloca, un lugar de espera de cuidados de un otro, y pasar, en tanto adulta, a hacerse cargo de ella misma. Al decir de Lacan (1985, citado por Calvi, 2005) de nuestra posición de sujetos somos siempre los responsables y al decir de Ivana: “somos adultos cuando dejamos de culpar a nuestros padres por lo que somos”. Esto se relaciona con el poder, progresivamente, ir contando otra historia de ella misma.

En relación con lo anterior, se trabaja sobre su lugar desvalorizado principalmente en los vínculos de pareja. Dice Freud (citado por Korovsky, 2008): “el paciente actúa en lugar de recordar, y esta ya es su manera de recordar” (p. 35).

Ivana actúa/encarna este lugar en cada relación amorosa que entabla. Esta posición desestimada acarrea consecuencias en torno a buscar mejores oportunidades dentro y fuera de su casa. A esto se le suma que cuando la mujer se encuentra en situación de discapacidad, muchas veces relega la identificación de sus necesidades, la búsqueda de cómo solucionar problemas y aún hasta el tratamiento médico, en favor de la familia y la sociedad, aspectos muy vigentes y presentes en la vida de Ivana (Amate, 2006, p. 172).

Este lugar menospreciado por momentos incluye la resignación u otras veces algunos cuestionamientos pero se observa una imposibilidad de accionar diferente. Esto se constata a partir de realizarle preguntas dirigidas entorno a sus vínculos anteriores, a las cuales responde: “al principio con mi ex me pasó lo mismo, yo la otra vez pensé esto que me está pasando ya lo viví (refiriéndose al vínculo amoroso actual), yo decía me merezco algo mejor, pero después pensaba ¿será que me merezco o que creo más de lo que me merezco?”.

A raíz de que empieza a salir con otro hombre se comienza a ver cómo sus experiencias no tienen un valor interrogativo, es decir que no cuestiona las certezas construidas y actúa de forma “automática”. En referencia a esto, en una de las sesiones comenta: “estoy pegando un manotazo de ahogado y lo voy a hacer igual. No quiero estar pendiente, si es bueno o malo, se que me estoy haciendo trampa pero necesito hacerla”.

Se plantea que puede estar cambiando de objeto pero no de dinámica de relacionamiento. La repetición de la elección de estas formas de vínculos puede estar asociada al registro inconsciente de desprotección durante su infancia frente a los abusos y a la falta de cuidados maternos. En éstas relaciones puede estar repitiendo inconscientemente dicha situación de desvalimiento y desprotección, de forma de volver a una escena peligrosa que no llega a ver pero que, sin embargo, le guía sus acciones y sus elecciones (Nasio, 2013).

Lo que no puede entenderse se repite, son los rastros del acontecimiento (abuso) que se tornan presente (Calvi, 2005).

Se aprecia una dificultad en asociación y en la movilidad, que lleva a formas de repetición, elementos que van enlazados con el desamparo junto con la repetición de lo traumático. Siguiendo a García (2018) cabe preguntarse: ¿Cómo abordar estos restos fragmentarios, que no tienen ligazón a la palabra pero que se manifiestan en este caso en actos y en enfermedad somática?.

Continuando con esta idea, a raíz de esta frase: “es cómo los ciclos se repiten (llora). Todo lo relaciono con las parejas”, se motiva a darle otro sentido al conectarlo con aquella vivencia de haber sido “dejada”. Ese sentimiento de abandono se vincula estrechamente con no haber sido reconocida, por lo que se reactiva su necesidad interna de ser “mirada” y así se despliega el síntoma como llamado de atención. Como plantea Lacan (2009) el inconsciente es ese capítulo de la historia de cada uno que está censurado, sin embargo la verdad puede volver a encontrarse -generalmente ya está escrita en otra parte- (p. 251). En el caso de Ivana está en su cuerpo, en sus síntomas, en su estilo de vida, en su vocabulario y en su carácter. El inconsciente entonces es una parte del discurso -transindividual- que falta a la disposición de la persona para restablecer la continuidad de su discurso consciente. En tanto el inconsciente es discurso no es individual, es decir que lo que le ocurre a Ivana la incluye a la vez que la trasciende.

A partir de esto se desafía a poner en cuestionamiento su creencia de que no vale, que la lleva a repetir situaciones, angustias, a exponerse a situaciones para demostrarse su valor (las cuales muchas veces no logra sortear como ella espera). Se presenta, o más bien se expone, a situaciones o personas que sabe que pueden ocasionarle daños o malestares, enfrentándose a dolores, decepciones y frustraciones que podría evitar. Se cuestiona cuál es su límite, hasta dónde va a llegar para comprobar/se que es “buena”, cuántas veces tiene que pasar por lo mismo. Se interpela esto quedando en evidencia un pasaje por las vivencias en forma circular, que no integra aspectos pasados. Se le plantea además cómo los temores infantiles continúan apareciendo constantemente e invadiéndola, resultando ser más importantes que los actuales.

Otra de las situaciones sobre la que se trabaja es su vivencia de “alerta” de que le pueda ocurrir algo con sus parejas, o más bien que le puedan hacer algo. Lo paradójico, o no tanto, es que a pesar de dicha vivencia, se vincula mayoritariamente con hombres que no la valoran, la violentan o vulneran, quedando en un lugar inferior y desprotegido en relación a ellos. Esto está íntimamente ligado con el autocastigo, aspecto trabajado con ella. Si bien logra darse cuenta de esto continúa manteniendo este tipo de relaciones, este es un ejemplo sobre la relación que mantiene en ese momento: “me surgen alertas pero veo de ir

conociendo”, “me da alertas todo el tiempo, acá no me tengo que meter es peligroso”.

Se ahonda en esta sensación, en sí le resultaba nueva o ya la había vivido y logra asociarla con su abuso: “yo recuerdo sentir una alerta de que algo no estaba bien, pero no lo dije”. Es decir que en ambos casos ella se da cuenta de lo que ocurre pero aún no logra accionar al respecto.

Esto puede estar relacionado a que en los abusos sexuales infantiles el peligro se percibe de una manera crónica, permanente y distorsionante, en tanto sucede en un lugar donde no tendría que haber ningún peligro (Baita, 2008, p. 58). Ivana por momentos continúa en dicho estado, está a la espera de que alguien la lastime, porque además, en cierto punto, cree merecerlo.

Queda en evidencia cómo el abuso, en tanto acontecimiento de su pasado, mantiene una total actualidad. En relación a esto se plantea que sus conductas, actuaciones o pasajes al acto se basan en los significantes disponibles en el discurso social prevalente del momento en que ella contó que fue abusada, un discurso que la ubicó como “loca” y “culpable” (Peskin, 2021, p.45). Como se planteó anteriormente el inconsciente -discurso- de un sujeto es transindividual, se disuelve qué es de uno y qué es de otro.

Como se mencionó anteriormente, si bien logra hacer la asociación de sus vivencias actuales de alerta con las que experimentó en sus abusos continúa actuando de la misma forma, es decir haciendo caso omiso de ellas. Es a partir de esto que se puede plantear otra hipótesis alternativa, que implica que se consolidó una forma de reaccionar frente a esa sensación de alerta, que incluye seguir o continuar con su vida tal cual está. Como se mencionó anteriormente puede remitir a una identificación con su madre. Como plantea Freud (1921), en la vida anímica del individuo, el otro cuenta como modelo, como auxiliar y como enemigo (p. 67). Es decir que la experiencia vivida con un otro tiene un papel fundamental en la construcción de la psiquis del sujeto, dejando huellas mnémicas.

Por otro lado, se problematiza este lugar de “descartable, basura” esta vez imbricado específicamente en su salud, en la medida que prioriza el bienestar del resto y no el propio, dejando de cuidarse por ejemplo en su alimentación, teniendo actualmente graves consecuencias. Esto descartable, que no sirve, que es incompleto o “fallado” lo representa su cuerpo y lo “encarna” en enfermedades. Se parte de una confianza en su capacidad y en sus habilidades para tomar decisiones adecuadas para su propio bienestar apelando a sus momentos de mayor estabilidad, y a partir de la entrevista motivacional se le plantea devolverle la responsabilidad de tomar tales decisiones. Asimismo, se colabora con la exploración y el descubrimiento de sus propias motivaciones, realizando en varias oportunidades sumarios. Éstos recogen la experiencia de la persona, en este caso se traen

sus habilidades, sus recursos afectivos y cognitivos que logra poner en marcha para atravesar diversas situaciones. Esto favorece la comprensión y la posibilidad de ver en conjunto el material actual y lo que se ha hablado/hecho con anterioridad (Miller y Rollnick, 2020).

En esta área se hace una distinción, ya que plantea como preocupación y como malestar su necesidad de controlar todo, sin embargo se refuerza qué cosas exigen un control minucioso (como por ejemplo su alimentación, sus controles) y qué cosas puede transitarlas de otra manera. Esta distinción tuvo que ver con una de las fases de la entrevista, la de planificación, que incluye una guía de acción, en este caso sobre cómo cuidar su salud. Involucra encontrar formas de realizar, consolidar y mantener dicho cambio, que en este caso incluye desde pensar momentos/lugares en los cuales pueda tener mayor movilidad, pensar cómo está siendo su alimentación, sus controles médicos, sus tiempos de ocio, entre otros (Miller y Rollnick, 2020).

Retomando su necesidad de controlar, se favorece la asociación de ésta con sus dificultades para manejar sus enojos, aspectos que repercuten directamente en sus vínculos significativos. Ella busca controlar todo y a todos a su alrededor, y cuando no lo logra emergen los enojos, los cuales no logra “controlar”.

Queda de manifiesto que los abusos sexuales de los cuales fue víctima incidieron en la construcción de una determinada personalidad que continúa estando presente. Frente a situaciones/vivencias actuales se reactivan en ella sentimientos/mecanismos que remiten a esa situación y continúan generándole angustia, malestares, sentimientos de abandono, entre otras.

Horstein (1993, citado por Calvi, 2005) plantea que recordar no es sólo traer a la memoria los sucesos de forma aislada, sino formar secuencias significativas (p.128). Esto se trabaja con Ivana para poder, a partir del discurso en tanto constructor de identidad, encontrar el sentido/causa de cómo es actualmente pero además formar secuencias que aludan a un futuro diferente, a que hoy sí tiene posibilidades de elegir. Se refuerza el ver lo que le ocurre desde la óptica de la responsabilidad y la elección, pudiendo de esta manera tener mayores posibilidades de acción. Se trabaja sobre sus dificultades en poder establecer relaciones de causalidad realistas, que le permitan por ende tener incidencia y responsabilidad en lo que le ocurre. Esto se relaciona a un mecanismo de defensa que presenta, mencionado anteriormente, el control omnipotente.

En lo que refiere a su cuerpo Ivana menciona la necesidad de ir aceptando lo nuevo y lo perdido, y se abordan sus dificultades en sentirse a gusto consigo misma y segura. Este “cuerpo enfermo”, como lo nombra ella, alimenta su percepción de basura y desvalorizada

de sí misma: “necesito que alguien esté pendiente de mi... Sino como que no tenes a nadie que esté pendiente tuyo, necesito un motor así, que dure lo que tenga que durar”.

Es en tanto un otro. Esto lleva a que las manifestaciones corporales/somáticas aparecen vinculadas a pérdidas objetales de figuras idealizadas (como son sus parejas) o en situaciones vitales que implican heridas narcisistas que actualizan otras muy tempranas (Korovsky, 1967, p. 69).

Se trabaja sobre esta visión de existir en tanto estoy con otro, se desafían sus creencias y se motiva al descubrimiento de sus habilidades, de sus disfrutes y de todo lo que construyó. En una de las sesiones plantea: “Quiero estar yo primero”, a raíz de esta frase se buscó desarrollar en ella una discrepancia, siguiendo los planteos de la entrevista motivacional, que reconozca dónde se encuentra y dónde quiere estar realmente. De esta forma pudo constatar la distancia entre esos dos lugares, viendo lo lejanas que se encuentran sus conductas/comportamientos actuales de sus intereses (Lizarraga y Ayarra, 2001).

En otra sesión comenta que quiere tener paz, se dialoga con respecto a si resulta algo alcanzable, frente a lo cual plantea: “me dejaste pensando con esto, lo voy a trabajar conmigo, capaz yo estaba buscando algo que nunca iba a encontrar y tiene que ver con ver qué es lo que uno espera”.

A partir de esto, se habilita la posibilidad de ver qué es a lo que realmente quiere “llegar” y surge el término aceptación.

Aceptación de lo que vivió, de ella misma, de su familia y de su situación actual.

Aceptar, de alguna manera, la convivencia de la posibilidad de la elaboración con lo penoso de la permanencia del trauma, lo que Primo Levi denominó el “siempre presente” (citado en Fridman, 2007).

5. Consideraciones y reflexiones finales

“El caso clínico (...) dice de uno y de varios, ya que cuando un sujeto habla de sí, sin saberlo, incluye a muchos en su discurso, lo que permite que ese decir particular sea generalizable” (Carrasco, 2017, p.23).

Este caso planteado si bien es singular, también tiene algo de lo colectivo en tanto representa y es testimonio de la historia de muchas mujeres.

Mujeres que fueron abusadas sexualmente de niñas/adolescentes y que como adultas continúan padeciendo sus consecuencias.

Mujeres que además de ser víctimas de abusos fueron sometidas al silenciamiento cuando sus historias no fueron creídas.

Mujeres que se encuentran en situación de discapacidad y que por ende interseccionan la discriminación por ser mujer y por la condición de discapacidad.

Ivana es una mujer, igual que yo. Este hecho determinó sin lugar a dudas la construcción de este caso y la forma de abordarlo.

La elección de este caso, me exigió cuestionarme, como futura psicóloga y mujer, en qué lugar me encuentre y desde dónde quiero posicionarme, elementos que requieren una revisión constante. Reivindico un lugar de reclamos de derechos, un lugar que se aleje de la victimización como único reconocimiento de la situación y se acerque a la empatía, un lugar que no caiga en discursos totalizantes y que, en cambio, sostenga la individualidad como bandera. Las instancias de supervisión colaboraron en esclarecer estos cuestionamientos ya que me permitieron observar y reflexionar acerca de mi posición, las intervenciones y el rumbo de este proceso en cuestión.

Otro de los motivos del por qué de este caso clínico, tiene que ver con continuar pensando(me), reflexionando y debatiendo sobre éste, lejos de llegar a conclusiones o cierres, me propuse abrir otras posibilidades, otras lecturas y visiones. La modalidad de articulación teórico-clínica habilita este tipo de procesos de revisión, por lo que me pareció que era la más adecuada. Me permitió hacer otras lecturas, redescubrir y reinterpretar lo que sucedió en el encuentro clínico.

Asimismo este caso me implicó en lo personal desafíos así como me despertó diferentes emociones desde tristeza, ansiedad, frustración, alegría, enojo, entre tantas otras. En relación a los desafíos, el que me resultó más complejo se relaciona con esos momentos donde la palabra queda obturada, donde el trabajo se encuentra allí, en la "falta" que esa ausencia supone. El desafío estaba en que se volvieran momentos donde Ivana pudiera encontrar palabras, las de ella, para construir otra historia.

El último motivo en relación a la elección de este caso, refiere a que intenta dar cuenta de uno de los modelos de subjetividad presentes en la actualidad, y por ende en la clínica, con un determinado sufrimiento psíquico. El cuerpo de Ivana que fue vulnerado es consecuencia de comportamientos y de fenómenos transversalizados por una dimensión epocal, y que, lamentablemente, representa el de muchas (Untoiglich, 2009, p. 120).

En el proceso terapéutico se denuncia con un otro los sucesos traumáticos sufridos, siendo una vía de empoderamiento para la persona. Reivindico así la importancia de estas instancias, como plantea Fridman (2007) se dá un rescate de las voces perdidas, ya que la

clínica otorga un lugar para que estas historias puedan romper con el silenciamiento impuesto con el objetivo de transformar la realidad que antecede (p. 200).

Continuando con cómo fue el proceso terapéutico, quedaron elementos que no pudieron ser abordados o profundizados, al decir de Ferro (1999), permanece cierta “pena” por lo que en ese entonces no se entendió. Sin embargo, se consolidaron cambios, comportamientos y se modificaron algunas percepciones en relación a sí misma: “me gusta como me veo de lejos, me veo desde arriba y me gusto, me siento tranquila a la única que me debo explicaciones es a mi. Salí de mi estructura, no me callo si algo me molesta”.

Para finalizar creo importante mencionar cómo el abuso sexual puede quedar íntimamente ligado a padeceres físicos y cómo el pasado puede reactualizarse con diversas situaciones de la cotidianidad así como sentimientos, mostrando que la historia muchas veces se encuentra al acecho para volver a aparecer cuando no es simbolizada. Estas vivencias infantiles de abuso sexual quedan imbrincadas en el proceso de construcción de la identidad.

Esta historia muestra la importancia de las formas de actuar y de escuchar cuando los abusos ocurren. Formas que determinan la posterior simbolización, las posibilidades de procesamiento y habilitan o no que la historia pueda volver a entramarse. Muestra la necesidad del ser humano de ser amparado.

Mientras que por el otro hace visible la posibilidad del sujeto de construir herramientas aún cuando el medio no las brinda; así como reivindica el hecho de que entre tanta adversidad también puede haber resistencia, y no caben dudas que Ivana es un claro ejemplo de esto.

6. Referencias

- Amate, E. A. (2006). La discapacidad y la mujer. En E. A. Amate y A. J. Vásquez (Ed.), *Discapacidad lo que todos debemos saber*. (pp. 169-176). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/719/9275316163.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baita, S. (2008, setiembre, 8). El relato de los niños, niñas y adolescentes: Informes periciales. En Centro de Estudios Judiciales del Uruguay, Ministerio Público y Fiscal y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Uruguay, *Jornadas de Intercambio Interdisciplinario sobre abuso sexual a Niños, Niñas y Adolescentes* (Montevideo). https://pmb.aticeunicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=94
- Berenguer, E. (2018). *Cómo se construye un caso clínico: Seminario teórico y clínico*. Ned.
- Calvi, B. (2005). *Abuso Sexual en la Infancia: Efectos psíquicos*. Lugar.
- Carrasco, O. (2017). *Sintagmas sobre la histeria*. Psicolibros Waslala.
- Carrasco, O. (2018). La Clínica Psicoanalítica de La Unión y su inclusión dentro del nuevo Plan de Estudios (PE 2013) de la Facultad de Psicología. En F. Singer y M. Zapata (Comp.), *Psicoanálisis en la Universidad: La experiencia de la Clínica Psicoanalítica de La Unión*. (pp. 23-34). Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del Psicoanálisis: Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. Amorrortu.
- Chiozza, L. (1977). *Cuerpo, Afecto y Lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática*. Paidós.
- Chiozza, L. (2007). *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Libros del Zorzal.
- Cristóforo, A., y Kachinovsky, A. (1992). *Del objeto al sujeto de la consulta*. Roca Viva.

- Di Lorenzi, R., Garau, M., Aída, E., Bruno, L., Barreneche, L., y Melone, I. (2023). Asociación entre diabetes y depresión en una población hospitalaria con diabetes mellitus. *Revista Uruguaya De Medicina Interna*, 8(1), 13–25. <https://revistamedicinainterna.uy/index.php/smiu/article/view/191>
- Dos Santos, F. C. (2012). Cuerpo, angustia y traumatismo: El cuerpo como escenario del traumatismo psíquico en la situación analítica. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. (114), 76-82. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211406.pdf>
- Dumézil, C. (1989). *La marca del caso*. Nueva visión.
- Fenichel, O. (1964). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós Ibérica.
- Fernández, J., Fernández, M., Geoffrey, R., Stucki, G., y Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 775-783. <https://www.redalyc.org/pdf/170/17012323002.pdf>
- Ferro, A. (1999). El juego: Personajes, Relatos, Interpretaciones. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. (90), 54-68. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1288/1109>
- Fridman, I. (2007). Poner en palabras lo traumático: mujeres sobrevivientes del abuso sexual. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (2), 189–209. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i2.3880>
- Freud, S. (1917). La angustia. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 357-374). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916-1917).
- Freud, S. (1976). Psicología de las masas y análisis del yo. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 18, pp. 357-374). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1921).

- Freud, S. (1986). Trabajos sobre técnica psicoanalítica, Recordar, repetir y reelaborar. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 145-158). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S (1986) Las neuropsicosis de defensa: Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 41-68). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1894).
- Freud, S. (1987). Psicoanálisis y psiquiatría. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 223-234). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1927).
- Freud, S. (1987). La fijación al trauma, lo inconsciente. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 357-374). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1927).
- Freud, S. (1991). Las neuropsicosis de defensa. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas*. (Vol. 3, pp. 41-68). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1894).
- García, S. (2018). Desamparo: «Acontecimiento» y repetición. Après coup en transferencia. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. (127), 25-36.
<https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201812703.pdf>
- Gaxiola, J., y Frías, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 363-374.
<https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020634001.pdf>
- Gomel, S. (1997). *Transmisión generacional, familia y subjetividad*. Lugar.
- González, D. (2016). *Estudio del acompañamiento psicológico a las víctimas de violencia doméstica aplicando la entrevista motivacional como herramienta de intervención psicológica en la ciudad de Artigas*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/7738>

- Harari, R. (1993). *El Seminario "la angustia" de Lacan: Una introducción*. Amorrortu.
- Hettema, J., Steele, J., y Miller, W. (2008). Entrevista motivacional. *RET: Revista de Toxicomanías*, (52).
https://www.researchgate.net/publication/277272292_Entrevista_motivacional
- Intebi, I. (2017). *Abuso sexual infantil: En las mejores familias*. Granica.
- Korovsky, E. (1967). *Psicosomática psicoanalítica*. Roca Viva.
- Korovsky, E. (2008). *Desde el corazón del psicoanálisis: Psicosomática psicoanalítica II*. De la casa.
- Labraga de Mirza, M. (2019). Deseo-goce-castración y una ficción japonesa. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (128), 27-44.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/issue/view/5/3>.
- Lacan, J. (2009). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos* (Vol. 1, pp. 227-310). Siglo Veintiuno. (Trabajo original 1966).
- Lacan, J. (2013). La transferencia 1960-1961. En J. A. Miller y J. Granica (Eds.); traducción E. Berenguer (Trad.), *El seminario de Jacques Lacan* (Vol. 8). Paidós.
- Ladeira, R. (1990). *La posición del síntoma*. Roca Viva.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. (1996). *Diccionarios de psicoanálisis*. Paidós.
- Lizarraga, S., y Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 45-53. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0423>
- Martins, M. (1966). Manía y omnipotencia. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 8(1-2), 77-104.
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/428>
- Miller, M., y Rollnick, S. (2020). *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar*. Paidós.

- Nasio, J. (1996). *Cómo trabaja un psicoanalista*. Paidós Ibérica.
- Nasio, J. (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. Paidós Ibérica.
- Nasio, J. (2013). *¿Por qué repetimos siempre los mismos errores?*. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*.
https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Peskin, L. (2018). ¿Qué nos ampara?. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (127), 37-45. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/102/82>
- Peskín, L. (2021). Femicidio, un crimen de odio por exceso de amor. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (133), 45-65. <https://doi.org/10.36496/n133a4>
- Percia, M. (2011). *Inconformidad: Arte, política y psicoanálisis*. La Cebra.
- Perrone, R., y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia: Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Paidós.
- Press, S. L. (2010). *Psicoanálisis y psiquiatría de niños: La eficacia terapéutica de la entrevista de juego*.
https://www.apuruguay.org/apurevista/congresos/2010/Press_Sandra_2070900_3.pdf
- Racker, H. (1986). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós Ibérica.
- Rollnick, S., y Miller, W. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional?.
https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET06_1.pdf
- Revello, M. (2015). *La atemporalidad del trauma en víctimas de abuso sexual infantil: Su incidencia en la construcción del Psiquismo y los registros corporales*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/7866>

- Singer, F. (2019). *La teoría y su noche. Aportes epistemológicos para la investigación en psicoanálisis*. Psicolibros-Waslala.
- Sorio, M. (2016). "La Mala verdad". *Renegación y transmisión transgeneracional en la situación de incesto*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí.
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/trabajos_finales/archivos/30.8_trabajo_final_de_grado_sorio_charruti.pdf
- Tatto, G. (1999). *Cuando el Cuerpo Habla*. Trilce.
- Wettengel, L., Untoiglich, G., Szyber, G., Tallis, J., Rojas, M. y Kaufmann, L. (2009). *Patologías actuales en la infancia: Bordes y desbordes en clínica y educación*. Noveduc.
- Vels, A. (1990). Los mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalítico. *Boletín de la Agrupación de Grafoanalistas Consultivos de España*, (6).
<https://docplayer.es/65852873-Los-mecanismos-de-defensa-bajo-el-punto-de-vista-psicoanalitico.html>