

**Compiladores:**

Alejandra Tabora

Elena Toranzo



# PSICOANÁLISIS RELACIONAL

Espacios intersubjetivos e  
interdisciplinarios  
de creación de significados  
para la salud mental

**Autores:**

Carlos Nemirovsky

Alejandra Tabora

Agustina Labin

Jorge Rodríguez

Joan Coderch

Azucena Borelle

Bettina Calvi

Sabrina Sosa

Carla Altamirano

Gabriela Hourquebie

Diana Rey Flocco

Elena Toranzo

Emilce Sanchez

Florencia Fassione



PSICOANÁLISIS RELACIONAL  
Espacios intersubjetivos e interdisciplinarios  
de creación de significados para la salud mental

**Universidad Nacional de San Luis**

Rector: Dr. Félix Daniel Nieto Quintas

Vicerrector: Dr. José Roberto Saad

**Secretario de Coordinación y Planificación Institucional:**

CPN Víctor Moriñigo

**Nueva Editorial Universitaria**

Avda. Ejército de los Andes 950 - Subsuelo Rectorado

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5110

[www.neu.unsl.edu.ar](http://www.neu.unsl.edu.ar)

E mail: [neu@unsl.edu.ar](mailto:neu@unsl.edu.ar)

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU



Compiladoras  
Elena Toranzo y Alejandra Taborda

PSICOANÁLISIS RELACIONAL  
Espacios intersubjetivos e interdisciplinarios  
de creación de significados para la salud mental

Psicoanálisis relacional / Carlos Nemirovsky ... [et al.] ; compilado por Elena Toranzo ; Alejandra Taborda. - 1a ed . - San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2017.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-733-107-3

1. Psicoanálisis. I. Nemirovsky, Carlos II. Toranzo, Elena , comp. III. Taborda, Alejandra, comp.  
CDD 150.195

### **Dirección Administrativa**

Omar Quinteros

### **Diseño y Diagramación:**

José Sarmiento

Enrique Silvage

### **Ilustración de tapa:**

Autor: Ernesto Bertani

Global, acrílico sobre lienzo - 100x120cm - 2014

ISBN 978-987-733-107-3

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2017 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

## ÍNDICE

<b>Prefacio</b>	7
<b>Prólogo</b>	9
<i>Alejandra Taborda</i>	
<b>Capítulo I</b> Consideraciones acerca de La salud, el déficit y el conflicto. <i>Carlos Nemirovsky</i>	13
<b>Capítulo II</b> Matrices conceptuales para pensar los entramados Subjetivos. <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	21
<b>Capítulo III</b> Un lugar propio. Adolescencias. <i>Jorge Rodríguez.</i>	55
<b>Capítulo IV</b> Impasse. <i>Joan Coderch</i>	61
<b>Capítulo V</b> el posicionamiento subjetivo del analista frente al paciente con afecciones somáticas. Implicancias clínicas. <i>Azucena Borelle</i>	79
<b>Capítulo VI</b> El abuso sexual en la infancia. Lo imposible de Representar. <i>Bettina Calvi</i>	105
<b>Capítulo VII</b> Abordaje interdisciplinario de abuso sexual en la Infancia. <i>Sabrina Sosa; Carla Altamirano; Gabriela Hourquebie y Diana Rey Flocco</i>	123
<b>Capítulo VIII</b> Matrix relacional en psicoterapia psicoanalítica de dos grupos. <i>Elena Toranzo; Emilce Sanchez y Florencia Fassione</i>	143



## **Prefacio**

Con el propósito de comprender la relacionalidad en Psicoanálisis traigo un diálogo entre Einstein y Freud en el que preocupados se preguntaban acerca de algún medio indirecto para desactivar en la medida de lo posible, nuestra disposición a la guerra, Freud sabiamente respondió con dos sugerencias: -favorecer el establecimiento de vínculos afectivos entre las personas, vínculos que pueden ser de dos tipos: del orden de lo amoroso, y del orden de la identificación, que subraya lo común más que lo diferencial entre los humanos e, -impulsar la evolución cultural desde el sistema educativo, convirtiéndolo en una estructura que favorezca el pensamiento independiente, la resistencia a la intimidación y la lucha por la verdad.

El Psicoanálisis Relacional definitivamente sienta las bases de un desarrollo humano saludable en la interdependencia con otros significativos, y particularmente de intensa cercanía e interrelación con los seres queridos. La actividad humana significativa desde su más primitiva a su máxima expresión y en todos los tiempos, se trata de relaciones, ya sea con personas reales en el mundo externo o con la memoria, o una fantasía en el mundo interior; el objetivo principal de esta actividad, incluso en el neonato, es la libertad de expresión en las relaciones.

En su cosmovisión este Psicoanálisis nos pide que procuremos cultivar una actitud reflexiva, autocrítica e investigadora sobre nuestra propia implicación en estos fenómenos y también que nos involucremos en el trabajo interdisciplinar e intercultural, para no perder nuestra capacidad de empatizar con otros y desactivar nuestros prejuicios en la medida de lo posible.

Elena Toranzo



## Prólogo

El presente libro, gestado en el marco de la Carrera de Especialización en “Intervenciones Psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica y Pluridisciplinar”, es el segundo de una serie de escritos que serán próximamente editados. Las compiladoras, tal como lo realizaron en el primer libro, reúnen elaboraciones de reconocidos autores contemporáneos y suman los propios, con el propósito de proveer aportes de enfoques psicoanalíticos relacionales, que operan como sustrato conceptual de diversos espacios curriculares.

En esta ocasión, el énfasis está puesto en las vicisitudes de desarrollos clínicos que subrayan la insoslayable naturaleza interactiva e intersubjetiva contextual e históricamente situada del ser y estar en el mundo. Como telón de fondo, las particularidades con que se reúnen los complejos e inconscientes estados plurales del self y pautas relacionales. En otras palabras, las comunicaciones verbales conjugadas con conexiones implícitas pre-reflexivas, pre-verbales, no-conscientes, que habitan en los enlaces entre los cuerpos y mentes de las personas.

Vicisitudes clínicas que tienen en cuenta diversos giros conceptuales metapsicológicos y relecturas tanto del sufrimiento humano como sus posibilidades de cambio a lo largo de su devenir. Nada ejemplifica más claramente el viraje del péndulo como lo hace el modo en que se focaliza la conflictiva edípica y la problemática narcisista. Edipo lejos de ser un parricida incestuoso, es un niño maltratado y abandonado por sus padres. Entretanto, en Narciso el foco deja de iluminar su autoenamoramiento para captar cómo vive pendiente de su imagen en busca de conjurar la amenaza del rechazo y de ser destruido. Giros que llevan a corrimientos clínicos centrados en el análisis de los conflictos pulsionales y en la culpa para priorizar la vivencia que el paciente tiene de sí mismo y/o en sentimientos tales como la inseguridad y/o la vergüenza y/o futilidad y/o inconsistencia y/o soledad y/o... la multiplicidad de sentimientos que surgen como consonantes con los enumerados. En este marco, las resistencias e impasses en el análisis no siempre pueden ser atribuidos al temor a tomar conciencia de deseos inadmisibles, porque bien pueden deberse al temor de no ser entendido por el analista o sentirse poco ayudado con sus sufrimientos, o... Solo si exploramos con los protagonistas que participan en cada proceso terapéutico, se podrá co-construir respuestas sobre los motivos particulares puestos en juego.

La vigilancia en los terrenos de la teoría, clínica e investigación debe caer del lado de cómo abandonar el paradigma del “o” para poder imbuirnos en los lineamientos de la complejidad. Sólo así es posible soñar con procurar sostener una visión paradigmática de las múltiples aristas con que se puede enfocar los fenómenos humanos. Sueños, que si bien son imposibles de hacer realidad porque siempre

seremos trascendidos por la complejidad, puede propulsar mirar mil veces en la misma dirección dado que, en el mejor de los casos, nunca veremos lo mismo.

En este mirar, pensar, volver a mirar y pensar los desarrollos psicoanalíticos, a lo largo de su recorrido, lograron instituirse como una interpretación de la realidad humana en su conjunto. El Psicoanálisis marcó un camino intenso, apasionado y revolucionario que se extiende más allá y más acá de una corriente terapéutica. Sienta sus influencias en el modo de entender el devenir humano desde el orden biológico a la constitución del sujeto psíquico y con ello en la etnología, la moral, la estética, la religión, los derechos humanos, la educación, el sufrimiento, la salud y la enfermedad, entre otras.

A pesar de ello, o más precisamente por ello, el Psicoanálisis al compás de los cambios que cada época impone, entrelaza movimientos de crisis, renovación, expansión, retracción y reconstrucción. Nos encontramos, por ejemplo, con los escritos de Kandel, Premio Nobel de Medicina del 2000 por sus descubrimientos en neurociencia, quien señala que puede apreciarse un declive de la influencia del Psicoanálisis en los medios académicos y hospitalarios, lo cual es lamentable dado que este campo disciplinar representa todavía el punto de vista más coherente e intelectualmente satisfactorio de la mente humana.

La paráfrasis elegida se ubica lejos de la ingenuidad y seguramente, el lector ya detectó que ella encierra un mal presagio: “puede apreciarse un declive de la influencia del Psicoanálisis en los medios académicos y hospitalarios” y un rescate protector “el Psicoanálisis representa todavía el punto de vista más coherente e intelectualmente satisfactorio de la mente humana”. Todo de la mano de una autoridad instituida, un Premio Nobel, que además refiere la existencia de una co-determinación mutua entre subjetividad, ambiente, contexto histórico-social, vulnerabilidad genética, conexiones neuronales; y como si fuera poco, reconoce las series complementarias, consignadas por Freud, como precursoras conceptuales.

Como todo conflicto, los malos y buenos presagios, más aún si son sostenidos por palabras reconocidas, dinamizan el conocimiento, propulsan nuevas integraciones, marcan el devenir histórico construido a partir de la praxis misma de los sujetos que viven en ella. En su transcurrir, la interacción de al menos dos subjetividades que se reconocen e interpenetran en el marco de intersubjetividades contextualizadas, universales que tallan las relaciones humanas y, provee el deseo de dominio, o al menos, de influir en la consciencia de los otros. Ese otro que tiene la oportunidad de elegir entre dejarse dominar o resistir, a veces a costa de encontrarse con el ontológico y penoso sentimiento de soledad. Esa elección o transacción que ineludiblemente condensa determinaciones inconscientes, por lo tanto de un modo u otro, encierra simultáneamente un conocimiento y un malentendido.

Nuestro campo disciplinar, al compás de la modernidad, creció y se desarrolló inmerso en “templos institucionales”, en su mayoría privados, vigilantes de su “pureza”,

prohibidas las relaciones exogámicas y contradicciones con el líder. Quizás y sólo quizás esto, más allá de lo pautado por la modernidad, era también un movimiento necesario para instituir la revolución conceptual implicada. Recordemos que ella es impensable sin poder y sin ese otro que oficia de modelo, objeto, auxiliar, adversario o enemigo. Así, los psicoanalistas a lo largo del tiempo, fueron llamados freudianos, kleinianos, lacanianos, poskleinianos. Identidad posible de mantener en el interjuego de fuerzas que proponen los desarrollos conceptuales en su interior y la discusión de brillantes disidentes excluidos parcial o totalmente. Las modificaciones en los modos en que se pauta la asimetría y en sentido amplio los cambios institucionales epocales imponen escuchar las advertencias de Kandel y dar nuevos pasos tanto en la democratización del conocimiento como en la construcción de matrices conceptuales que pongan en diálogo los avances de las neurociencias, antropología, filosofía, etología, ciencias cognitivas y jurídicas, teorías de la comunicación, modelos psicosociales y enfoques psicoanalíticos.

En este contexto consideramos que la salud mental exige un estado de equilibrada tensión dialéctica entre la dimensión intrapsíquica y la dimensión intersubjetiva. La primera es la fuente de la imaginación, la fantasía, la creatividad y el arte. La segunda, es el germen de la sociabilidad, del entramado social en el que nos relacionamos unos con otros y del mundo humano de valores y símbolos en el que vivimos.

Los escritos aquí compilados pretenden ayudar a promover articulaciones entre políticas públicas con hallazgos de la investigación académica y que, a su vez, esta encuentre su validación en las prácticas sociales como única fuente de verdadero impacto en la vida de niños y adolescentes que incluye a sus padres y adultos responsables de su salud mental. Implica una actualización en el pensamiento filosófico contemporáneo que resulta indispensable para una posición epistemológica consistente en la formación del psicólogo clínico, particularmente del interesado en psicodiagnóstico y en intervenciones psicológicas vinculados con situaciones especiales del niño/a, adolescente, su entorno familiar y extrafamiliar, tales como: construcciones, deconstrucciones y reconstrucciones evolutivas, resiliencia, potencialidades, traumas, futilidad, abuso, maltrato e identidad, encuentros y desencuentros con otros histórica y contextualmente situados. Todo ello requiere de nuevos desarrollos o integraciones teóricas transdisciplinarias para una comprensión más acabada que permitan sustentar las prácticas de intervención asistenciales, de promoción y/o de prevención de la salud mental.

Alejandra Taborda



# CONSIDERACIONES ACERCA DE LA SALUD, EL DÉFICIT Y EL CONFLICTO

---

**Carlos Nemirovsky**

Al hablar de déficit (y si lo pensamos desde la segunda tópica freudiana) seguramente tendemos presentes las fallas en la estructuración y consolidación de las tres instancias, Yo, Superyo, e Ideal del yo, como formaciones maduras. El Yo, débil, acude más a la disociación que a la represión, y es característica su baja tolerancia a la frustración, y los trastornos en la percepción y en la autopercepción, así como la poca contención de los impulsos y la tendencia a desarrollar más la vida en la fantasía.

El Superyo oscila entre la punición severa y su inacción, por lo que sus intervenciones resultan impredecibles. El aspecto del Ideal (los ideales pretendidos por el Super Yo) es también pobre y los valores que sustenta resultan frágiles, por lo que es frecuente la tendencia a la idealización apresurada y a la rápida desilusión. El resultado entonces, es que los trastornos de la autoestima, son frecuentes.

Estas fallas son producidas por trastornos pre-edípicos (en el vínculo con objetos tempranos) concepción que implica un modelo genético-evolutivo similar al que Freud (1926) anuncia en Inhibición, Síntoma y Angustia, basado en el concepto de línea de desarrollo de Ferenczi, donde enuncia los peligros de desvalimiento psíquico correspondientes a cada período de inmadurez del psiquismo: el trauma de nacimiento y la pérdida del objeto necesitado al inicio de la vida y el peligro de castración en la fase fálica y luego, la angustia frente a un Superyo al período de latencia. Estos peligros, reconocen para Freud una

característica común: pérdida o separación con progresivo aumento de tensión a la vez que imposibilidad de dominarla, características del estado de desamparo.<sup>1</sup>

Plantean Laplanche y Pontalis en el Diccionario de Psicoanálisis (1971), que “el desamparo (Hilflosigkeit) adquiere un significado específico en la teoría freudiana: es el estado en que el lactante, dependiendo totalmente de otra persona para la satisfacción de sus necesidades (sed, hambre) se halla impotente para realizar la acción específica adecuada para poner fin a la tensión de necesidad. Para el adulto el desamparo constituye el prototipo de la situación generadora de angustia” (prototipo de la situación traumática).

Déficit, decíamos desde la perspectiva freudiana, implica fallas intrasistémicas. Visto desde los autores que consideran al desarrollo del Self como su preocupación central, el concepto de déficit significará una estructura debilitada. En estas concepciones, el Self se asemeja a un calidoscopio configurado por múltiples escisiones y sus consecuencias clínicas son:

- difusión de identidad
- falta de constancia objetal
- trastornos en la autoestima
- trastornos la regulación de la ansiedad, y
- especialmente en los esquizoides: la disminución de la vitalidad y del reconocimiento del deseo.

Los pacientes con aspectos deficitarios son clínicamente heterogéneos. No podríamos hacer una caracterización semiológica de ellos, pero muchos nos impresionan en nuestra consulta como autómatas o muertos en vida, especialmente en los períodos en que no se encuentran envueltos en ninguna “acción”. La problemática característica de su relación objetal suele ser bipersonal y no triangular. Y si se encuentran con una situación de duelo, se fragmentan o se derrumban.

Suelen expresarse con una monotonía discursiva y producir irritación o aburrimiento, cuando no son víctima de arrebatos pasionales temporarios. Lo predominante, es la angustia de fragmentación, de dejar de ser, de desaparecer, sin previa señal.

El déficit se expresa clínicamente con las vivencias de vacío y de irrealidad que describíamos en clases anteriores, así como de una sensación permanente de

---

<sup>1</sup>Señala Freud (1926) que la prematuridad del ser humano hace que la influencia del mundo exterior sea más intensa, incrementándose enormemente el valor del único objeto capaz de proteger contra estos peligros...se crearán así las primeras situaciones de peligro y la necesidad de ser amado que ya nunca abandonará al hombre”.

mayor o menor intensidad, de derrumbe, de peligro de fragmentación, frente a las que se ponen en juego una serie de mecanismos conducentes al sobrevivir.

La sexualidad pasa a ser secundaria, a veces utilizada defensivamente, por ello Joyce McDougall (1980) dice que en ellos... "Narciso desempeña un papel más importante que el Edipo; la supervivencia ocupa un lugar más fundamental que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos la problemática del deseo incluso puede aparecer como un lujo."

La supervivencia a la que se refiere McDougall corresponde al intento de satisfacer necesidades del self.

Estas necesidades (que deben ser resueltas en todo ser humano para posibilitar el desarrollo de su psiquismo) son:

Ser sostenido, reflejado, comprendido

- Poder idealizar a un objeto y fusionarse con confianza y constancia para participar así de sus capacidades (tolerar y modular sus emociones)
- Sentirse igual o semejante a otros humanos. El déficit generado en alguno de estos vínculos generará alguna de estas tres transferencias: especular/idealizada/gemelar. (nomenclatura de Kohut).
- Winnicott plantea como necesidad básica del bebé el ser adivinado por su madre, pero luego, desde los primeros años, la necesidad de ser respetado en su intimidad.
- Quizás muchas otras necesidades son las que nos falta describir. Digamos nuevamente que la satisfacción de estas necesidades es tan elemental como las constantes medioambientales que permiten el desarrollo de un ser vivo y habitualmente en nuestros tratamientos, se resuelven o se mitigan gracias al encuadre y a la actitud analítica en la tarea que desarrollamos con el paciente, siendo importantes desde nuestra presencia hasta los aspectos fonológicos del habla (tono, timbre, ritmo de nuestras intervenciones).

Los pasos evolutivos por los que transcurren las necesidades no se pueden saltar ni remplazar y representarán hitos intersubjetivos en cada etapa de la vida. El bebé y el niño dependerán para su desarrollo de la calidad de compañía, de reflejo, finalmente, de la complementariedad de los objetos más tempranos.

No habrá frustración de las necesidades (concepto que reservamos para las pulsiones en conflicto) ellas podrán satisfacerse o congelarse hasta una próxima oportunidad, cuando el medio posibilite su desarrollo.

Como vemos, la problemática en juego en la patología es previa a aquella edípica (libidinal o agresiva). Se plantean *necesidades* de diferente índole: en Winnicott la necesidad de mantener la continuidad de la existencia (aquello que interrumpe es llamado trauma), en la obra de M. Mahler y col. La necesidades son de fusión simbiótica, mientras que Kohut a lo largo de su obra, señalará aquellas que si se satisfacen, permitirán afirmar el sentimiento básico del self<sup>2</sup>

Si el self ha sido dañado -desamparado- por exceso intrusivo o ausencia, en un momento en que es incapaz de representar causas y efectos y cuando aún no es un “centro independiente de iniciativas”, la consecuencia serán estados de confusión, sentimientos de vergüenza y culpa difusos que fragmentaran al Self y las defensas estarán dirigidas a evitar esa fragmentación traduciéndose todo este movimiento como despersonalización.

Estas estructuras deficitarias suelen estar acompañadas y combinadas, con aspectos derivados del conflicto psíquico, pero las estructuras deficitarias (que lograremos ir identificando en la medida que avancemos en el tratamiento) nos llevan siempre a plantearnos hipótesis respecto a aquello que ha motivado esta organización psíquica.

Fairbairn, R. (1941) propone a la libido como *buscadora de objetos y no de placer*; a las zonas erógenas como canales mediadores, y a las fases libidinales como “técnicas del yo” para regular las relaciones con los objetos, fundando las *bases para una concepción que podemos denominar del “impulso primario”* (búsqueda de objetos como motor central del psiquismo), divergente de aquella de “impulsos secundarios” sostenida por Freud: la sexualidad cabalgando sobre los instintos (anaclisis).

Si consideramos el concepto de libido desde la perspectiva enunciada por Fairbairn (libido como buscadora de objetos y no necesariamente de placer) y lo enlazamos con lo postulado por otros autores (aquellos que presentan al Self como centro psicológico del individuo) podemos entender que lo que quedaba fuera del campo del psicoanálisis de las neurosis no era sólo lo corporal, lo orgánico, “la autoconservación”, sino todo un mundo vincular temprano que no encontraba lugar en la metapsicología clásica.

El paciente que especialmente hoy nos consulta lo hace con dudas sobre si mismo, sobre su identidad, trae como síntoma un estado de depresión vacía y

---

<sup>2</sup>Winnicott destaca en muchas oportunidades que las angustias de tipo psicótico tiene que ver con las fallas en la satisfacción de necesidades básicas, por ej. en el libro de cartas *El gesto espontáneo* (1990), pág. 249 “Las necesidades nada tiene que ver con los instintos” ...las fallas a este nivel dan origen a “desintegración, despersonalización, aniquilación, caer para siempre, falta de contacto con los objetos no-yo”. Relacionémoslo con el desamparo freudiano.

convive con sentimientos de futilidad, sinsentido, desesperanza, apatía y anestesia emocional, imponiéndose metas erráticas o compulsivas y necesitando contacto con otros, lo que habitualmente lo lleva a ser promiscuo o indiscriminado en su sexualidad.

Podemos postular que en algunas conductas complejas, manifiestamente sexuales, como actuaciones “perversas”, en el acting sexual del borderline, o en la sexualidad compulsiva, el motor que activa estos despliegues es *la necesidad (de un self precario) de lograr cohesividad, integración o contacto* (problemática esencialmente narcisística)<sup>3</sup> aunque vestida con ropajes edípicos.

Nuevamente, J. McDougall (1987) refiere a estas situaciones:

La búsqueda del otro no tiene tanto que ver con el deseo, como con la economía psíquica de la necesidad sobre la que se asienta la conducta adictiva y las organizaciones de sexualidad perversa, en las que la sexualidad se utiliza como una droga”.

Estos pacientes, deficitarios, intentan hallar objetos que les otorguen los elementos primariamente buscados (sostén, reflejo, apego, constancia, calma, intimidad, etc.). La prioridad en el trabajo de analista no será develar o descubrir sino el tratar de ayudar al self a experimentar su existencia. No se trata de encontrar algo para tenerlo, sino de poder sentir que uno existe.<sup>4</sup>

También, habitualmente se despersonalizan presentando<sup>5</sup>:

- 1- Situaciones de extrañeza frente al propio cuerpo: Trastornos de ubicación (vivir fuera del cuerpo o desdoblados), de límites, tamaño, pertenencia (no reconocimiento de partes).
- 2- Sentimientos de irrealidad, vacío, futilidad, sinsentido: Sentirse “dentro de un sueño”, autómata, robot, anestesiado, insensible. Acompañados de afectos depresivos sin autorreproches.

---

<sup>3</sup>Narcisismo en el sentido que Kohut lo define, no por el objeto que es cargado, sino por la *calidad del vínculo*. El vínculo narcisista con el objeto del self lo torna imprescindible en la constitución, armonía y continuidad del self. Es parte de ese self y su ausencia o alejamiento no deriva en duelo sino en colapso.

<sup>4</sup>Green señala en “Locuras privadas” que estamos en tiempos en que Hamlet resulta hoy más vigente que Edipo. Aunque si pensáramos a Edipo desde su nacimiento hasta el asesinato de Layo, veríamos las similitudes con Hamlet.

<sup>5</sup> Tomado y modificado de Hoffmann, M (1984)

- 3- Alteraciones del sentimiento de evidencia: Fenómenos de deja-vu y jamais-vu. Dudas de lo sé que sabe, de lo que se ve, no convicción ante la evidencia.
- 4- Afectos que acompañan la vivencia: perplejidad, incertidumbre, “angustia”.

Mientras que las técnicas para salir de la despersonalización son:

- a) Autoestimulación: masturbación, tomar bebidas fuertes o comidas picantes, drogas, ejercicios violentos, deportes riesgosos, miedo o vértigo autoprovocado.
- b) Uso no habitual de la percepción : oler partes del propio cuerpo para reconocerse. Escuchar música para recomponerse. Tocarse como rito. Lastimarse, golpearse, clavarse las uñas.
- c) Ocultamiento: especialmente detrás de defensas paranoides.

También señala Hoffmann, M. (1984) que la despersonalización aguda, para las teorías del Self, tiene el valor de la angustia señal (Freud, 1926) para la teoría clásica. Clínicamente se observa en pacientes narcisistas (Trastorno Narcisista de la Personalidad de Kohut), esquizoides (Fairbairn, Winnicott), “fóbicos pregenitales” (Bouvet), depresivos, pánicos, duelos patológicos o instalados bruscamente.

Implica una amenaza a la integridad, continuidad, cohesión del Self.

La despersonalización crónica indica fragmentación o desintegración instaladas.

En la captación de fenómenos de despersonalización la contratransferencia desempeña un papel fundamental.

Los estados afectivos inherentes son de difícil transmisión (compleja metaforización).

### **Algunos aspectos del encuadre en estas patologías**

Para aquellos pacientes -deficitarios- que necesitan del encuadre *como una "acción específica"*, éste resultará la forma por la cual el analista ejerce profesionalmente la provisión ambiental especializada, permitiéndole al paciente que usufructúa

de ella, desarrollar en la transferencia aspectos del self que quedaron congelados en su evolución.

Winnicott en 1954, dice:

... la idea del psicoanálisis como arte, debe ceder gradualmente ante el estudio de la adaptación ambiental relativa a las regresiones de los pacientes... Pero mientras se siga sin desarrollar el estudio científico de la adaptación ambiental supongo que los analistas debemos continuar siendo artistas en nuestro trabajo. Sería agradable, poder aceptar en análisis solamente a aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses de vida hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas. Pero esta era del psicoanálisis se está acercando irremisiblemente a su fin.

Hoy, muchos de nuestros pacientes requieren de un cuidadoso encuadre, para que esta vez, la réplica o sustituto de los cuidados maternos, posibilite una *novedosa edición*: ellos nunca han experimentado, por ende no han incorporado, un encuadre para su vivir, necesitan de esta edición para poder continuar con su desarrollo. Adecuado para el desarrollo de esta forma de transferencia.

Sobre la relación encuadre/transferencia, comenta Puget (1991):

“No todo es transferible en cualquier encuadre, mientras que la teoría de la transferencia ‘clásica’ presupone que todo es transferible” (...) “no hay posibilidad de desplegar la transferencia porque el encuadre no es el adecuado”.

De esta manera, Puget jerarquiza la ecuación encuadre-paciente. El resultado de la misma será aquel encuadre que, por posibilitar el despliegue transferencial, otorgue viabilidad al desarrollo del proceso psicoanalítico.

## **Bibliografía**

Fairbairn, W.R. (1941) A revised psychopathology of the psychosis psychoneurosis. Int. J. Psycho-Anal. Vol.4, pags. 751-81.

- Fairbairn, W. (1978) Revisión de la psicopatología de las psicosis y psiconeurosis. *En Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires. Hormé.
- Freud, S. (1926) *Inhibición, Síntoma y angustia*, O.C. T.XX Amorrortu E. 1976, p.130.
- Green, A. (1975) El analista, la simbolización y la ausencia en el marco psicoanalítico. De locuras privadas. Amorrortu, Bs.As., 1994
- Hoffmann, M. (1984) Desarrollo temprano del Self. Revista Psicoanálisis Apdeba. N.2/3
- Laplanche y Pontalis (1971) Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor
- McDougall, J. (1980) Plea for a Measure of Abnormality. N.York: Int.Univ.Pres.  
En  
español: Alegato por cierta anormalidad. Bs.As. Petrel. Segunda Ed. (1993)  
Pág. 272.
- McDougall, J. (1987) *Teatros de la mente*. España. Ed. Tecnipublicaciones.
- Nemirovsky, C. (1993) *¿Otros analistas, otros pacientes?*. Reflexiones acerca del psicoanálisis actual. Actas XXVIII IPA Congress, Amsterdam.
- Puget, Janine (1991) Entrevistando a Psicoanalistas. Reportaje del Dr. M. Spivacow. Psicoanálisis, XIII, 2.
- Winnicott, D. (1954) Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. *Escritos de Pediatría y psicoanálisis*. Pag. 377. Ed.Laia, España.
- Winnicott, D. (1990) *El gesto espontáneo*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

# MATRICES CONCEPTUALES PARA PENSAR LOS ENTRAMADOS SUBJETIVOS <sup>1</sup>

---

**Alejandra Taborda y Agustina Labin**

### **Introducción**

Desde hace algunas décadas, los desarrollos psicoanalíticos se enfrentan al desafío de dilucidar qué aspectos de la teoría quedan abrochados al modo en que se pautaba la constitución subjetiva en el siglo pasado y cuáles los trascienden para poder dar respuestas a las problemáticas actuales, así como, responder al reto de efectuar ampliaciones teóricas referidas a los efectos estructurantes de la dimensión relacional a lo largo de la vida. En sentido estricto no existe mente aislada, tanto desarrollo como trauma devienen en la dimensión relacional intersubjetiva contextual e históricamente situada (Bleichmar, S. 2016; Coderch y Plaza Espinosa, 2016; Dio Bleichmar, 2015; Muller, 2009).

Desde este enfoque, los invitamos a poner la mirada en las constelaciones intrapsíquicas que se configuran en el transcurrir de la primera infancia y la niñez, desde la intersubjetividad primaria a la terciaria, inmersas en la vida íntima de la matriz relacional, con sus peculiares tramas interactivas, recíprocos intercambios, espejamientos e influjos no lineales. El devenir humano se configura en las complejas correlaciones entre las propiedades genéticas y congénitas, experiencias vividas y múltiples combinaciones conscientes e inconscientes que de ellas surgen. La autoestima, recursos de apaciguamiento, capacidad deseante, modalidades de desear y sus contenidos temáticos, dominancia, concordancia y contradicción entre ellos, sistema de alerta, tiempo de espera de la resolución del displacer, angustia de

---

<sup>1</sup> Este trabajo es una revisión de otro publicado por las autoras en la revista Investigaciones en Psicología - Facultad de Psicología - UBA

desintegración y fragmentación, triunfos y avatares, son estructurados en dicho interjuego. H. Bleichmar (2015) refiere que en diferentes marcos teóricos se explica la importancia del espacio relacional en la configuración de las funciones psíquicas y presenta un aporte superador al señalar que la función deseante tiene su génesis e historia en las relaciones con los otros. El núcleo inicial con que el nacemos, requiere ser desarrollado, su energía no está limitada a sus orígenes y, sus formas de manifestación no están preformadas para luego desplegarse o reprimirse. Lo del otro adquiere existencia en el niño a partir de dos procesos básicos: la identificación y efectos estimulantes/estructurantes que su actividad genera en las constelaciones internas. Desde esta perspectiva, proceso de separación, constitución psíquica y subjetiva se interpenetran en convivencia dialéctica con los procesos de identificación, consonantes con la capacidad de querer, empatía, vivacidad, disponibilidad, capacidad negociadora de los adultos que conforman la red vincular encargada de los cuidados del niño. Tales efectos quedan registrados como recuerdos, función, capacidad de poner en acto, de ejecutar una cierta actividad y en lo profundo de nuestros sistemas biológicos, fisiológicos, intrapsíquicos y relacionales. Según esta línea de pensamiento, para arribar a la complejidad del inconsciente es necesario distinguir entre: a) Lo originariamente inconsciente, aquellas inscripciones que directamente se realizan en el inconsciente, sin que existan mediaciones conscientes. Se trata de inscripciones generadas por la acción del otro que transmite ciertas representaciones cargadas de afecto, sin que ello haya pasado por la consciencia de uno ni de otro protagonista. Gran parte de los intercambios emocionales presentes en las interacciones entre el sujeto y otros significativos tienen esta cualidad. El inconsciente de procedimiento, no reprimido, se encuentra inscripto en el cerebro, predominantemente en el hemisferio derecho, a modo de innumerables redes y neurocircuitos que al activarse e interconectarse entre sí dan lugar a las emociones, representaciones, recuerdos y pautas de relación que dirigen nuestro pensamiento y comportamiento, aunque la mayoría de ellos no lleguen a hacerse conscientes. b) Lo secundariamente constituido, corresponde a aquello que habiendo estado en primera instancia en la conciencia fue relegado al inconsciente por la angustia que producía su permanencia. c) Lo no inscripto en el inconsciente o lo no constituido, “el código de peligro produce la no inscripción de ciertas representaciones del código de placer” (Bleichmar, H., 1997, p.150). Los sujetos para quienes el mundo fue registrado como peligroso y ellos como impotentes, no tiene inscripción de representaciones de los objetos como apetecibles, protectores y la representación de sí como valiosa. Cabe hacer notar que es muy diferente entender que un contenido se constituya en la mente del sujeto como objeto de deseo y que por culpa, persecución o conflicto lo reprima y funcione como si no existiera; a que ese contenido no se inscriba. Asimismo, los primeros años son fundacionales y configuran relevantes puntos de anclaje de la identidad. Investigaciones

neurofisiológicas, certifican que las experiencias emocionales del niño durante los primeros 18 meses –edad en la que no se ha iniciado la mielinización del cuerpo calloso ni la maduración del hemisferio izquierdo al ritmo del derecho- permanecen inscriptas en el hemisferio derecho, formando un self implícito no verbal y solo se puede llegar a ellas a través de nuevas experiencias emocionales (Schore, 2011; Tronick y Gianino, 1986). En palabras de Coderch (2012) “nos hallamos cabalgando continuamente a lomos de la memoria de procedimiento (inconsciente implícito no reprimido) en la que se acumulan experiencias, aprendizajes, emociones, pautas, formas de estar con otros y comportándonos de acuerdo a este saber prereflexivo” (p.130).

Los movimientos progresivos/ regresivos y las múltiples combinaciones conscientes e inconscientes de la experiencia vivida, trascienden la primera infancia, porque -a lo largo del transcurrir vital- con el respaldo de la plasticidad neuronal los encuentros con otros, con el mundo cultural y natural tienen la capacidad de producir nuevas inscripciones que inducen cambios en el interior del psiquismo y por ende, en las relaciones con los otros. En el interjuego relacional de un entorno favorecedor y proveedor de experiencias saludables es relevante que la respuesta reflejante del o los otros significativos resulte simultáneamente congruente con el sentimiento vivenciado y “marcada” para señalar que el estado mental es comprendido y compartido, pero de una manera distinta, que su experiencia de tal vivencia o estado mental no es exactamente igual, es otra versión. La marcación de la diferencia permite la internalización de la experiencia elaborada y transformada en tolerable. Paradójicamente, esta dinámica se emplaza entre la repetición del determinismo que las dimensiones relacionales intersubjetivas construyen y la posibilidad de crear, recrear intrasubjetivamente experiencias vividas en múltiples mixturas que darán lugar a lo particular, con sus márgenes de libertad.

Para trazar un eje conceptual que permita agudizar nuestra mirada sobre las construcciones que devienen entre las primeras ligazones amorosas, un segundo tiempo de diferenciación amorosa y el descubrimiento de la alteridad del otro recurrimos, como figura didáctica, a puntualizar diez hitos evolutivos. Dimensiones que son señaladas como emergentes en el marco de la complejidad de procesos no lineales de la constitución subjetiva. Cada uno de ellos, a lo largo de nuestras vidas, con inacabados movimientos progresivos/regresivos en el que cada nuevo paso convoca, reorganiza, provee, reconstruye el modo de ser y estar en el mundo con otros y consigo mismo. Realizada esta salvedad procedemos a puntualizarlos, incluimos en el primer tiempo de ligazón amorosa: 1) el mundo de representaciones imaginarias de la preconcepción; 2) la elaboración de la pérdida de la vida intrauterina y su par complementario tomar la vida y 3) los primeros progresos en los procesos de discriminación. En el segundo tiempo de diferenciación amorosa ubicamos: 4) la capacidad de realizar el primer acto de posesión, de representar, de

crear espacios intermedios que se expresa en la posibilidad de ligarse a un objeto transicional; 5) los procesos de diferenciación entre personas y objetos conocidos o desconocidos; 6) los pasos hacia la autonomía motriz, la exploración y el conocimiento de los riesgos; 7) el desarrollo de la capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado. En el tercer tiempo de descubrimiento de la alteridad del otro consideramos: 8) la discriminación entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro que pone en juego tanto el amor a sí mismo y a los otros como el descubrimiento de la diferencia de sexo y primeras elecciones constitutivas de la identidad de género; 9) el descubrimiento de la privacidad de la mente y el resignar que otros piensen por él y en él; 10) el pasaje de las leyes y mitos familiares a las múltiples legalidades. Compartir con otros tolerando las diferencias.

Las constelaciones internas señaladas, constituidas a modo de capas que se entretejen, conforman un caleidoscopio para analizar la dinámica involucrada tanto en las vicisitudes que presenta el desarrollo evolutivo como en las configuraciones de diversas dificultades.

En este capítulo, en pos de delinear un marco teórico que permita repensar el diagnóstico en la niñez con las necesarias diferenciaciones entre dificultades que expresan déficits en la constitución psíquica de las que refieren conflictos posteriores, propios de un psiquismo que cuenta con recursos internos. Las perturbaciones por déficits se centralizan, con diversos grados de profundidad, en el transcurrir de las primeras ligazones amorosas y lo que hemos denominado tiempo de diferenciación amorosa.

## **Primer tiempo de ligazón amorosa**

### ***El mundo imaginario de las representaciones de la preconcepción***

Mucho antes de anunciarnos en el vientre materno nacemos en la mente de otros; otros que van más allá de los padres para incluir abuelos, tíos, a toda la familia extensa que a su vez encarnan la transmisión de los mandatos sociohistóricos. Desde esta perspectiva, acuñamos el concepto de función materna ampliada o madre grupo como una extensión de la función materna, para incluir tanto a la madre o su sustituto, como al grupo encargado de sostenerla y duplicar los cuidados que recibe el bebé. En el psiquismo del bebé estarán presentes tanto el cuidado concreto como la trama relacional que se configura en los intercambios emocionales entre todos y cada uno de los participantes emplazados contextualmente (Daher y Taborda, 2013). Para constituirse en un medio proveedor y facilitador del desarrollo del niño, se requiere del vívido reconocimiento, en términos de Benjamin (1996), tanto de él como de sus padres y cuidadores. Cómo

miran al niño y se miran entre ellos, cómo experimentan y conciben el placer y el dolor, cómo se ven a sí mismos ejerciendo la función parental forman parte de la concepción que el sujeto arma de sí.

Recortemos la mirada en los progenitores y detengámonos en los niños de alrededor de 3 años para ponernos en contacto con los orígenes del deseo de tener un hijo. Podemos verlos jugar a cuidar, arropar, acunar, educar a un muñeco predilecto, una mascota, a un otro más pequeño, más vulnerable. Luego, en el transcurso de la niñez y adolescencia, por diversas reconstrucciones que la complejización evolutiva propulsa, y por el descubrimiento de lo infinito de la dimensión temporal conlleva a reconocer la muerte, con la angustia que ello implica, se vislumbra la dimensión transubjetiva y nuevamente surge la posibilidad imaginaria de un bebé plausible, ahora con el legado central de trascendencia. Desde esta óptica, se emplaza el reconocimiento de la incompletud ontológica -necesito de otro- y la ilusoria fantasía de vivir a través de otro.

El devenir madre se realiza al compás de las transformaciones corporales, la presencia en el vientre materno desencadena intensos movimientos en el mundo de las representaciones maternas y, de estar presentes, también paternas con sus similitudes y diferencias. Investigaciones dan cuenta que en los últimos años, se diversificaron las modalidades subjetivas de vivir y expresar la paternidad acompañadas de nuevas lecturas de su función. Se pone en valor la disposición tanto de sostener y acompañar a su pareja, como proteger y criar a su hijo (Ammaniti y Trentini, 2011; Grimalt y Heresi, 2012). Con diversos matices, el padre deposita la confianza de que otro cuide y comunique los estados que el crecimiento intrauterino del bebé promueven, con los concomitantes sentimientos de inclusión/exclusión que esta realidad genera. En ambos padres se conjugan deseos de trascender y tener algo propio; duplicarse, reflejarse y ampliar los ideales; renovar viejas relaciones; reelaborar la relación con los padres; concretar sueños y oportunidades perdidas. La función del padre no es secundaria a la de la madre, sino todo lo contrario, en el mejor de los casos ambos se complementan para configurar la red vincular capaz de favorecer el bienestar y desarrollo del niño (De Aguiar, Santelices y Pérez, 2009; Nieri, 2012). La historia de cada uno de los padres y de ellos como pareja otorgará un lugar particular al niño y tallará deseos e ideales puestos en él. En el interior de la mujer y frecuentemente entre los progenitores o sustitutos se gesta otra vida y con ello una estructuración de la identidad como mujer, como hombre, como futura madre o padre, como pareja de su compañero/a, como trabajador/a, como hija/o de sus padres y como miembro de la cadena intergeneracional. En paralelo a la gestación se conjugan imágenes, temores, esperanzas sobre el bebé como hijo propio y de la pareja, como nieto, como individuo con su propio temperamento, apariencia y porvenir para dar lugar a las representaciones mentales parentales. Así, al parto concurren al menos tres bebés: el de los sueños de la infancia y adolescencia, el imaginado durante la

gestación y el real (Brazelton y Cramer, 1993; Stern, 1991; Stern, Bruschweiler-Stern y Freeland, 1999).

### ***Elaboración de la pérdida de la vida intrauterina y su par complementario tomar la vida***

La experiencia de nacer se puede presentar con diversas vicisitudes, los partos que no presentan problemas y conllevan la experiencia de poder dar y tomar vida, aquellos que si bien tienen dificultades la recuperación materna y los cuidados tempranos pueden sanearlas y los que dejan marcas difíciles de revertir. La bibliografía psicoanalítica, por ser una experiencia cercana a la muerte, se inclinó a pensarlo como trauma (Rank, 1924/1991). En cambio Moreno (1966), lo describe como un acto de creación que instala el yo puedo. Tomamos estos aportes contrapuestos, traumatismo/creación, para señalar que, en el parto que no presenta dificultades y en el que las presenta en grados tolerables, se yuxtaponen ambas vivencias.

El nacimiento interrumpe el estado de completud, todo cambia y el bebé se enfrenta con su primera conquista “vivir” y también su primera pérdida “el primer duelo”. El ser humano nace en un estado tal de indefensión, que su desarrollo depende del encuentro con otros capaces de proveerle cuidados, en cierto sentido, similares a los que tuvo en el vientre materno, dado que la posibilidad de esperar aún no está presente. Todo pasa en el aquí y ahora, no se puede mantener la esperanza de que ya vendrá, no se puede discernir que la madre grupo que frustra es la misma que gratifica e integrarla, para el bebé es buena o caóticamente mala. El bebé viene de habitar un mundo, en el cuerpo de su madre, donde la regulación de estímulos luminosos, sonoros, las necesidades alimenticias, térmicas y de sostén están satisfechas, la dimensión tiempo presente/ausente irrumpe en la relación recién luego del parto. Por la inmadurez con que se nace todo lo que provoque sensaciones placenteras o displacenteras genera un proceso mental primitivo, rudimentario, que se ubican como efecto de una causa intencionada. El bebé lo vive como “me da placer” o, “me daña”, “me quema”, “me estruja”. Los estados como hambre, frío, sueño, despiertan las más penosas vivencias de aniquilamiento, sofocación, ahogo y desdicha (Del Valle Echegaray, 1990).

Asimismo, estudios relacionales han mostrado que en el nacimiento, se segregan hormonas que impregnan de opiáceos los sistemas corporales de la madre y el bebé. Un complejo hormonal facilitador de oxitocina y endorfinas que al conjugarse con procesos subjetivos de reconocimiento puede favorecer el cuidado y la relación de apego (Odent, 2002). Poco a poco y con muchas idas y venidas, se va configurando una red de conexiones y emergen las primeras impresiones repetidas del olor, gusto de la leche, temperatura, respiración, latidos, voz y mirada que se van integrando y diferenciando. El acto de alimentar

trasciende el hecho de succionar y proveer leche; es un momento de encuentro y mutualidad, de placer de recibir/dar, descubrirse/descubrir, incluye la totalidad del cuerpo y configura un ordenador del desarrollo en sentido amplio; cuidados preverbales que configuran el self implícito del cerebro, representante del sustrato biológico del inconsciente dinámico.

La comunicación interhumana mímica, rítmica y sonora transmite los primeros sentimientos de seguridad/inseguridad. Winnicott (1971) señala que la psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico. Durante los primeros meses, el bebé es el ambiente y el ambiente es el bebé, los procesos de discriminación adentro/afuera, interno/externo son incipientes por lo que depende absolutamente de la adecuación de los adultos a su prematuridad; reflejada en el modo en que se lo sostiene, manipula y promueve su capacidad para relacionarse con el mundo. La manera en que se lo toma en brazos está relacionada con la capacidad de identificarse con él, de saber qué siente para así proveerle un sentido de continuidad, existencia, de ser uno. Sostenerlo psíquica y físicamente constituye un elemento básico en el cuidado. Cuando esto no sucede adecuadamente queda inmerso en una angustiada sensación de desintegración, de caer interminablemente y la realidad externa no puede usarse como reaseguro. Los brazos que sostienen “arman” al bebé, lo contienen de sus movimientos poco coordinados y de las descargas que se producen a través de la musculatura; lo cual le permite descubrir los límites de su cuerpo, de su piel como un órgano de contacto entre el afuera y el adentro. Cuando la madre grupo manipula tiernamente al bebé, lo acuna, alimenta, cuida en sus ciclos de sueño y vigilia, favorece el desarrollo de la integración psicosomática; lo cual se traducirá en capacidad de disfrutar de las experiencias de su funcionamiento corporal, vivencia de ser, logro del tono y coordinación muscular. De este modo sienta bases de la alegría de vivir, esperanza y, paulatinamente, de guardar una imagen interna de los cuidados recibidos que permitan imaginar soluciones frente a dificultades tolerables (Schore, 2008).

El bebé es un participante activo, se relaja, sonríe, con su cuerpo recorre las curvas del cuerpo de quien lo abraza, se amolda, se incorpora, comunica lo apacible del contacto. La introyección de la delicadeza de los cuidados tempranos recibidos, del conjunto de funciones de protección, sostén, acompañamiento y consuelo configuran las primeras ligazones amorosas, la capacidad de soñar despierto, la paulatina regulación de sus ritmos y progresivo incremento del contacto visual, auditivo, muscular con la realidad externa. Quienes pueden dejarse enseñar por el bebé sienten ternura, encanto, alegría por producirle placer, por apaciguar sus angustias. Cuando los cuidados no son lo suficientemente buenos estamos frente a la privación emocional, en la que es posible que se ocasionen diferentes bloqueos en la construcción de la capacidad de relacionarse consigo mismo, identificarse con otros y, de ponerse en el lugar del otro, generando una caparazón que oculta el

verdadero self detrás del falso self que, en su extremo psicopatológico, provoca una sensación de vacío, futilidad e irrealidad.

### ***Los primeros progresos en los procesos de discriminación***

Los procesos relacionales intersubjetivos de discriminación se complejizan, el bebé se torna un interlocutor más activo que deliberadamente busca influir en el otro, aun en el marco de la dependencia absoluta que caracteriza estos primeros trayectos. Las interacciones corporales manifiestas y escondidas continúan armando los equilibrios homeostáticos supraindividuales, madre y bebé prosiguen regulándose recíprocamente. Regulaciones que impactan en el sistema inmunitario, la leche incide en la frecuencia cardíaca, el contacto en la temperatura y nivel de actividad, la estimulación vesicular por acunamiento en el equilibrio emocional y la conducta motriz. Los correlatos entre fisiología, emociones y biografías dan lugar a historias psicósomáticas singulares en las que cuerpo, memoria emocional y sentimientos de seguridad se entrelazan. Correlatos que evidencian la necesidad de dejar atrás concepciones de cuerpos sin mentes o mentes incorpóreas flotando en la nada. Estudios recientes muestran que las caricias estimulan la actividad del surco temporal superior derecho referido como “cerebro social”. Hallazgos que marcan interrelaciones entre tiernos cuidados corporales y futuros procesos de mentalización que habilitan la vida interior e interés por los estados mentales de los demás, a lo que se suma el funcionamiento de las neuronas en espejo (Brauer, Xiao, Poulain, Friederici y Schirmer, 2016).

Paulatinamente, comienza a vislumbrarse una segunda fase de apego en formación que abarca aproximadamente entre los 2 y 6 meses. El gran descubrimiento es el enlace diferenciado con el cuidador a quien prefiere, lo sigue con la mirada, sonríe y balbucea aún más cuando él le habla. El bebé sólo puede implementar algunas conductas propias de apego y seguimiento, entre ellas llanto, sonrisas, vocalizaciones y se especializa en nuevas sincronizaciones, generalmente desplegadas en espacios lúdicos. Todas ellas en consonancia rítmica con las expresiones faciales, postura y tono de voz del adulto (Bowlby, 1989).

Comienza a describir mensajes táctiles, corporales, visuales coordinados ojo a ojo y, vocalizaciones auditivas prosódicas que sirven como canales de comunicación e inducen efectos emocionales instantáneos (Trevvarthen, 1990). En este marco, el núcleo afectivo básico del self comunica sus estados psicobiológicos a través de protodiálogos coordinados preverbalemente (Schore, 2008). El procesamiento diádico implícito de estas comunicaciones no verbales, son producto de operaciones del cerebro derecho del hijo interactuando con el hemisferio derecho de la madre. Este hemisferio es dominante en la comunicación emocional

y el imprinting -implícito no consciente- o mecanismo de aprendizaje que subyace al apego (Johnston y Rogers, 1998). Al compás de estos procesos se arma el self -estructura psíquica expresada a través de un sentimiento sano de mismidad, autoestima y bienestar- que al ser primariamente biológicos-corporales se experimentan como sentimientos. Cabe reiterar, no es un constructo mental, es un hecho corporal que equivale a ser consciente de los afectos y estar en contacto inmediato con ellos (Ávila Espada, 2014).

En este momento y por un tiempo más, el placer de “tener” es equivalente al placer de “ser” y a través de él se configuran los cimientos de la confianza básica que permitirá percibir y enfrentar en forma creciente los ciclos que alternan entre estados de necesidad, ausencia y displacer, con aquellos de presencia, consuelo, cuidado y placer. Las actividades de autoconsuelo, como chuparse el dedo, marcan las primeras formas de la capacidad de representar del niño. Precisamente, es el plus de placer que ellas proveen lo que posibilita la aparición de la realidad psíquica propiamente dicha. También es cierto que los bebés inadecuadamente cuidados exacerbaban y prolongan estas conductas en el tiempo. El autoconsuelo surge como defensa para suministrarse precozmente autosostén y regulación con sus correlatos en la mente expresados en el refugio en el sueño excesivamente profundo, la disociación, alucinación omnipotente y alternancia con estados de desazón, todos ellos signos de sufrimiento temprano.

Alrededor de los 4 meses, se complejizan las actividades mentales, tales como las representaciones simbólicas, fantasías, actividades lúdicas, recuerdos, las primeras integraciones presente-pasado. Inician fluctuantes progresos que permiten que los olores, los sonidos, la visión, las sensaciones táctiles, comiencen a integrarse. Lo cual se hace extensivo a la percepción de las personas que lo cuidan y así la madre que frustra comienza a ser, en la mente del niño, la misma persona que en otro momento gratifica, además empieza a visualizar que en la vida de su madre hay otras personas.

## **Segundo tiempo.**

### **El paulatino proceso de diferenciación amorosa**

#### ***Capacidad de realizar el primer acto de posesión***

El niño empieza a jugar, primero con su propio cuerpo y luego con los objetos, disfruta de chupetear, de mover y mirar sus dedos y manos, de sujetar un objeto externo para explorarlo, para acercarlo/alejarse, esconderlo/encontrarlo,

tomarlo/arrojarlo, para conocerlo no sólo con su boca sino también con sus ojos. En esta etapa, esconderse es su actividad lúdica primordial, aparece y desaparece detrás de una sábana, una tela, abre sus ojos/los cierra, para perder/reencontrar. Este juego irá tomando diferentes formas, con un doble carácter placentero y facilitador de la elaboración de diversas angustias que surgen al compás de complejizaciones en la integración perceptiva y mnémica. La ausencia vivida como presencia maléfica empieza a quedar atrás para habitar las capas más profundas de la mente. Los progresos en los procesos de integración y discriminación, conjuntamente con la creciente capacidad para manipular y relacionarse con objetos, sientan las bases para la aparición de lo que Winnicott (1992) describió como objeto transicional. El mismo se constituye en el primer acto de posesión, representa a la figura materna y se instituye como compañía, por lo que persiste en la niñez al acostarse, en momentos de soledad y al enfrentar nuevas situaciones que generan temores. Paradójicamente, este objeto no proviene del exterior ni del interior, sino de su propia creación que abre un espacio virtual, un área de ilusión entre el infante y el reconocimiento del mundo exterior, todo ello sustentado en la introyección de la delicadeza de los cuidados recibidos. No es parte de su propio cuerpo, ni del cuerpo del otro, de este modo, marca importantes pasajes en la integración de la representación mental de sus cuidadores. Es el objeto transicional el que surge en el transitar del tiempo de primeras ligazones a un segundo tiempo de diferenciación amorosa; como una intermediación entre el sujeto y el otro que implica la representación mental de sí mismo y de sus cuidadores -en niveles implícitos sensoriales, sustitutivos y representacionales-. Es el primer intermediario que plantea una triangulación amorosa que indica la capacidad de amar simultáneamente a más de una persona. Cabe subrayar que el objeto transicional nos permite inferir que se estableció la capacidad simbólica de representar, de crear lugares mentales intermedios que permiten habitar multiplicidad de “entres”. Tengamos en cuenta que crecer transcurre en estos espacios intermedios, en un “entre tú y yo”, “entre la certeza y la duda”, “entre el jugar y el aprender”, “entre la alegría y la tristeza”, “entre los límites y la transgresión”, “entre lo dicho y lo no dicho”; “entre tú, yo y el mundo” o “entre...” Lo transicional no es el objeto en sí, el objeto representa la transición del bebé cuando pasa del estado de unión con la madre al estado de hallarse en relación con ella como algo exterior y separado. Poco a poco delimitar su individualidad y progresar en sus posibilidades de representar mentalmente, permite continuar los trayectos de separación. Ahora cuenta con un dedo que puede chupar y consolarse, con un objeto transicional, juegos, laleos, con la incipiente capacidad de representar.

### ***Complejización de los procesos de diferenciación entre personas y objetos conocidos o desconocidos***

Cerca de la segunda mitad del primer año de vida el bebé inaugura nuevas modalidades de salir del cascarón, de separarse para explorar y relacionarse. Jugar

a dejar caer objetos es un indicador de que el proceso de separación e instauración de primeros ritmos puede comenzar (Winnicott, 1971). El niño comunica su capacidad de poder liberarse-separarse, consecuentemente, aparecen preocupaciones respecto a los efectos que tienen sus actos en los otros y, con ello, el comienzo del reconocimiento de la existencia de ideas y fantasías relacionadas con sus acciones. Las expresiones agresivas son tolerables cuando el niño ha construido la capacidad de reparación, dado que ella conjuga los movimientos iniciales de la preocupación por el otro, que en este momento vital son la madre y sus duplicadores. Estos primeros movimientos de preocupación por el otro reflejan la posibilidad de integrar a su madre, a él mismo y a otros como personas completas, con el consecuente desarrollo de la capacidad de dar, producto de incipientes reconocimientos de lo bueno y malo que habita en su interior. La agresividad es necesaria para descubrir el mundo externo, se constituye como condición para las nacientes pluralizaciones del reconocimiento de la realidad del objeto separado del self conduce y progresivamente al logro de la mismidad, autonomía, autoconciencia e integración, equivalente al “yo soy”. Agresividad, separación, integración, preocupación por el otro, se combinan de manera inextricable (Winnicott, 1971).

Paralelamente a la aparición de la inquietud provocada por los primeros movimientos de preocupación por el otro, suelen aparecer los dientes que llevan a la inclusión de alimentos sólidos, a nuevas modalidades de relación con los objetos, de representación y de expresión de la agresividad. Morder permite aferrarse, retener, desentrañar, separar, discernir e integrar. Esto se va a configurar en un prototipo de las diferentes maneras en que el niño incorporará los aprendizajes.

El bebé de alrededor de 8 meses pide y lucha con su llanto y con su cuerpo para que las figuras primordiales que cuidan de él no lo dejen. En ocasiones, los adultos que están alrededor suelen interpretar estas conductas como un rechazo personal o que el bebé ha realizado un retroceso, o que está demasiado apegado. Queremos subrayar que lejos de ser así, en realidad se trata de un saludable momento evolutivo en que se pluralizan los procesos de discriminación y diferenciación, ahora el bebé sabe con quién quiere estar y lucha activamente por ello. Es más, constituye un indicador de pasaje a la tercera fase del proceso de construcción de los modelos operativos internos de apego, descrita por Bowlby (1989), como fase determinante de vinculación. En este momento, emerge con toda fuerza el miedo al extraño y búsqueda activa de proximidad con una figura discriminada por medio de la deambulación y de un abanico de señales conductuales. En la vida mental cobran importancia figuras de apego subsidiarias a las cuales recurre cuando se encuentra en entornos conocidos y generalmente rechaza cuando transita por ambientes poco habituales. Puede diferenciar las personas entre sí y sabe que ellas siguen estando aunque desaparezcan de su vista, nuevos descubrimientos que lo tranquilizan y angustian.

Conjuntamente, se hace presente un nuevo recurso, busca activamente dirigir la atención del otro hacia un objeto que aferra en sus manos y luego, entre los 10 y

los 14 meses, a objetos o personas ubicados a cierta distancia. Encuentros que concomitantemente conlleva a compartir contenidos emocionales implícitos que permiten el desarrollo de la capacidad de evaluar la respuesta emocional del cuidador respecto de un tercero, lo cual a su vez impacta en cómo él sentirá ese tercero (atractivo o peligroso). Sustener la atención conjunta implica la complejización de los procesos triádicos, en tanto reúne al self, al otro y al objeto al que se dirige. El otro es ahora para el niño un ser con intenciones y actitudes emocionales hacia el mundo; cuando su atención se dirige hacia él puede monitorear dichas emociones. Esta nueva comprensión de los sentimientos que despierta, abre la puerta al percibirse desde el punto de vista del otro, lo cual incide en la construcción del autoconcepto. Encontramos aquí un sentimiento naciente del self como una persona entre otras, con el sentimiento de unidad y similitud que proporciona sentirse mentalizado por otro. La autoconciencia (en el sentido de conciencia de la conciencia del otro) aún no es mentalizada de forma explícita por el niño; sin embargo conjuntamente con el reflejo de las emociones configura los cimientos de desarrolla la mentalización (Lanza Castelli, 2011).

### ***La autonomía motriz, la exploración y el conocimiento de los riesgos***

Entre los 9 y 15 meses, el niño puede trasladarse gateando o caminando y el juego a las escondidas vuelve a tomar otras formas, ahora es “te sigo”, “te atrapo”. La posibilidad deambular de un lugar a otro, marca un cambio en la representación de sí mismo y de los otros. Nada mejor que los brazos del adulto para sostener y ayudar a caminar, para lograrlo se conjugarán procesos madurativos neurológicos con el sentimiento de seguridad que implica querer alejarse acompañado por la certeza del reencuentro. El sostén, la sensibilidad y asistencia del adulto permitirá limitar la exploración en un marco de negociación, de oferta de diferentes posibilidades, de completar lo que el bebé aún no puede. Cuando la libertad de exploración es indiscriminada y excesiva, aumenta la ansiedad del niño que puede perturbar la confianza en sí mismo y en los otros. Tanto “hacer todo lo que quiero”, como por el contrario “muy poquito me está permitido” o “a veces me está permitido y a veces prohibido”, genera incertidumbre y ansiedad que pueden bloquear iniciativas exploratorias y la construcción de la conciencia de “yo puedo”, “soy eficaz”.

Los niños desean hacer cosas y los cuidadores al facilitar esta experiencia, ponen a prueba sus propios temores a través de la sobreprotección o la indiferencia, así en vez de acompañarlos a hacer, lo hacen por ellos o, por el contrario, los dejan solos expuestos al fracaso y/o a situaciones de riesgo. Doltó (2000), da un paso explicativo más taxativo y señala que en esta edad, desde el inconsciente del niño, los objetos manipulados por sus padres y cuidadores son una prolongación de ellos. Entonces, si por tocar un enchufe recibe una descarga eléctrica, él vive como que papá, mamá están ahí, lo castigaron y lo hicieron voluntariamente, o más aún, vengativamente. Freidin y Calzetta (2016) señalan que los accidentes reiterados revelan severas dificultades de los cuidadores para sostener -incluyendo la

manipulación- y contener emocionalmente, lo cual propicia en el niño falencias en la capacidad de simbolizar impulsos agresivos.

En síntesis, en el transcurso de aproximadamente el primer año y medio de vida, en la medida que los cuidadores lo posibiliten, se van produciendo enlaces amorosos del bebé con el mundo y consigo mismo que permitirán la complejización de sus recursos.

### **Tercer tiempo.**

#### **El descubrimiento de la alteridad del otro**

##### ***Entre la exploración y la búsqueda de reencuentro: La capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado***

El progresivo logro de la autonomía motriz lo enfrenta al querer corretear con el placer que esto conlleva y construir la seguridad que los otros estarán ahí, no se irán, no lo abandonarán. Surgen escuetos momentos de estar solo que promueven nuevas organizaciones intra e intersubjetivas. Comienza a construirse la ilusoria certeza de que los seres queridos que no están bajo su visión se encuentran bien. Convicción que permite, según Rolla (1971), el control omnipotente del objeto, posibilitando así el emerger del sistema de exploración y permite estar por momentos solos, o mejor dicho con recuerdos relacionales protectores que preservan de aquellos temores que requieren de acompañantes continuos. Dicho sistema de exploración se respalda en la constitución de la capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado. Capacidad que opera en correspondencia con la confianza básica producto de representaciones mentales de vínculos afectivos lo suficientemente buenos y disponibles que han brindado la oportunidad de estar solo en presencia de sus padres-cuidadores, sintiéndose protegido sólo por estar ahí. Winnicott (1971) señala que un adecuado desarrollo hacia la salud depende, en cierto momento, de la situación paradójal de hallarse solo en compañía de otra persona (madre o sustituto). Tal experiencia, es cardinal para evolucionar hacia la normalidad y no hacia la paranoia o al resguardo de un falso self. Sólo una madre grupo viviente y presente puede inscribir la presencia de su ausencia. A lo que es pertinente agregar que tal experiencia, es radical en la constitución del reconocimiento de la alteridad del otro, dado que es el reflejo de la conjunción del amor a sí mismo, el amor al otro y el temor a perderlo.

Vivir implica el interjuego de la capacidad de estar a solas, con la posibilidad de recurrir a otros y realizar intercambios afectuosos. La misma refiere a la prevalencia de sentimientos de amor y vívido reconocimiento, proveedores de la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea; estimulan el aspecto creativo de la mente, así como también la generación de nuevas ideas y la fortaleza para

afrontar las vicisitudes de las relaciones interpersonales. En otras palabras, para que emerja esta capacidad es necesario que estén inscriptos los cuidados preverbales de otro humano, porque a partir de los cuidados recibidos hemos construido la esperanza de poder recostarnos en otros, con lo cual no es necesario recurrir a independencias defensivas ni a su par antagónico la dependencia excesiva. Los tiempos de soledad soportables estarán en estrecha relación tanto con la edad del niño, como con la emocionalidad y la situación particular que los envuelve. Los enojos, tristezas, temores, entre otros sentimientos penosos, siempre requieren de compañía y consuelos.

### ***La discriminación entre lo mío, lo tuyo y lo nuestro. El control de esfínteres y el descubrimiento de la diferencia de sexo***

El aprendizaje del control de esfínteres es otro de los jalones evolutivos que signa la constitución subjetiva, las relaciones con el mundo y pone a prueba las configuraciones amorosas en complejos procesos de diferenciación entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro, lo permitido y lo prohibido. Complementariamente, promueve el descubrimiento de la diferencia de sexo que conlleva a las primeras elecciones identitarias.

El proceso del control de esfínteres diurno se extiende entre los 20 meses y los 3 años aproximadamente, el control de la micción nocturna puede prolongarse hasta los 4 años. Cuando acepta esta norma, dona su renuncia y con ello concede algo valioso para sí mismo y los otros. Concomitantemente, el reconocimiento de la diferencia de sexo promueve de modo incipiente el descubrimiento de la incompletud ontológica que tendrá como premisa básica “no lo tengo todo... necesito del otro que me complemente, me enriquezca con su diferencia” (Bleichmar, S., 2016, p.132).

El control de esfínteres y el reconocimiento de las diferencias de sexo, con sus particularidades implican: a) la necesidad de ser amado, b) el amor al otro y el temor a perderlo; c) el deseo de ser grande y d) la construcción de la autoestima, que se configura en el reconocimiento que el otro provee. La aceptación de la norma y el descubrimiento de las diferencias que propulsa la búsqueda de complementariedades, favorece la construcción de diques de contención que se traducen en el emerger de nuevos sentimientos tales como asco, pudor, vergüenza, compasión, felicidad por la felicidad del otro y el reconocimiento de su alteridad.

El asco no está presente desde los comienzos de la vida, porque para establecerse requiere de los progresivos movimientos de diferenciación interno/externo. Estos procesos de diferenciación se realizan primero sobre las heces y luego se extiende a otros objetos que previamente habían otorgado placer, tales como el biberón, chupete y leche materna, dado que una vez que se ha accedido al destete, también produce rechazo. En estas renunciaciones, se ponen a

prueba los deseos de ser grande que promueven tanto la aceptación de las normas, como el descubrimiento de nuevos placeres relacionales con los otros y el mundo que lo rodea. Estos movimientos progresivos tienen muchas idas y vueltas, necesariamente se articula con movimientos regresivos que convocan transformaciones y reconstrucciones subjetivas. Cuando el desarrollo sigue los cánones esperados, el niño descubre que no puede sustraerse a la mirada del otro y comienzan a sentirse pudoroso de su cuerpo, de su desnudez, más aún cuando descubren las diferencias de sexo. Ahora son ellos los dueños, protagonistas de regular su privacidad corporal, de decidir y elegir cuándo, cómo y frente a quién mostrarse. Tanto la desnudez, como revelar algo que consideran censurable los llena de pudor, se tornan susceptibles a la mirada y juicio del otro por lo que temen la humillación o quedar expuestos ante la superioridad de los adultos que cuidan de él y/o a la pérdida de su amor. Por su parte, la vergüenza no requiere la presencia efectiva de la mirada del otro, porque ella implica el reconocimiento personal, intrapsíquico de la transgresión de la ley moral. Vergüenza y pudor se entrelazan, el pudor convoca a la vergüenza o ésta da cuenta del pudor. La compasión aparece ligada a las primeras formas de identificación con el semejante que permite el reconocimiento del sufrimiento del otro y ofrece la posibilidad de establecer vínculos en los que el cuidado y la consideración mutua están presentes. Sólo el amor y el respeto por quien transmite la ley posibilitarán por identificación la construcción de legalidades. El amor por el otro y del otro son fuentes primordiales de la moral, en la constitución subjetiva. La aceptación de las normas implica siempre un cierto grado de sufrimiento en el niño y en el adulto en quien se movilizan sus propias renunciaciones y vivencias relacionales que habitan las capas profundas de su mente (Bleichmar, S. 2016).

Ver en el otro a un semejante, el agradecimiento y la generosidad, se basan en el reconocimiento del sufrimiento del otro a partir de identificarlo con el propio sufrimiento. Por lo tanto, el asco, pudor, vergüenza y compasión son precursores de la constitución del sujeto ético que renuncia a lo que produjo placer para evitar generar asco o rechazo en el otro e incorporar las normas que impone la cultura. Todo ello expresa la complejización de los procesos de diferenciación e implica que el otro se configura en un objeto interno del cual, cuando predominan aspectos relacionales benévolos, es posible separarse/reencontrarse, se van estructurando las nociones de poder, propiedad privada y vivencias de dar, soltar, regalar, según se desee.

Conjuntamente, emergen deseos de oponerse como un modo de diferenciarse y el “no”, reconocido por Spitz (1965) como un ordenador psíquico, es la palabra que lo designa y enriquece el devenir del proceso de separación/discriminación “este soy yo/este no soy yo”, entre lo mío, lo tuyo, lo nuestro, entre los acuerdos y desacuerdos. La ambivalencia se configura en el sentimiento central que embarga las relaciones y promueve caprichos y berrinches. Cuando no se entienden estos sentimientos, se suele recurrir a la indiferencia o

retos, restricciones y amenazas que si bien pueden inhibir la conducta, incrementan la angustia y búsqueda de castigo para que disminuya la culpa de estar enojado. Estos desencuentros en las relaciones asimétricas son modos en los que el dolor psíquico, el desamparo de los niños y adultos se expresan.

Los procesos de separación/discriminación se complejizan de la mano de nuevas posibilidades de comprender que las acciones propias y de los otros surgen de deseos e intenciones. Simultáneamente, puede implicarse en juegos imaginarios compartidos que favorecen las habilidades cooperativas y comienza a adquirir un lenguaje para representar estados mentales y razonar de un modo menos egocéntrico acerca de los deseos y sentimientos de los demás. Sin embargo, en este momento la diferenciación de los estados mentales internos de la realidad exterior aún permanece algo borrosa.

### ***El descubrimiento de la privacidad de la mente***

En este devenir vital, entre los 3 y los 4 años, descubre también las diferencias entre sueño y realidad, entre lo fantasmático y lo real, entre pensar y hablar, verdadero hito en la constitución del sujeto, donde descubre que si él no dice lo que piensa, el otro no puede adivinarlo. Descubrimiento que pone a prueba la capacidad de estar a solas, sin sentirse abandonado, para poder soportar que su producción mental y la de los otros son privadas, que sus padres y él mismo, pueden esconder lo que piensan o pensar una cosa y decir otra. Tal revelación introduce el permiso de ser diferente y constituirse como sujeto pensante. La construcción de ser autor de sus propios pensamientos, lo conecta irremediamente con la necesidad de resignarse a perder los beneficios de que otro piense por él o en él (Fernández, 2000).

El niño ya es capaz de producir sus propios pensamientos y comienza a recorrer el camino de decidir si desea que sean públicos o privados. Así, descubrir la privacidad de la mente le permite comprender las bromas y las mentiras de una manera diferente. Desde muy pequeños, con sus juegos buscan “hacer creer” que algo no es real; entre risas simulan una situación para mostrar rápidamente que no son ciertas. Alrededor de los 3 años, disfrutan plenamente de la posibilidad de tener secretos, aunque sólo puedan sostenerlos por corto tiempo. Estos secretos, a veces, son del orden de la broma, de la complicidad de reunirse con alguien para ocultarle algo a otro, de jugar a engañar a un tercero, lo que los divierte entrañablemente. En realidad juegan con su mente, tratan de poner a prueba su reciente descubrimiento “no ser adivinado” y de ponerse en el lugar del otro para suponer qué piensa ese otro, que constituirá la base de los procesos de mentalización. Los secretos son precisamente los que nos indican que han dado un gran paso, que comprenden algunas de las prohibiciones y las transgresiones o que se sienten avergonzados, incómodos o reconocen su propia privacidad. Por ejemplo, los niños eligen frente a quien desvestirse y frente a quien guardar el secreto de la intimidad de su cuerpo.

Simultáneamente, sienten mucha curiosidad por el cuerpo de los otros y entre compañeros, en privado, comienzan a jugar al doctor, a la mamá y al papá o a aquellos juegos que despliegan los nacientes deseos de ser grande y enigmas de la vida, comienza además los interrogantes sobre la muerte que aún no se encuentra transversalizada por la noción de infinito.

Se preocupan especialmente por cómo los ven las otras personas, son muy sensibles y, en general, suelen tener dos modos opuestos de contar esta preocupación: una es la timidez y la otra es la inquietud un poco exagerada con la que dicen “Mírenme, aquí estoy”. Ponen en juego diferentes recursos para captar la atención del otro, cantan, bailan y juegan, hablan de sus acciones y la de otros. Son muy observadores y hacen preguntas movidos por el deseo de identificarse con toda persona que, frente a sus ojos, tiene valor de modelo: los niños mayores de su sexo, los adultos de su sexo, los padres, las personas que sus padres respetan y que recíprocamente, respetan a sus padres; los niños de su edad, etc. Si bien hace tiempo que empezó la edad de las “monerías”, a los 3 años está en su máxima expresión y buscan a los otros para comunicarse a través de ellas. Los adultos saludables que están en contacto con el niño se enternecen con estas monerías y diversos progresos, con ello, proveen la necesaria confianza en sí mismo que les permite constituirse como seres capaces de influir empáticamente en otro, de empezar a soñarse como hombres o mujeres. En las participaciones grupales comienzan las articulaciones de más de un punto de vista, entre lo que tú y yo pensamos, lo cual posibilita el pasaje de jugar solos con la presencia de un compañero y mutuo sostén a guiones lúdicos con otros. Construcciones que se enfrentan con las limitaciones del desarrollo lingüístico, porque si bien habla con bastante fluidez, el lenguaje no le alcanza para guiar su conducta y para expresar sus sentimientos, por lo que las explosiones, los berrinches, conflictos y agresiones, aún son frecuentes. Doltó (2000), señala que en los niños pequeños las peleas entre pares paradójicamente suele ser signo de afinidad recíproca, así cuando un niño derriba a otro, o le quita un juguete está buscando su atención, dado que se siente atraído por su forma de jugar más que por el juguete en sí.

Mentalización y lenguaje son interdependientes, ambos procesos señalan un intrincado camino recorrido en el marco de la dimensión intersubjetiva. Sadurní Brugué y Pérez Burriel (2016) refieren que es necesario el previo surgimiento de las capacidades mentalizadoras, incipientes en la atención conjunta, para que tenga lugar la adquisición del lenguaje. Cuando niño y cuidador se focalizan en un objeto tercero, se internaliza la modalidad de exploración de ese objeto y el despliegue verbal que el cuidador realiza. La captación de la mente del otro (de su atención dirigida al mismo objeto) es el camino a través del cual se accede al lenguaje. Por otro lado, la dimensión verbal otorga la posibilidad de representar la realidad en un mundo mental que no coincide necesariamente con la realidad como tal. Por su intermedio se abre al mundo de los posibles, de escenarios representados e imaginados más allá de la inmediatez de la realidad. En relación con otras mentes el lenguaje permite imaginar lo que los otros piensan, sienten, desean, etc. (en tanto se trata de escenarios mentales

posibles). El lenguaje es el camino a través del cual se accede a las otras mentes, ya que para que el niño sea capaz de mentalizar explícitamente debe poseer términos verbales que se refieran a diversos estados mentales.

Entre los 3 y 4 años, si se ha logrado un desarrollo armónico, el niño habla con cierta fluidez, ha dejado atrás sus pañales al menos durante el día, reconoce sus sensaciones térmicas y comienza a cuidarse del sol y frío, abrigándose o desabrigándose, puede descifrar que tiene apetito y qué desearía comer, discrimina cuando llegó el tiempo de dormir y cada vez necesita menos de otro que sea traductor de sus necesidades fisiológicas y psicológicas. Es capaz de vivir en pequeños grupos conservando su integridad y la de otros, de modo incipiente puede diferenciar entre lo mío, tuyo, nuestro, permitido y prohibido, para progresivamente reconocer y asumir las obligaciones intersubjetivas. En los espacios lúdicos puede “hacer de cuenta que...” sin esperar que suceda en la realidad y si se le pide que visualice en su mente un objeto no existente, puede hacerlo consciente de que tal objeto no existe porque puede identificar los pensamientos, sin confundirlos con la realidad, con la condición de que estén claramente desacoplados del mundo real (personas y cosas), que no tengan conexión con él. Nuevos pasos ha dado en el proceso de mentalización, va quedando atrás el modo de equivalencia psíquica: donde sus ideas aún no eran representaciones de la realidad, eran más bien réplicas directas y reflejos de ellas, siempre verdaderas y compartidas por todos. Si pensamiento y realidad conviven indiferenciadamente quedan sin habilitar en la mente del niño distintos puntos de vista sobre el mismo hecho, y, por tanto, hay una única forma de ver las cosas. Esta conquista libera al sujeto de la inmediatez de la realidad y le permite ir más allá de las representaciones perceptivas, habilitándolo para contrastar un estado existente con otro deseado, para comparar situaciones correspondientes a distintos momentos temporales, para trazar los primeros proyectos a futuro. Lanza Castelli (2011) refiere que cuando logra advertir el carácter meramente representacional de los estados mentales, puede diferenciarlos de la realidad efectiva y hacer que pierdan su carácter eventualmente abrumador; se abre así la posibilidad de admitir que el propio punto de vista es diferente de otro, relativo, parcial. La trascendencia de esta conquista ha sido caracterizada por Perner (1991) en los siguientes términos:

“...la representación no es un aspecto de la mente entre otros, sino que provee las bases para explicar lo que la mente es. En otras palabras, al conceptualizar la mente como un sistema de representaciones, el niño vira de una teoría mentalista del comportamiento, en la que los estados mentales sirven como conceptos para explicar la acción, a una teoría representacional de la mente, en la que los estados mentales se comprenden al servicio de una función representacional” (Lanza Castelli, 2011, p.78).

En términos de modelos operativos internos de apego ingresa a la fase de asociación corregida en las metas, por lo tanto tiene necesidades menos urgentes de proximidad física y puede negociar separaciones, lo cual permite ampliar el sistema

de exploración, con la consecuente diversificación de intereses por el entorno animado e inanimado.

***Pasaje de las leyes y mitos familiares a las múltiples legalidades. Compartir con otros tolerando las diferencias***

El entramado de constelaciones internas descriptas imprimen las particularidades con que cada niño se abre al mundo exogámico. Apertura que conlleva deconstrucciones en los posicionamientos subjetivos e intersubjetivos que permiten transitar entre el quién soy y quien quiero ser. Los incipientes procesos descriptos con anterioridad se conjugan, complejizan, arman y rearman, para dar pasos más allá de ser niña o niño a qué tipo de niña o niño quiero ser. Trabajo psíquico que, emplazado intersubjetivamente involucra pensar y saber qué está pensando, articular intrasubjetivamente diversos puntos de vista e intersubjetivamente con el de los otros, la aceptación activa de la norma, el reconocimiento de la incompletud ontológica y alteridad del otro, bajo el eje ordenador del amor al semejante. En este trayecto ha constituido modelos operativos, mapas cognitivos, representaciones, o guiones de sí mismo y de su entorno que posibilitan la organización de experiencias subjetivas y cognitivas que propulsan el enriquecimiento, reinterpretación y remodelación de dichos modelos a lo largo de la vida. Además, ha realizado importantes progresos en su capacidad de significar la experiencia propia y de los otros como estados subjetivos y procesos mentales que le permite reconocer, en sí y en los otros deseos, creencias, sentimientos y pensamientos.

Recordemos que la modificación de la Ley de educación nacional (Ley 27.045, 2014) “declárese obligatoria la educación inicial para niños/as de cuatro (4) años en el sistema educativo nacional” no deja otra opción que emprender el camino que conduce a lo extrafamiliar. El paradigma educación para todos condensa derechos y obligaciones que tallan de modo sustancial la transmisión inter y transgeneracional. Inaugura una nueva etapa en la vida social ya que todos y cada uno, somos alcanzados por el imperativo que plasma la ley, lo cual se constituye en una prueba que se debe pasar que no siempre resulta sencillo de sostener. Demanda la puesta en juego de múltiples procesos psíquicos que ponen en juego, entre otras cosas, la capacidad de identificarse y diferenciarse de otros, de tolerar los sentimientos de potencia/impotencia, inclusión/ exclusión. Procesos que según Rodulfo (2013) interactúan recíprocamente -especialmente a partir de los 6 años con las exigencias de la escuela primaria- con el deseo de ser grande, la autoestima y la capacidad para dar sentido a lo que se hace. Al compás del desarrollo de la capacidad para hacer cosas sin ganas pero por deseo, sobre todo el deseo de ser grande, cuya vigencia es absolutamente necesaria para cualquier realización. Si esto fracasa, el deseo queda a merced de los coletazos del estado de ánimo, como sucede en muchas

depresiones, o a la excesiva importancia que cobra la valoración social de lo que se está intentando llevar a cabo.

Hablar de esta franja etaria implica abarcar desde el ingreso a la escuela primaria hasta los niños que practican con sus pares diferentes estrategias preparatorias a la adolescencia, tales como sus pijamas party, su lugar en el equipo de fútbol, su diario íntimos, sus extensos tiempos de chatear. Dichas escenas dan cuenta tanto de la amplitud de los paulatinos e intrincados cambios, construcciones y reconstrucciones que se suscitan en esta edad, como de cuáles son más característicos de los niños y cuáles de las niñas. En este trayecto -sobre la base de las representaciones que ambos padres fueron transmitiendo desde los orígenes de la vida, el descubrimiento de la diferencia de sexo y de la incompletud ontológica- se pone en juego un complejo trabajo de construcción de las articulaciones identitarias entre sexualidad y género, feminidad y masculinidad. Procesos discontinuos y en diversos grados conflictivos que configuran reorganizadores de la subjetividad porque incluyen el cuerpo construido en el conjunto de los discursos y prácticas intersubjetivas instituidas e instituyentes, epocalmente situadas. Los vertiginosos cambios suscitados en torno a los modos que se pauta las constelaciones identitarias y de género abren -en el marco de un contexto histórico-social en transición- un abanico de representación de la feminidad y masculinidad, de la homosexualidad y heterosexualidad, desvinculándolos de las presuntas dependencias biológicas.

S. Bleichmar (2016), retoma diversos estudios antropológicos para señalar que la virilidad -no reductible a la simple masculinidad anatómica- es una conquista que se adquiere, que no está dada naturalmente, y que una vez conseguida exige de un sostenimiento permanente, dado que el sujeto puede ser más o menos fácilmente destituido de la misma. En este sentido, la masculinidad atraviesa un umbral crítico que torna, en muchas culturas, la forma de pruebas de comprobación y adquisición de la virilidad. Los rituales de masculinización recomponen ciertas modalidades de las fantasmáticas masculinas que sostienen el ideal de desfeminización y despasivización con los que históricamente los enunciados identitarios fueron propuestos a los varones en la sociedad patriarcal y falocéntrica. La autora señala que en las capas profundas de la mente la identificación inicial es de carácter femenino, por lo que el varón se ve compelido a un arduo trabajo de distanciamiento de dicha "proto feminidad". Además, en un segundo tiempo de constitución subjetiva, se conjugan las identificaciones con otros hombres. Ambos procesos de identificación configuran la paradoja de ocupar un lugar pasivo-introyectivo que le permita apropiarse de los atributos que habiliten el acceso a una posición masculina. Probablemente esta sea una de las razones por las cuales en la niñez, según lo refieren los estudios estadísticos, el mayor número de consulta es realizado por varones (Janín, 2015; Taborda y Díaz, 2011).

Las pautaciones culturales occidentales actuales sobre el devenir niña también se encuentran en transición y en la búsqueda de consideraciones de igualdad de derechos, el paradigma de la castración de un modo u otro aún no termina de caer. Dio Bleichmar (2005), señala que el dilema en las niñas gira en torno a lo público y privado, mirar, ser mirada. Su cuerpo aún en la intimidad se halla habitado por la mirada, se trata de una mirada ajena, otros ojos la miran desde la mirada sexualizada de la niña.

Asimismo, la lucha intra e intersubjetiva entre géneros es otro elemento observable en los niños de estas edades, reconocer y tolerar las diferencias es una construcción que demanda reconstrucciones a lo largo de la vida, cuanto más incipiente es el trabajo psíquico mayores escisiones se requieren.

En el mejor de los casos los pares acompañan el imbricando trabajo psíquico en devenir. Las construcciones sobre qué tipo de niña/ niño quiere ser implica de manera ineludible la dimensión intersubjetiva. En sentido estricto no existe mente aislada, tanto desarrollo como trauma devienen de la relación interpersonal, contextual e históricamente situada (Coderch y Plaza Espinosa, 2016). Ahora, luchas y acercamientos entre pares ocupará el centro de la atención, en un amplio más allá de las relaciones de parentesco, se amplía el genuino interés por el otro y los entramados del jugar juntos se enriquecen. Luchas y acercamientos cooperativos, estarán a cargo de escenificar, tramitar y reconstruir los teatros de la mente. Escenarios en los que las configuraciones amorosas se diversifican y diferencian. En la dimensión especular confluyen rivalidades, conflictos, identificaciones, imitaciones, amores y desamores que promueven el sentimiento de pertenecer a un grupo en la saludable categoría del nosotros, insustituible y específico aporte del grupo de los pares. Los vaivenes de los movimientos progresivos y regresivos, de dependencia e independencia sostienen el pasaje de la pertenencia familiar y atención focalizada en la aprobación de los adultos, al interés de pertenecer al grupo de pares. A medida que transitan por este trayecto evolutivo, guiados por el lema de la lealtad, fidelidad, honestidad, camaradería, justicia elaboran un conjunto formas de comportamiento, vocabulario especial, códigos en el vestir, normas propias del y para el grupo que, en ocasiones, se desarrollan sin la aprobación y/o el conocimiento de los adultos. De este modo los niños paulatinamente ponen en juego los pasajes no-lineales de la heteronomía a la autonomía moral.

En este marco, advienen los tiempos del primer amor, de acercamientos solidarios, búsqueda de encuentros tranquilos y la ternura surge como sentimiento diferenciado en expansión. Se hace presente la pareja que se arma con el amigo/a íntimo/a, que en el contexto de los espacios transicionales, condensa y simultáneamente media entre lo extraño y lo familiar; en el ámbito de lo no familiar funciona familiarmente con la intimidad necesaria y en el seno de lo familiar su

virtud principal es no serlo. El amigo es un extranjero (no-familiar) capaz de crear una nuevos modos elegidos de intimidad.

Rodulfo (2013), remite a los conceptos de pareja par y doble para dar cuenta de la complejidad imbuida en la creación de los espacios de amistad. El par se constituye en pareja-complemento en tanto se entrecruzan rasgos y modalidades, como cuando la compañía de un niño/a tiende a regular a otro/a, que en su ausencia rápidamente acelera su excitación estorbando la capacidad de juego, a la vez que el regulador se beneficia de ciertas disposiciones traviesas del regulado. Del mismo modo hay complementaciones negativas. La pareja en la amistad no es el doble. La doblación implica clonación, duplicación, reduplicación, proceso que emerge en lo más temprano de la existencia post-natal, en el seno de la multitud de identificaciones y desdoblamientos del self para paulatinamente armar la conciencia reflexiva del “mi”. Pliegues o inflexiones que paradójicamente se traducen en la vivencia unitaria de “uno mismo” y hacen posible el reconocerse e imaginarizarse como tal. En la dimensión intersubjetiva coexisten relaciones de pareja y de doble que bajo ciertas condiciones se conjugan en un estado de no integración, como se lo puede constatar en la pareja de amigos íntimos. Asimismo, el autor señala que tanto la primacía y/o compulsión en los procesos de doblación como sus déficits, desembocan en dificultades relacionales. El primero porque malogra o torna altamente inestable un vínculo de pareja y el segundo porque dificulta la capacidad de estar a solas, pensar-pensarse, acompañado por uno “mismo”. Estar solo, estar con otros, toda una construcción y reconstrucción que se extiende a lo largo de la vida.

En este proceso de diferenciación intra e intersubjetiva sobreviene lo que Winnicott (1998) designó como “capacidad para las relaciones impersonales”, que según Rodulfo (2013) se constituye durante la escuela primaria, ajena al bebé, al deambulador y al niño del juego narrativo. Articulada con la introyección y comprensión de normas supuestamente iguales para todos, con los consecuentes reclamos de justicia frente a las desigualdades. Como tales, van más allá de lo personal y configuran los espacios de regulación institucionales-impersonales. Capacidad que le permite diferenciar con quienes puede entregarse y buscar vínculos íntimos personalizados y con quienes se requiere cierta cordial distancia. Todo esto al compás de las configuraciones del mundo íntimo y privado; el compartido con unos pocos y el público. En síntesis, las relaciones simétricas y asimétricas adquieren un abanico de matices, se articula la propia imagen conformada "en casa" con la que le devuelven sus maestros y compañeros; amplía las posibilidades sustitutivas; designa espacios de inclusión/exclusión; demanda posicionamientos en torno a la autoridad familiar y extrafamiliar, que ofrecen nuevas posibilidades de identificación. La apertura al mundo provee nuevas inscripciones en el espacio entre repeticiones de modelos familiares y creaciones

relacionales que tienen el potencial de promover deconstrucciones y reconstrucciones subjetivas.

La combinación de los procesos cognitivos, los avances psicomotrices, la diversificación de intereses, las propuestas lúdicas y escolares paulatinamente permiten una evaluación más ajustada de la realidad y propulsan descubrimientos, entre ellos: la finitud de la vida. Descubrimiento que requiere ser tramitado e imprime un cariz particular a sus deseos de independencia, ubicación intergeneracional, emplazamientos temporales y reconocimiento del ser como sujeto con un presente, pasado y futuro que ponen en juego el desarrollo lingüístico y los procesos mnémicos.

Paso a paso el lenguaje va transformándose en el principal medio de expresión, comunicación y en una herramienta para pensar que abre las puertas a nuevas posibilidades de regulación intra e intersubjetiva. Ahora, se puede recurrir al lenguaje para pensar antes de actuar, recordar, relatar, relatarse.

La evolución neurocognitiva permite que los primeros recuerdos posibles de narrar surjan después de los 3 años, con lo cual los emplazamientos temporales se ven signados por la combinación de los múltiples procesos de la memoria no declarativa y declarativa. La primera guarda recuerdos en el cuerpo a modo de experiencias corporales sin correlato semántico, reúne las inscripciones vinculares - la operatoria en sí, no los contenidos sobre los que operan, o sea las reacciones afectivas que los estímulos desencadenaron-. Por ejemplo, miedo ante el ceño fruncido, pérdida de vitalidad ante la separación; formas automatizadas de estar con otros a las que Stern (1991) denomina “conocimiento implícito relacional”. Dada la inmadurez neurofisiológica, estas inscripciones son inconscientes (no reprimidas) porque no pudieron ser consolidados en el hipocampo. La operatoria afectiva, no está representada, el sujeto sólo podrá metaforizarla por representaciones imaginarias y sin embargo, habita las capas profunda del ser. La memoria implícita, además reúne esquemas afectivos-motrices y habilidades para realizar procedimientos (andar en bicicleta, dibujar, etc). La segunda -memoria declarativa- posibilita la conciencia de recuerdos, es decir narrarlos, armar secuencias e historias. El reconocimiento de las capas mnémicas y la privacidad de la mente, conlleva diferenciaciones de sí y de los otros en términos de motivaciones conscientes e inconscientes, con el desconcierto implicado en el darse cuenta que partes de él son desconocidas para él mismo.

Los progresos no lineales en el reconocimiento del ser como sujeto biográfico, emplazado temporal e intersubjetivamente, en tiempo extensos signados por los deseos de ser grande y sueños futuros, amplía las posibilidades de significar la propia experiencia y la de los otros como estados subjetivos y procesos mentales. La capacidad de reconocer los deseos, creencias, sentimientos y pensamientos guarda relación con los modelos operativos de apego construidos. Los contextos

intersubjetivos de apego seguro son por excelencia los agentes propiciadores del desarrollo de dicha capacidad denominada mentalización que permite las representaciones mentales.

En este trayecto se consolidan importantes progresos en los procesos de mentalización implícita y explícita. La primera condensa diversos procesos que transcurren en el seno de los múltiples intercambios interpersonales de forma automática, basados en intuiciones, sentimientos, juicios que se experimentan sin que medie el razonamiento ni la conciencia explícita. Combina intuitivamente procedimientos tales como: a) empatizar espontáneamente, implica cierto grado de reflejo de las expresiones faciales y posturas del otro; b) tomar y ceder el turno en una conversación rápida y tener en cuenta la perspectiva del otro, procesos que van de la mano de la regulación psicomotriz que se va logrando, con características disimiles en niñas y niños, a medida que se avanza en este trayecto evolutivo; c) monitorear el estado mental del interlocutor y del contexto en que se desarrolla el intercambio. Por lo tanto, la mentalización implícita incluye el sentimiento prereflexivo del self, unido al sentimiento del self como agente e iniciador de las acciones internas y externas que sostienen la comunicación emocional no verbal. Por su parte, la segunda -mentalización explícita- incluye procesos simbólicos, deliberados y reflexivos; el lenguaje es el medio privilegiado para su despliegue. Suele tomar la forma de narraciones, poner los sentimientos en palabras, tomar conciencia del modo en que funciona la propia mente, identificar una secuencia de pensamientos y reflexionar sobre ellos. Implica un mayor nivel de conciencia que la mentalización implícita y una focalización deliberada de la atención (Lanza Castelli, 2011).

La complejización signada de movimientos progresivos y regresivos se va armando sobre la percepción del funcionamiento mental. Lo que promueve ampliaciones en la comprensión de que los sentimientos que surgen en cada situación pueden guardar o no guardar relación con los aspectos observables de la misma, porque pueden provenir de otras fuentes. Asimismo, implica la detección de la presencia de conflictos entre ideas y sentimientos incompatibles, con los consecuentes registros del accionar de defensas en el interior de sí y los otros. El grupo de pares acompañan también los procesos de diferenciación entre fantasía y realidad. Ya no son los padres quienes cuentan cuentos para conciliar el sueño o espantar fantasmas. Las largas reuniones nocturnas para ver películas de terror con sus compañeros es una de las formas de practicar, poner nombre y tornar abarcable los temores propios de estos momentos.

Lo histórico epocal imprime su propio sello, la niñez se ve transversalizada por múltiples discursos coherentes y contradictorios que pautan como un sujeto debe constituirse para poder integrarse socioculturalmente. El lugar de consumidor, los vertiginosos cambios dan un cariz especial al azar, instantaneidad e

imprevisibilidad. Las múltiples pantallas que pueblan el cotidiano vivir inauguran nuevas modalidades de relación. En la era virtual las distancias se neutralizan y convocan necesarias reconfiguraciones; una primordial concierne al cuerpo, sus límites dejan de acotarse a lo anatómico porque los espacios virtuales son habitables sin la presencia corpórea; escrituras y redes que rediseñan la dimensión grupal más allá de lo familiar, del barrio, clase social. Espacios que imponen retrabajar tanto el lugar del amigo, del amigo virtual, como del perseguidor presencial y virtual. Los sitios en línea ofrecen nuevos modos de expresiones saludables o patológicas, según la singularidad relacional que cada niño puede establecer con los objetos que están a su alcance. Lo virtual es uno de los fragmentos de la realidad, por lo tanto está atravesada por el deseo de unirse con el objeto sin perderse y a la vez el deseo de separarse sin perderlo. La dinámica fusión/separación es un eje constitutivo de la dinámica relacional y de los diversos espejos que operan en la instrumentación de las múltiples pantallas. Tal como señalan Alvaréz y Cantú (2012) se requiere un funcionamiento sustentado en procesos de diferenciación entre lo interno y externo que permita tanto la inmersión en la escena virtual a salvo de la amenaza de no poder salir de ella, como al mismo tiempo la toma de distancia y la ausencia, sin amenaza de pérdida. Cuando esta dinámica está obstaculizada, el deseo de fusión lleva al sujeto a indiscriminarse del objeto con pérdida de la distancia. Una suerte de dependencia del objeto con incapacidad de dejar la actividad y con debilitamiento o ruptura de los lazos significativos. Es decir, el uso lejos de estar determinado por las características del dispositivo, concierne a la posibilidad de cada sujeto de producir simbólicamente mediaciones e intercambios entre los espacios psíquicos y los objetos que demanda posicionamientos subjetivos e intersubjetivos específicos. Los recursos virtuales además, exigen articular el desarrollo de los procesos lógicos asociativos (establecer sentidos, representaciones, causaciones) que hasta la aparición de las dimensiones digitales reinaba con su primacía, con los procesos lógicos conectivos (desplazamientos a través de automatismos que transitan por una red externa al sujeto. Los senderos de la conexión –como los invariables pasos de los videojuegos- existen por fuera de quien los conecte). El mundo de la robótica, el manejo de programas de computación y de maquinarias requieren cada vez más de esta lógica por conexión. Según Balaguer Prestes (2015) las tecnologías de un modo u otro operan como un cerebro externo, un tercer hemisferio, ya que los archivos se guardan en la “nube”, los números de teléfono en el celular.

Retomando lo referido previamente sobre los múltiples discursos epocales acerca de la niñez, podemos señalar que los aportes teóricos de nuestra disciplina referidos a este trayecto evolutivo han quedado relegados, si los comparamos con la abundante producción bibliográfica sobre otros períodos del desarrollo. Es toda una paradoja que el mayor número de consultas psicológicas

por niños se ocasionan en estas edades y que aún se los continúe caracterizando como los describieron en la modernidad “latentes o pasajeros en tránsito entre la infancia y la pubertad”. Paradoja que se traduce en la necesidad de repensar las transformaciones subjetivas, intersubjetivas y transubjetivas propias de los niños. Trayecto vital que además, corre el riesgo de desdibujarse tras el término infancias o adolescencias. La necesaria pluralización de estas dos últimas nominaciones para señalar que desde un enfoque relacional contextual resulta imposible unificar las infancias y adolescencias con postulados universales, tropieza con la limitación lingüística que niñez no tiene plural. Motivo por el cual algunos autores engloban la niñez dentro de las infancias o rápidamente los posiciona como adolescentes tempranos, pasando por alto que hay insoslayables diferencias entre los niños que aún no han adquirido el lenguaje verbal, los que pueden recurrir a él para comunicarse, los que el lenguaje les alcanza para pensarse intra e intersubjetivamente y los que enfrentan las nuevas reconstrucciones identitarias que promueven las adolescencias. Sólo si nos detenemos a pensar la complejidad y peculiaridad del ser infantes, niños/as, adolescentes o adultos hoy, podremos deconstruir y reconstruir paradigmas que permitan captar interjuegos entre sufrimiento psíquico, los recursos internos con los que se cuenta para elaborarlo, los que proporcionan los otros en ese espacio del nosotros y aquellos que provee la cultura, todos ellos activos a lo largo de la vida promoviendo nuevas inscripciones psíquicas.

### **Complejidad del diagnóstico y sus enlaces con las vicisitudes de la recomendación terapéutica**

Desarrollar procesos diagnósticos diferenciales, que permitan un corrimiento de la patologización de la vida cotidiana, implica diferenciar entre dificultades que acaecen por déficits, conflictos o simplemente por reconstrucciones subjetivas en curso. Poner nuestra mirada en la historia vital es uno de los recursos que permite co-pensar con los padres, cuidadores y el niño las complejas tramas en la que se asientan tanto dificultades como sus potencialidades. Tramas que se emplazan en caminos no lineales de construcciones, deconstrucciones y reconstrucciones con sus posibilidades y resistencias de cambio en los trayectos que se extienden entre; intersubjetividad primaria con sus motivaciones intrínsecas para comunicar y compartir significados con otros desde el nacimiento (relación persona-persona); intersubjetividad secundaria, donde surge la relación persona-persona-objeto con los primeros vestigios de terceridad, que habilita compartir experiencias mentales y emocionales que conlleva a sentirse sentido por otro, conocerse a través de ser conocido por otro que va construyen el

inconsciente bipersonal y proceso intersubjetivo terciario donde florece la comprensión mental de pensamientos y emociones tanto de sí mismo como de los otros para reconocerse como sujeto, capaz de conocer, pensar, pensarse y saber que está pensando, en otras palabras la subjetividad propiamente dicha. Proponemos acompañar la reconstrucción de los trayectos vitales con la instrumentación de la técnica auxiliar “Historia Fotográficas” (Taborda, 2010; Taborda y Toranzo, 2017). Las imágenes fotográficas, de un modo u otro, retratan/ inmortalizan momentos, relaciones, historias de encuentro que se temen olvidar: las primeras horas de vida, la primera sonrisa, laleos, caminata, etc. Seleccionarlas convoca a recordar, elegir cuales pueden resultar más elocuentes, cuales se quieren compartir y luego, al volver a mirarlas en compañía del psicodiagnosticador, originan nuevas asociaciones, narrativas, ligaduras y recuerdos relacionales que estimula una lectura de las dificultades como un mensaje dirigido a otro que alude/elude a una conflictiva inter, intra y transubjetiva. H. Bleichmar (2001) refiere que en el momento del recordar, en ese momento, hay una reinscripción de la antigua memoria, se reestructura, entrando en un estado lábil. Reestructuración que implica la posibilidad de agregado de elementos que no estuvieron en la situación original. El estímulo contemporáneo activa una red mnésica que organiza y provee significado a la actual experiencia perceptual. Por lo tanto no hay una clara demarcación entre recuperar y consolidación, cada operación de recuperación disparará un proceso de reconsolidación que permite la integración de la nueva información sobre la base del pasado.

Metafóricamente, podemos equiparar el diagnóstico con un esqueleto, una estructura que irá tomando cuerpo en la mente del psicodiagnosticador a partir del efecto de las repeticiones recurrentes observadas en las expresiones gráficas, verbales y transferenciales-contratransferenciales múltiples.

El material recogido es analizado como una investigación en curso, en la que se busca develar o, al menos, iniciar la comprensión de los por qué de la conducta manifiesta. Así como también, las vías de compensaciones implementadas y los aspectos saludables puestos en juego en el transcurso del proceso. Como en toda indagación en la que se procura comprender la multicausalidad del sufrimiento psíquico, quedarán interrogantes sin responder. El reconocimiento del interjuego de lo que se conoce con lo que no se llega a comprender plenamente, puede inaugurar movimientos que conduzcan a trabajar los aspectos disociados, los aún no pensados de la problemática.

Paulatinamente, se va perfilando en cada uno de los actores de la situación clínica -padres, niños, institución- el abordaje terapéutico adecuado y posible. Nuestro equipo de trabajo ha modelizado diversas alternativas que contemplan la

interdependencia de los fenómenos clínicos observados con la adecuación de la intervención psicológica.

El enfoque que desarrollamos considera que padres y niños con estructuras psicológicas y psicopatológicas muy diversas pueden beneficiarse de una modalidad terapéutica de grupos paralelos de padres e hijos. Aunque, tal como lo señala Torrás de Beà (1996), este abordaje como primera y/o única intervención psicológica, está contraindicado en pacientes borderline, psicóticos, con tendencias suicidas o duelos no elaborados. Por tal motivo, cuando se observa en los adultos duelos recientes o no elaborados, se indica tratamiento individual. Asimismo, los estados altamente angustiosos que obstaculizan el trabajo centralizado en el rol parental y las dificultades con el manejo de la impulsividad, con cierta capacidad para parar y escuchar, requieren combinar psicoterapia de grupo con tratamiento individual, a cargo de otro terapeuta. Sin dejar de lado la posibilidad de otras derivaciones necesarias, por ejemplo frente a la presencia de maltrato infantil, se trabaja conjuntamente con los programas de asistencia específicas con los que cuenta la institución universitaria pública donde prestamos servicios.

En la población asistida, una contraindicación específica y frecuente para iniciar el tratamiento psicoterapéutico del niño, es la presencia de secretos familiares sobre su origen e identidad. En estos casos, se cuida que sean los padres los encargados de informarle al hijo sobre esta situación. Destacamos la importancia de que el profesional se sustraiga de establecer alianzas con aspectos inmaduros o patológicos de los padres que lleven al acting contratransferencial y se convierta en un informante que pone en jaque el indeclinable lugar parental. En consecuencia, se propone en una primera instancia, incorporar a los padres al grupo terapéutico, para trabajar específicamente sobre las causas y consecuencias consciente e inconsciente de dicho secreto. Luego de que el mismo es revelado, consideramos que se reúnen las condiciones para iniciar un primer tramo de psicoterapia individual para su elaboración.

Por otra parte, cuando las dificultades del niño se centran en carencias tempranas, que requieren ser especialmente atendidas, porque expresan déficits en la constitución psíquica generados por depresión primaria, se indica tratamiento psicoterapéutico individual para el niño. En estos casos, en los primeros momentos nuestra labor terapéutica procura establecer enlaces entre la descarga motora o la inhibición y/o las alternancias entre una y otra. Así como también, los afectos, los estados de tensión, sus necesidades de fusión y las percepciones. Estos enlaces se promueven a través de verbalizaciones descriptivas de diversas acciones y secuencias lúdicas. Estamos especialmente atentos a la comunicación, generalmente no verbal, de las necesidades de narcisización y de cuidar la norma básica: no dañarse a sí

mismo, ni al terapeuta, ni romper las pertenencias de este último, ayudando a transformar la agresión o la inhibición, en intercambios verbales y lúdicos. Sólo cuando el niño paulatinamente comienza a establecer estos enlaces y los circuitos compulsivos comienzan a ceder, inaugurando nuevas posibilidades de discriminación y de pensar, instrumentamos la interpretación de las representaciones inconscientes, para luego arribar a la propuesta del tratamiento grupal.

En lo habitual, las sesiones individuales con el niño tienen una frecuencia semanal de cuarenta y cinco minutos. Para los padres se dispone del tratamiento grupal combinado con entrevistas individuales periódicas. Con frecuencia, hemos tenido que focalizar el trabajo en temáticas tales como la introducción de pautas constitutivas del proceso de separación, en pos de establecer las discriminaciones necesarias y promover la renuncia al autoerotismo, entre ellas por ejemplo: el uso de la mamadera y chupete, que suele extenderse más allá de los 6 años; el colecho; la privacidad en la higiene y desnudez personal de los adultos y el niño. Centralmente, diferenciar ternura de sobreexcitación; entre límites que introducen la prohibición de aspectos sadomasoquista expresados en conductas violentas, entre otros y de este modo procurar construir la necesaria relación asimétrica filial.

En síntesis, el eje de las diferentes modalidades psicoterapéuticas propuestas, remite a una concepción de la constitución psíquica y subjetiva, que guía las intervenciones del equipo de terapeutas. En la mente del analista están siempre presente los sinuosos y complejos procesos que giran en torno a las necesidades de fusión/ separación, discriminación yo/no yo, interno/ externo, conocido/ desconocido, privado/ público que habitan la vida íntima de la identificaciones proyectivas, de padres e hijos. Lo hasta aquí señalado, tiene la intención de cómo ampliar nuestra mirada, para pensar los niños/as con sus historias particulares, que discurren en contextos familiares, sociales, epocales que los constituyen en únicos.

Marrone (2001) refiere que ya Bowlby aportó un modelo evolutivo interactivo, alternativo al freudiano basado en las fases de la libido y al kleiniano que gira en torno a las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, posible ser aplicado para sustentar abordajes terapéuticos. Acuñó el término vías evolutivas y señaló que la personalidad humana es una estructura que se desarrolla incesantemente a lo largo de una u otra vía, entre una serie de distintas vías posibles. Las diversas vías comienzan conjuntamente, desde la concepción se tiene acceso a un amplio abanico de vías potenciales y puede transitar a lo largo de cualquiera de ellas. A partir de ahí, la elección del camino estará determinada por la interacción entre el individuo y el ambiente. La psicopatología se ve, no como el resultado de fijaciones o regresiones, sino como resultado de que el individuo haya tomado una vía por debajo del desarrollo óptimo, justo al comienzo o en algún punto durante el transcurso de la niñez o la adolescencia como consecuencia de privación, maltrato, trauma o de pérdida.

## Bibliografía

- Alvaréz, P. y Cantú, G. (2012). Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica. *Anuario de Investigaciones*. Vol XVIII, 153-160
- Ammaniti, M. y Trentini, C. (2011). Cómo el Nuevo Conocimiento sobre Ser Padres Revela las Implicaciones Neurobiológicas de la Intersubjetividad: Síntesis Conceptual de Investigaciones Recientes. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), 60-84
- Avila Espada, A. (2014). The intersubjective: A core concept for psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 186-190. doi:10.1080/0803706X.2014.967813.
- Balaguer Prestes, R. (2015) *La práctica psicoanalítica en el universo digital. Psicoanálisis para un mundo líquido*. Buenos Aires: Noveduc
- Benjamin, J. (1996). *Los lazos de amor: psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Madrid, España: Paidós Ibérica
- Bleichamar, H. (2015). Vivir en la interfase para no quedar atrapado en mundos fragmentarios. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis*, 50. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=905&a=Vivir-en-la-interfase-para-no-quedar-atrapado-en-mundos-fragmentarios>
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis*, 009. Recuperado <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=178&a>
- Bleichmar, S. (2016). *Vergüenza, culpa, pudor. Relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Madrid, España: Paidós
- Brauer, J., Xiao, Y., Poulain, T., Friederici, A., y Schirmer, A. (2016). Frecuencia de tacto materna predice Descansando actividad y conectividad del cerebro en desarrollo social. *Corteza Cerebral*, 26 (8), 3544-3552. doi: 10.1093 / cercor / bhw137
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona, España: Paidós Ibérica

- Coderch, J. (2012). *Realidad, interacción y cambio psíquico: la práctica de la psicoterapia relacional II*. Madrid, España: Ágora Relacional
- Coderch, J. y Plaza Espinosa, A. (2016). *Emoción y Relaciones Humanas: El Psicoanálisis Relacional como Terapéutica Social*. México: Ágora Relacional.
- Daher, C. y Taborda, A. (2013). Jardines Maternales: Los primeros pasos en el proceso de separación. *SEYPNA. Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 55.
- De Aguiar, S.; Santelices, M. y Pérez, J. (2009). Apego, Sensibilidad Paterna y Patrón de Interacción del Padre con su Primer Bebé. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1 (18), 51-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921800005>
- Del Valle Echegaray, E. (1990). M. Klein: la teoría instintiva y la fantasía inconsciente. *Actualidad Psicológica*, (169)XV.
- Dio Bleichmar, E. (2005). La sexualidad femenina de la niña a la mujer. España: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (2015). El analista en la exploración de los múltiples mundos intersubjetivos del niño. En E. Rotenberg (Comp.), *Parentalidades Interdependencias transformadoras entre padres e hijos* (151-170). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A
- Doltó, F. (2000). *Las etapas de la infancia. Nacimiento, alimentación, juego, escuela*. Barcelona, España: Paidós
- Fernández, A. (2000). Los idiomas del aprendiente. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión
- Freidin, F. y Calzetta, J. ( 2016). *Niños insuficientemente sostenidos: consideraciones sobre accidentes en la niñez*. Trabajo presentado en el VIII Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, XXIII Jornada de Investigación y XII encuentro de investigadores en psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Grimalt, L. y Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005
- Janin, B. (2015). El sufrimiento Psíquico en niños. Psicopatología Infantil y constitución subjetiva. Buenos Aires: Novedades Educativas.

- Johnston, A.N.B. y Rogers, L.J. (1998). Right hemisphere involvement in imprinting memory as revealed by glutamate treatment. *Pharmacology, Biochemist & Behavior*, 60, 863-871.
- Lanza Castelli, G. (2011) Mentalización: aspectos teóricos y clínicos. *Psicologia.com*. 2011; 15:76.<http://hdl.handle.net/10401/4934>
- Ley N° 27.045. Ministerio de Educación, República Argentina, 2014.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid, España: Editorial Psimática.
- Moreno, J. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México, México: Fondo de la cultura económica.
- Muller, F. (2009). El concepto de intersubjetividad en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 66(2). Recuperado <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/20096602p0329.dir/REVAPA20096602p0329Muller.pdf>
- Nieri, L. (2012). Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 999-1022. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi123l.pdf>
- Odent, M. (2002). El nacimiento y los orígenes de la violencia. *Revista Obstaré*, 7, 46-50.
- Perner, J. (1991). *Understanding the Representational Mind*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Raga Rosaleny, P. (2007). Historia e historia. *Revista de Historia, ISSN 0213-375X, Vol. 20, 2007, 209-224*
- Rank, O. (1924/1991). *El trauma del nacimiento*. Barcelona, España: Paidós.
- Rodulfo, R. (2012). *Cinco instancias de Subjetivación en la infancia y niñez contemporáneas*. Cap. 5 Vol I. *En la Psicología Educativa en el contexto de la clínica socioeducativa. Compilado por Tabora y Leoz*. Argentina. Nueva: Editorial Universitaria.
- Rolla, E. (1971). *Elementos de Psicología y Psicopatología Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Galerna.
- Sadurní Brugue, M. y Perez Burriel, M. (2016). Outlining the windows of achievement of intersubjective milestones in typically developing toddlers. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 37(4), 356–371 (2016) © 2016 Michigan Association for Infant Mental Health View this article online at [wileyonlinelibrary.com](http://wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/imhj.21576

- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 75–100. doi:10.1080/10481885.2011.545329
- Schore, A.N. (2008). Una perspectiva neuropsicoanalítica del cerebro /mente/ cuerpo en psicoterapia. perspectiva neuropsicoanalítica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 144-168. Recuperado de [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/126/Una\\_perspectiva\\_neuropsicoanal%C3%ADtica.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/126/Una_perspectiva_neuropsicoanal%C3%ADtica.pdf?sequence=1)
- Spitz, R. A. (1965). *El Primer Año de Vida. Un Estudio Psicoanalítico de Desarrollo Normal y Anormal de Relaciones de Objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional, Inc.
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. México - Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D.N; Bruschiweiler-Stern, N. y Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te cambia la vida para siempre*. Buenos Aires – Madrid: Paidós Ibérica.
- Taborda, A. (2010). Trabajo con imágenes en proceso diagnóstico de niños. *SEYPNA. Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 173-185
- Taborda, A. y Díaz, D. (2011). ¿Estamos frente a un incremento del trastorno de Deficit Atencional o a criterios de sobrepatologización de la infancia? *Capítulo 17*. En *Extensiones Clínicas en Psicología Educativa*. Compilado por Taborda y Leoz. San Luis Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A. y Toranzo, E. (2017). *Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres*. San Luis. Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Torras de Beà, E. (1996). Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: la dinámica subyacente. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 21-22, 83-104
- Trevarthen, C. (1990). Growth and education of the hemispheres. En C. Trevarthen (Ed.), *Brain Circuits and Functions of the Mind*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tronick, E.Z. y Gianino, A. (1986) Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. Zero to three. *Bull Natural Center Clinical Infant Programs*, 5, 1–6.

Winnicott, D. (1971). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Winnicott, D. (1992). *El hogar nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Winnicott, D. (1998). *Acerca de los niños.* Buenos Aires, Argentina: Paidós

# UN LUGAR PROPIO. Adolescencias

---

### Jorge Rodríguez

La adolescencia es uno de los momentos en que más cerca estamos de la *experiencia de no-ser*. Siempre por ahí, entre no-ser y ser. Excepto en la enfermedad, nunca estamos tan profundamente vulnerables a *eso*.

La adolescencia es una insistente militancia de búsqueda de verdad, su estar contra las *soluciones falsas* los torna muy *molestos*.

Imprevistas oscilaciones entre estallidos violentos y dependencia apática. Insoportable mezcla de dependencia y desafío, momentos de fragilidad extrema y sabiduría potencial.

Tiempo en el que se hace carne nuestra

- *doble dependencia*, de la especie y del ambiente, y
- *doble condena*, a permanecer solo y a estar en grupo.

Esa necesidad de estar con otros y al mismo tiempo permanecer aislado. Paradoja de la soledad. Tema central.

*La adolescencia está entre la pubertad y lo ambiental.*

La pubertad es maduración física; nadie se engaña en pensar que la sexualidad es lo único que importa; esencialmente *interesa ser*, ser en algún lugar, no estar todo el tiempo sintiendo irrealidades.

Para ello necesitamos que nos hagan un lugar, que son lugares, hasta que podamos construir el de uno, los propios.

La pubertad en tanto tal, es condición necesaria pero no suficiente para que se dé esa compleja experiencia existencial nombrada adolescencia que sólo se constituye en presencia de cualidades ambientales específicas: *familiares, grupales* –amigos,

compañeros circunstanciales–, *institucionales* –escuela–, *sociales* –cuidados y perspectivas de “uso”–.

Lo ambiental puede posibilitar, también fallar, frenar, trabar, abdicar, traicionar. De ahí que, parafraseando al Freud de *un bebé sin los cuidados maternos no existe*, podemos decir que *la adolescencia no existe... sin lo ambiental*.

De ahí la necesidad de desafiar, de confrontar.

El *agarrar* crea objeto experiencial, base del objeto subjetivo. Experiencia de omnipotencia, la omnipotencia es un hecho, se da en un experimentar sensorio motor. No se trata del sentimiento ni del mecanismo de omnipotencia.

El *rechazar* también crea objeto experiencial, pero como base de lo que constituirá al objeto objetivo, o como camino de la objetividad, exterioridad, realidad, de lo ambiental, y lo hace mediante la acción de las cualidades ambientales de oposición y de sobrevivir.

El dejar caer, el arrojar al objeto son formas del rechazo que se van instalando como condición de la experiencia agresiva.

Experiencia de omnipotencia y experiencia agresiva al articularse construyen el pasaje del objeto experiencial -objeto transicional- a los objetos subjetivos y objetivos.

La adolescencia sana no existe sin confrontación soportada por alguien, un cuerpo vivo próximo, familiar. Un poco más lejos, en ocasiones más cerca: lo impersonal. Un palazzo, una bala, una columna, el asfalto.

No existe adolescencia (sana) sin confrontación (corporal, verbal, corporal). Confrontación aceptada, tolerada, respetada, no resuelta verbalmente

No existe confrontación sin agresión. Experiencia de esa confrontación. Agresividad, desesperar presencia, cuerpo vivo, cercano.

Agresividad compacta y voluminosa aunque insensata, exagerada, aceleraciones en punto muerto. Irrealidades varias que ubican más en el no-ser que en un estar siendo más real.

No existe confrontación sin oposición ambiental, sin presencia real, actual, viva y no básicamente mediante sustitutos inanimados, algo en lugar de alguien, cosas: dinero, objetos.

Ser real solo se experiencia en la agresión. La sexualidad es la experiencia de la potencial desaparición, la aniquilación.

No existe experiencia agresiva sin oposición viva. Agredir es morder sin lastimar.

Agresión: atacar sin dañar. Destruir es romper sin estallar.

También se da el matar. No hay asesinato (experiencia psíquica) sin sobrevivida. Asesinar es matar sin que se mueran, matar a alguien que sobrevive.

Paradoja: para vivir alguien, otro, tiene que ir muriendo, cada vez y no de una, y sin morir. Si se muere, junto con el duelo, estafa, arruina.

El adolescente está entre el asesinato y el suicidio. Enigma del suicidio, muchos lugares en todo el país son testigos interpelados por lo inexplicable. Cuando se habla de inseguridad se *usa políticamente* la potencialidad agresiva, remarcando solamente la violencia de los asesinatos o muertes reales. Al mismo tiempo se barre, no se adonde, la agresión necesaria que ocasiona, lleva al suicidio. Consultar las estadísticas abrumaría con sus datos. Hay más suicidios que asesinatos. Hay más suicidios en jóvenes que en adultos. Más suicidios inexplicables que francamente patológicos.

¿Cómo unirse sin arriesgar individualidad? ¿Cómo evitar el peligro que hagan intrusión en nuestra soledad esencial, nuestro lugar para decir que no.

La gloriosa irresponsabilidad. Estar al pedo, *boludear*, estar buscando sin saber qué. El no diferenciar.

### *Figura, experiencia y paradoja*

*Exploraciones:* de las experiencias y paradojas existenciales de *formas básicas del vivir adolescente:* jugar, soledad, secreto, silencio, escondido, conocido.

Se constituyen *figuras*, las formas de experimentar esas paradojas

### **Condenas**

- a estar en grupo y a un aislamiento esencial,
- a estar comunicándose y estar permanentemente en no comunicación,
- permanecer, estar, de hecho, no encontrado. Es necesario permanecer escondido pero una cagada no ser encontrado,
- permanecer no conocido.

### **Paradojas**

- Permanecer escondido al ser encontrado.
- Preservar anonimato al ser conocido
- Permanecer aislado en lo grupal
- Permanecer no comunicado al comunicarse

### **Necesidades**

- *de ser encontrado, estar solo, en pareja, en grupo.*
- *de no ser encontrado al encontrarse con otro y*
- *la imposibilidad de ser encontrado, aislamiento esencial*

*Trilogías sin religión o a la búsqueda de una religión, cualquiera...que me drogue con sentido, con significados. Mientras masticar, chupar, drogar, tener sexo, ir de ningúnlado a ningunaparte.*

No es exclusivamente social aunque lo parezca, ni exclusivamente individual, ni cultural, puede darse sin conversión ni convicción...

Un amigo reconoce que aprende de los pacientes. Otro cuenta lo que uno le dice "los estadounidenses son piolas y expertos *mercaderes de bajo vuelo*, única civilización que no crea ninguna cultura". Continúa, se trata de "una civilización de manufacturas (muchas veces berreta, agrego yo) para venderlas en todo el globo, por puro lucro, sin buscar conversiones y sin convicciones". Su verdad –con el perdón de la palabra– su único propósito e intención: tenerte de mercado cautivo, *que le compres sin oposición*. Cualquier intrusión es válida para lograrlo. ¿Cuántas veces por día entran sin permiso para venderte algo en tu celular, teléfono fijo, internet, televisión? y concluye "En Estados Unidos hay una cosa a la que se considera *pecado*: la pobreza. Si uno es pobre está listo, se gana el desprecio de todos." No sólo ahí, digo yo.

Aprendiendo de los amigos, digo, el *puro lucro* es la pulsión fundamental de las corporaciones, y su otro *yo*, la *insaciabilidad*.

El *marketing* y ciertos *medios*: televisión, internet, celulares, le dan forma. No consideramos las instituciones "serias": poder político, religioso, judicial y financiero. Los tipos, muchas veces, queremos salvar a una mina, los gobiernos, muchas veces, salvan a los bancos.

Todo lo que se intenta vender *dice* cierta *bondad*, "hace algún bien, o es bueno", al mismo tiempo *define lo malo* –en una casi palabra (no vaya a ser cosa de pensar), por ejemplo: "dictadura k"– y *los malos* –en sucesivas décadas japoneses y alemanes, rusos, chinos, árabes– *of course*, *ellos* están del otro lado de la luna.

Lo *bueno* y el terror en dosis permanentes, para tratamientos prolongados.

### ***Adolescentes entrampados***

Los sacrosantos negocios *le afanan* el cuerpo a los pibes. Les hacen comprar alcohol muy berreta, variedad de drogas farmacéuticas y de las *otras*, lugares y momentos para "divertirse". Lo único que está más a salvo en los *pibes* es el sexo, entre ellos casi nadie paga por sexo, aunque algunos se regalen y otros se vendan. Los únicos que lloran son los *gallegos* de los *telos*. Laboratorios, fábricas de cervezas y de bebidas blancas, gaseosas y aguas y dueños de locales, hacen cuenta todos los fines de semana, incluir intermediarios, musculosos y post-modernos. Lo anónimo. Un lugar donde

*predomina el lazo de bondad entre anónimos*, simplemente están compartiendo ese lugar, donde bailar, beber, drogarse puede unirlos en su búsqueda.

El cuerpo propio está como a “disposición” de cualquiera, preservación del anonimato y estar escondido con otros.

Estar solo y acompañado de uno o varios, ¿será esta la paradoja que se hace real?

O estar aparentemente acompañado pero infinitamente sólo.

*Permanecer anónimo* estando en público, es *estar escondido a la vista del otro, al estar acompañado*.

Ser encontrado y no-ser encontrado.

También están borradas las diferencias entre lo *privado* y lo *público*, entre lo *íntimo* y lo *público*. *Lo efímero* y lo *perdurable*. *Buscar, a pesar de la imposibilidad de encontrar y de la necesidad de no ser encontrado al ser encontrado*.

Lo anónimo y lo inerte. Intimidad sin privacidad o privacidad sin intimidad o intimidad pública.

Intimidad sin intimidad. ¿Qué se pierde al perder la intimidad?

*Intimidad* es compartir vulnerabilidad, soportar correr riesgos.

Con internet y los celulares se *redefine* la separación y la distancia, "no se siente la lejanía". Impúdicamente el marketing de las telefónicas “nuestro negocio es que usted se comunique” como si pudiese desaparecer la espera.

*Desaparición de la espera*, que amenaza!!!

También se evaporan sin llegar a existir, el tacto, el olor, la presencia multi sensorial de sobres, estampillas, caligrafías y sus decires. Anestesia de los sentidos. Sensorialmente anónimo es el intercambio de mails. Todos vemos el mismo blanco agrisado y los negros de la misma tipografía de fondos y formatos. Aunque te vendan que no todo está pre-determinado, lo está, ellos eligen por vos. *Ellos*, otros anónimos. Anónimos pero en este caso, cuando se hacen reales, están sin vida. *Inertes* aunque disimulen aliento.

Internet, en sus mails puede tener menos vida que una carta. El papel está vivo. El *blank* digital, no. Solo anulan nuestra inevitable e insoslayable soledad. Ilusión de estar –digitalmente- siempre con otro: celulares e internet.

Siempre comunicados, es una manera de negar el no tener ganas de comunicarse y la imposibilidad de comunicarse.

Así se promueve la propaganda, el marketing. Se trata de un universal y omnipresente sistema de compra-venta.

La "expansión" inducida de la sensorialidad y sensibilidad acerca a "visiones" impensadas...para aceptarlas, tolerarlas y respetarlas es necesario tener con que y/o contar con un marco ambiental que lo posibilite, al que sin saberlo se encuentra "entrevisiones"...

Cuerpo corporal, somático, erógeno, experiencial, invisible.

En todos los casos el que manda es el cuerpo, ya que en un momento "se duerme" y así lo *saca*, al que está ahí, de su estar soñando despierto.

El cuerpo lo salva al dormirlo, y lo condena, si es lo único con lo que cuenta...

Cuando "se conoce" lo abismal de las visiones el cuerpo salva...el dormir protege de ese especial soñar despierto - invirtiendo la conocida formula freudiana.

Aquí es donde hay o podría haber un viraje de anestesiarse y adormecer antes de dormir...es como si en un momento se saltea la sensibilidad a la que arroja el soñar despierto...

"Huérfanos de emoción, huérfanos de misterio" escucho dice mi sombra.

## Bibliografía

- Fairbairn, R. (1978) *Estudio Psicoanalítico De La Personalidad*. 5° Edición. Buenos Aires Paidós
- Rodríguez J. (2017) *De la Inquietud a la Confianza*. Buenos Aires. Letra Viva
- Rodríguez, J. (2010-2107) *Soñar con los dedos. Entre Freud y Winnicott*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Winnicott, D.W. (1972) *Realidad y juego. Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente*. Granica, Buenos Aires.
- Winnicott, D, W (1979) *La agresión en relación con el desarrollo emocional (1950-55)*. Barcelona. Laia.
- Winnicott, D, W (1979) *La posición depresiva en el desarrollo emocional normal. (1954-55)*. Barcelona. Laia.
- Winnicott, D, W (1979) *Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión en el setting analítico (1954)*. Barcelona. Laia.
- Winnicott, D, W (1979) *Preocupación maternal primaria (1957)*. Laia. Barcelona.
- Winnicott, D, W (1979) *El miedo al derrumbe (1964). Exploraciones psicoanalíticas I. (1989)*. Paidós. Buenos Aires. 1991.

# IMPASSE

---

**Joan Coderch**

### **Introducción**

En este trabajo trato de poner de relieve las dificultades para diagnosticar la instauración de un impasse en el curso del proceso psicoanalítico, así como la necesidad de diferenciarlo de lo que podemos llamar los límites del análisis, en general, y de cada análisis, en particular. Advierto que la idealización del análisis puede llevar a prolongar indebidamente, con los inevitables perjuicios para el paciente, un análisis que ha llegado a su límite, bajo la convicción de que se trata de un impasse que debe ser resuelto. Introduzco la perspectiva intersubjetiva del análisis para lograr una comprensión amplia de éste y la corresponsabilidad de paciente y analista en su fijación. También hablo de la noción de “complementaridad” como factor de la máxima importancia en la presentación de un impasse, y de la perentoria necesidad de disolver esta complementariedad con la creación de un espacio en el que paciente y analista puedan analizar conjuntamente su fantasía. Finalmente, incluyo una ilustración clínica.

### **1. Reflexiones sobre el concepto de *impasse***

En el lenguaje psicoanalítico se denomina *impasse* al hecho de que el curso del proceso analítico queda detenido o estancado. Deseo advertir, de entrada, que se trata de un concepto del psicoanálisis “clásico” (denominado también “corriente principal del psicoanálisis”), poco tenido en cuenta dentro del moderno psicoanálisis relacional desde el que yo pienso y escribo desde hace ya muchos años. El concepto de *impasse* surge principalmente desde la perspectiva del psicoanálisis basado en las asociaciones libres del paciente y en las interpretaciones del analista acerca de las inconscientes fantasías transferenciales del paciente, dirigidas a promover un *insight* en este último que dé lugar a una resolución de sus

conflictos intrapsíquico. El *impasse*, desde tal perspectiva, se presenta cuando no tiene lugar el deseado *insight* ni, por tanto, la resolución del conflicto intrapsíquico observado en la transferencia. Las causas se atribuyen a las “resistencias” del paciente ante las interpretaciones del analista. Para el psicoanálisis relacional, fundamentado en el diálogo espontáneo, libre y simétrico entre paciente y analista, del cual más adelante hablaré, dirigido a la reorganización de la mente del primero, no se suele centrar el interés en las interpretaciones formuladas por el analista ni en las supuestas resistencias del paciente a aceptar aquellas. Si el desarrollo del análisis no avanza de manera satisfactoria, en el psicoanálisis relacional no se acude a la idea de tales resistencias, sino a una dificultad compartida por paciente y analista en el establecimiento de un diálogo esclarecedor y creativo que sea de ayuda para el paciente. Nunca se da como causa exclusiva la resistencia del paciente a entender lo que el analista le explica en forma de interpretación (Coderch, 2001, 2010 y 2012)<sup>1</sup>. De todas formas, como en los textos y en el lenguaje psicoanalítico sigue empleándose, aunque en mucha menor medida, el concepto de *impasse*, parece adecuado dedicar un capítulo a este tema, con el intento de una mayor comprensión del mismo.

Fácilmente se comprende que lo que podemos denominar el “diagnóstico” de estancamiento y falta de progreso depende la experiencia subjetiva del analista, del paciente o de ambos. En el psicoanálisis clásico se da más peso al sentimiento por parte del analista, quien se fundamenta en la transferencia que observa en la situación analítica. En el psicoanálisis relacional, desde el cual yo hablo, aquello que más importa es el sentimiento del paciente acerca de si se siente ayudado con relación a los sufrimientos y dificultades por los que ha solicitado la ayuda analítica.

Como es de esperar por lo dicho hasta aquí, la frecuencia con que se diagnostica el *impasse* en el curso de un proceso psicoanalítico varía mucho según las teorías con las que trabaja cada analista y su peculiar personalidad. Mi opinión, derivada de mi experiencia clínica y de la lectura de gran número de trabajos clínicos a lo largo de muchos años, así como la de haber presenciado multitud de discusiones académicas en las reuniones entre analistas, es la de que muchos de los análisis que se prolongan durante largos años y que terminan con muy escasos resultados son análisis en los que se ha establecido un *impasse*, en un momento más o menos temprano o avanzado de su desarrollo, y que, a partir de tal momento han arrastrado una vida estéril hasta que uno u otro de los dos participantes deciden dar fin a algo que se ha convertido en una rutina, como cualquier otra de las actividades de su vida diaria. Creo que aquí se presentan dos problemas que es

---

<sup>1</sup> El psicoanálisis relacional parte de las aportaciones de las Ciencias de la Complejidad y de la no linealidad para explicar cualquier fenómeno, no de una causa única ni de la linealidad causa-efecto. Todo efecto es el resultado de la interacción de múltiples variables (Coderch J y col., 2014; Coderch, J. y Plaza, A., 2016).

necesario saber distinguir. Uno es el diagnóstico diferencial entre los límites del análisis y el *impasse*, y el otro es el de los factores que han contribuido al estancamiento del proceso y a las soluciones del mismo cuando éste se produce.

Según mi juicio, en muchas ocasiones se confunde el *impasse* con los límites del tratamiento psicoanalítico. Esta confusión tiene lugar en una medida proporcional a la idealización del análisis por parte del terapeuta y de la escuela cuyo pensamiento sigue. Para la corriente tradicional del psicoanálisis, por definición, todo tratamiento debe finalizar satisfactoriamente siempre que el encuadre sea guardado adecuadamente y que las interpretaciones del analista correspondan, verdaderamente, al estado de los asuntos internos del paciente, sean formuladas en el momento adecuado (*timing*) y posean suficiente fuerza para superar las resistencias del paciente. Para mí, esta es una concepción totalmente idealizada y errónea por varios motivos. El primero de ellos es el de que en la actualidad no podemos sostener que, en cada momento determinado del proceso psicoanalítico existe una interpretación que es la “buena”, la “verdadera”, y que las otras son erróneas. Toda situación analítica, como todo suceso que la vida nos depara, es susceptible de múltiples interpretaciones, y no existe una “verdad” única, con mayúscula, sino que la verdad es relativa, perspectivita y, en gran parte, una construcción social (Nietzche, F., 1873). Buena prueba de ello es la gran diversidad de escuelas y orientaciones psicoanalíticas, cada una de ellas con su propio tipo de interpretaciones.

El segundo de los motivos a los que me he referido es el de que las posibilidades de modificación de la psique de un paciente tiene sus límites, los cuales se sustentan en una cantidad enorme de variables como son el equipamiento genético, el grado de la flexibilidad cerebral de cada sujeto, la totalidad de las experiencias previas, conscientes e inconscientes, el nivel intelectual del sujeto, el contexto en el que se halla, el grado de su interés en obtener ayuda, la fuerza de su *self*, etc., y, cómo no, la personalidad del analista. Todo aprendizaje, toda *performance*, todo logro de rendimiento en el terreo intelectual, artístico o deportivo, pongamos por caso, tiene sus límites, y el tratamiento psicoanalítico no es una excepción. Ciertamente que a través de la interacción de los dos sistemas abiertos que son paciente y analista siempre es posible que emerjan nuevas capacidades y actitudes que no existían antes en el primero, pero esto, desafortunadamente, no siempre ocurre. Esta confusión entre los límites del análisis y el *impasse* viene favorecida por la idealización de las interpretaciones. Para no repetir lo ya dicho subrayo que tal idealización se basa en el supuesto de que toda interpretación, si es suficientemente acertada, romperá la resistencia del paciente, se disolverá el *impasse* y el proceso seguirá su avance. Este supuesto, además de comportar todos los errores ya mencionados, acumula otro, para mí de gran importancia y que parece haber sido pasado por alto por parte del pensamiento psicoanalítico hasta el momento. Este error parece que se basa en dar por sentado

que el paciente carece de libertad y de agencia y que si la interpretación es la supuestamente adecuada- es decir, *correcta, verídica y pertinente* (dada en el momento oportuno)- forzosamente superará las resistencias, dará lugar al *insight* y el paciente se verá ineludiblemente empujado a modificar su psiquismo y, consecuentemente, su comportamiento, de acuerdo con el *insight* obtenido. Es decir, si damos por sentado que toda interpretación correcta verídica y pertinente formulada por el analista supera las resistencias del paciente y da lugar a un cambio en su inconsciente convertimos al paciente, teóricamente en un prisionero de tales interpretaciones (Coderch, J., 1995). En este caso, se daría la paradójica consecuencia de que siendo el análisis un tratamiento destinado a combatir las ansiedades, síntomas e inhibiciones, en síntesis, a hacer más libre psíquicamente al paciente, el resultado sería eliminar su libertad de elección y de pensamiento, constriñéndole a experimentar unas modificaciones psíquicas impuestas por las interpretaciones “correctas verídicas y pertinentes” y el *insight* provocado por ellas y, en último término, deseadas por el analista que formula las interpretaciones. Todo lo cual me pare la visión más anti-analítica que darse pueda. Este error deriva de la errónea concepción de la mente como un mundo cerrado y, por tanto, determinista, frente a la concepción de la mente como un mundo abierto y, por tanto, emergente e indeterminado. Mi posición es la de que a lo que debemos tender es a que el paciente se sienta libre y que, incluso ante una interpretación razonablemente acertadas- digo esto porque las interpretaciones no pueden ser más que esto, razonablemente acertadas- pueda asentir, o no, con la interpretación que se le ofrece, sin sentirse culpabilizado o perseguido en caso negativo.

La confusión de los límites naturales de un análisis con un *impasse* es iatrogénica y suele tener consecuencias muy perjudiciales para el paciente. Le conduce a un gasto económico y de tiempo inútiles, además de culpabilizarle al llevarle al convencimiento de que, a causa de sus resistencias a conocer la “verdad” formulada por el analista, no logra las modificaciones deseadas. La prolongación de un análisis, en búsqueda de unas metas inalcanzables para un determinado paciente, alimenta falsas esperanzas y, finalmente, puede llegar a hacer estéril aquello que sí se ha alcanzado, y a que el paciente no puede reconocer y utilizar, tal vez llevado por la ilusión de alcanzar no sabe que desconocidas y sublimes metas. Por otro lado, la innecesaria prolongación del análisis con la esperanza de solucionar un supuesto *impasse* conduce al paciente, con frecuencia, a abandonar sus esfuerzos para organizar y llevar a cabo de la mejor manera posible su vida en el mundo de su realidad, centrando sus esperanzas en que a través del descubrimiento de fantasías inconscientes e interpretación de sus sueños, finalmente se arreglarán las cosas sin saber cómo. En muchos de los casos excesivamente prolongados, según he visto en trabajos clínicos y supervisiones, parece que el paciente ha olvidando que, en último término, él es el verdadero agente y responsable de su vida, y que esta responsabilidad pasa por saber emplear

con su trabajo mental los conocimientos y experiencias que el análisis le ha aportado, para aplicarlos a la realidad de su vida. Hace ya tiempo que los analistas, por lo menos gran parte de ellos, hemos aceptado que el análisis no “cura” sino que, simplemente, ayuda a los pacientes a hallar más positivas maneras de estar con ellos mismos, con los otros y con el mundo entorno. Si aceptamos la realidad de los resultados modestos del análisis será más difícil que confundamos los límites de éste con un *impasse*. Antes de diagnosticar un *impasse*, por honestidad y atendiendo a lo más conveniente para el paciente, es necesario asegurarse, en la medida de lo posible, de la realidad de tal detención, y diferenciarla de haber llegado al límite de lo que puede conseguirse con un determinado paciente y un determinado analista en un determinado contexto.

## **2. Factores que predisponen al *impasse***

Frente a lo que podemos llamar un verdadero *impasse* surge la necesidad de indagar en los factores que han conducido al mismo. Lo habitual dentro del pensamiento psicoanalítico tradicional ha sido atribuirlo a las resistencias incoercibles y a las maniobras tendentes a anular los esfuerzos del analista, por parte del paciente. Así, por ejemplo, Etchegoyen, representante destacado de tal pensamiento en su versión kleiniana, emplea el concepto de Bion (1963) de “revisión” de la perspectiva como una idea fundamental para la comprensión de muchos casos de *impasse*. Recordemos que, con este concepto, Bion se refiere a los intentos de impedir el avance del curso del psicoanálisis analítico a través de una reversión de los procesos del pensamiento. En silencio, consciente o inconscientemente, el paciente vive la globalidad de la situación analítica desde unas premisas distintas a las del analista, actuando en contra del acuerdo establecido, aun cuando, aparentemente, parece cooperar en el tratamiento. Etchegoyen (1986) piensa que en esta situación el paciente reinterpreta perseverantemente las interpretaciones del analista de acuerdo con sus propias premisas, de manera que aquellas están siendo constantemente rechazadas; es decir, existe un aparente acuerdo entre paciente y analista, y un silente y escondido desacuerdo, con lo cual el proceso queda totalmente detenido. Si el analista no percibe esta callada actuación del paciente, es del todo imposible cualquier avance. En la misma línea Chesik (1996) considera que la reversión de la perspectiva debe ser sospechada cuando todo parece avanzar bien en el tratamiento pero no se observa ningún cambio en el comportamiento del analizado. También pienso- como también pienso yo- que este caso es muy frecuente en los análisis de los candidatos de los institutos de formación psicoanalítica, en los cuales el analista intenta ayudar al candidato a resolver sus dificultades neuróticas, pero el candidato utiliza el

análisis, simplemente, para satisfacer su necesidad de conocimientos de técnica analítica, y como paso indispensable para su acreditación como analista.

Otro posible resistencia por parte del paciente que se ha citado abundantemente, en especial por parte de la escuela kleiniana, para explicar el *impasse*, es el de la llamada *reacción terapéutica negativa* (R.T.N.). Freud (1923) se refirió a este tipo de resistencia afirmando que algunos pacientes reaccionan de forma paradójica, lo cual da lugar a que aquellas palabras del analista que deberían ser para una mejora, provocan en ellos una exacerbación de los síntomas, y empeoran en lugar de mejorar. Freud atribuyó este fenómeno a sentimientos inconscientes de culpa ligados a estructuras masoquistas. Hoy en día, algunos analistas persisten en emplear este término (R.T.N.) para indicar que en ciertos pacientes, tras una interpretación que, razonablemente, puede considerarse correcta y que, en principio, parece que han comprendido y que se espera que puede servirles de ayuda, aparece una respuesta de rechazo a la misma y un empeoramiento de los síntomas. A partir de los sentimientos de envidia descritos por M. Klein (1957), los analistas de orientación kleiniana juzgan que es la envidia la variable predominante en la aparición de dicha reacción, aun admitiendo que influyen también los sentimientos inconscientes de culpa que prohíben al paciente obtener un beneficio de análisis, a fin de aliviar con el sufrimiento tales sentimientos culpabilizadores. La solución en estos casos, según los analistas kleinianos, pasa por interpretar la envidia y los sentimientos de culpa provocados por ella y por las pulsiones agresivas.

Por lo que respecta a mi opinión, no niego que en algunos casos pueda presentarse una R.T.N. como respuesta a las intervenciones del analista, pero creo que esta unilineal y esquemática explicación, en la que todo el énfasis es puesto en el paciente, es totalmente sesgada y parcial, una explicación a través de la que el comportamiento del pacientes es encajado, al igual que en el lecho de Procrusto, en el estrecho marco de la teoría kleiniana, fundamentada en la supuesta pulsión de muerte-o agresiva en sus manifestaciones externas- y cuya manifestación mental es la envidia. En mi opinión, en todo caso, la R.T.N. puede manifestarse cuando el analista no percibe las auténticas necesidades emocionales del paciente y lo único que le ofrece con sus palabras son interpretaciones, generalmente culpabilizadoras, que no cubren tales necesidades, y aquel, con su respuesta, intenta transmitir su decepción y su rabia. En el material clínico de los analistas que trabajan siguiendo el paradigma relacional nunca he visto mencionada este tipo de respuesta. El concepto de la R.T.N., como el de todas las llamadas resistencias en general, debe ser tratado con sumo cuidado, ya que es de suponer la facilidad con la que el analista, al sentirse frustrado por el escaso éxito de un análisis determinado, y por las quejas del

paciente acerca de la falta de mejoría, puede recurrir a tal concepto para sentirse justificado y aliviar sus propios sentimientos de culpa. Creo que es precisamente por este motivo que paulatinamente el concepto de la R.T.N. ha ido cayendo en desuso y declive, y actualmente raras veces aparece en los trabajos clínicos.

### **3. La responsabilidad compartida de paciente y analista**

Gracias a la influencia del psicoanálisis relacional y a la progresiva aceptación de que transferencia y contratransferencia son co-creadas (Corderch, J., 2006) lo que se tiene actualmente en cuenta frente a los casos de supuesto *impasse*<sup>2</sup> son las vicisitudes y complejidades de la relación paciente-terapeuta, atribuyéndose la responsabilidad tanto al uno como al otro. Personalmente, y para aclarar mi posición, deseo expresar que, si un paciente me dice que el análisis no le está ayudando, mi respuesta no es la de pensar en las supuestas resistencias del paciente sino la de preguntarme qué es lo que yo digo o dejo de decir, y qué es lo que hago o dejo de hacer para que este paciente sienta que no le ayudo.

El desarrollo del proceso psicoanalítico es el resultado, para bien o para mal, de la interacción continuada de paciente y analista (Corderch, J., 2001,2010,2012,2014). Las modificaciones psíquicas que pueden producirse en el paciente son el resultado de esta interacción, y la aparición de un *impasse* es así mismo, el resultado de esta interacción. De ninguna manera puede entenderse la detención en el avance de un psicoanálisis atendiendo únicamente a los procesos psíquicos que tienen lugar en la mente del paciente como si se tratara de un producto aislado, sino que siempre son el resultado de la interacción de dos subjetividades. Cada uno de los dos protagonistas enfrenta la situación analítica de acuerdo con sus esquemas mentales y principios o patrones organizadores y, como consecuencia de la conjunción de unos y otros se forma un campo intersubjetivo que pertenece a los dos.

G. Atwood, R. Stolorow y L. Jeffrey ( 1989) exponen que del continuo interjuego entre las psicologías individuales del paciente y del analista surgen repetidamente dos situaciones: *la conjunción intersubjetiva* y *la disyunción intersubjetiva*. En mi opinión, en la primera de estas dos posibilidades los patrones organizadores de las experiencias de paciente y analista son recíprocamente asimilados en la mente de cada uno de ellos y se produce una mutua comprensión, consciente e inconsciente, de las demandas y necesidades de uno y otro. Este interjuego puede compararse a una danza en la que cada uno de los participantes anticipa y se acopla rítmicamente a los movimientos del otro, a la vez que estos

---

<sup>2</sup> Digo supuesto porque no creo que se presenten casos en los que tanto paciente como analista puedan afirmar, sin lugar a duda alguna, que el desarrollo del proceso se encuentra absolutamente detenido y sin ninguna clase de posibilidades para seguir adelante, aunque en la práctica sea ésta su experiencia subjetiva

movimientos son diferentes para cada uno de ellos (Benjamin, J., 2002). También puede compararse a la situación en la que dos intérpretes de jazz improvisan conjunta y libremente, y también a la armonía en la que dos danzantes del tango argentino responden a los movimientos del otro (Bucci, W.,2011 ). Cuando esta asimilación no tiene lugar se produce la disyunción intersubjetiva, en la que la mutua incompreensión provoca sufrimiento y decepción en uno y otro. En este caso, los danzarines pierden el ritmo y tropiezan entre sí, y los intérpretes de jazz se extravían en estridencias y disonancias. En el curso del proceso psicoanalítico, invariablemente, alternan las conjunciones y las disyunciones, y no debe entenderse que siempre las primeras favorecen el curso del proceso y las segundas lo obstaculizan, sino que el resultado depende de la capacidad la díada analítica, formada por un sistema con dos componentes que se hétero regulan mutuamente, para reflexionar sobre sus patrones organizadores, entender de qué manera éstos están influyendo en el paciente y, con ello, poder captar el significado de las conjunciones y disyunciones cuando tienen lugar. Cuando se produce la disyunción, su reconocimiento puede llevar a un mayor entendimiento de los patrones organizadores del paciente y, por tanto, a un incremento de la empatía y de la comprensión de las configuraciones relacionales que estructuran la mente de aquel. Por el contrario, puede suceder que en una conjunción intersubjetiva las experiencias del paciente sean tan similares a las del analista que algún hecho significativo pase desapercibido y no pueda ser analizado. Es, en sentido, como si la figura de los danzarines se fundiera en una sola, o como si los intérpretes de jazz crearan exactamente la misma melodía. Por tanto, depende de la capacidad reflexiva del sistema que forman paciente y analista que se favorezca o entorpezca el avance del análisis. Como puede verse por todo lo que estoy diciendo, frente a un posible *impasse* es del máximo interés el planteamiento, por parte del analista, de lo que Orange, Atwood y Stolorow (1997) denominan la *investigación empático-introspectiva*, a la que describen de la siguiente manera:

Tal investigación busca iluminar los principios inconscientes organizadores de la experiencia del paciente (empatía), los principios inconscientemente organizadores de la experiencia del analista (introspección) y el oscilante juego psicológico creado por el interjuego entre las dos subjetividades (p.44).

#### **4. La complementariedad**

Aron (1996, 2006) y Benjamin (1995,1998, 2004) han introducido la noción de *complementariedad* en la dualidad de la díada como factor de importancia en el estudio del *impasse*, así como la necesidad de la creación del tercero como forma de salir de esta complementariedad.

Los autores precitados juzgan que en la complementariedad cada uno de los dos protagonistas queda apresado en la proyección de la coercitiva visión que el otro tiene de él, sin poder escapar de los límites de esta visión, con lo cual se provoca el *impasse*, ya que ambos permanecen inmovilizados en una trabazón irreductible. Aron describe la complementariedad de esta manera:

La complementariedad se caracteriza por una variedad de *splitting* en la que cada uno toma una posición complementaria- el extremo opuesto- al otro lado. Si uno es experimentado como “el que hace”, entonces el otro es el que ha sido hecho (Benjamin, J., 2004); si uno es el sádico, entonces el otro es el masoquista; si uno es el hombre, entonces el otro es la mujer... a la vez, la complementariedad puede ser revertida, sin ningún cambio significativo en su estructura (p. 553).

Para explicar la estructura de la complementariedad, Aron recurre a una imaginaria disposición geométrica en la que paciente y analista están cada uno en el extremo opuesto de una línea recta. Pero la línea recta tiene solamente dos puntos opuestos y no tiene espacio, porque existe solamente en dos dimensiones, de manera que quienes ocupan estos puntos pueden acercarse más o distanciarse, pero no pueden moverse de la línea a causa de la falta de un tercer espacio. Lo que sí pueden los ocupantes de los extremos de la línea es revertir las posiciones, y pasar, cada uno de ellos, a ocupar el extremo opuesto. En el caso de la díada analítica, por tanto, la estructura de la complementariedad, afirma Aron, mantiene a cada uno en una determinada posición relacional con respecto al otro, sin que haya otra posibilidad que la de alejarse y acercarse, o revertir la posición y ocupar cada uno el lugar del otro. También recurre Aron a la imagen de uno de estos columpios en los que cada uno de los dos ocupantes se sienta en el extremo de un tablón que gira sobre el eje, de manera que cuando uno sube el otro baja, sin que haya otra posibilidad que la de mantener el columpio horizontal al suelo, de manera que los dos ocupantes permanezcan en el mismo nivel, lo cual, en el caso de la díada analítica, permite establecer una relación más igualitaria, pero manteniendo la misma estructura de rigidez. Continúan en la misma línea y la posición de cada uno de ellos viene determinada por la posición del otro, y, por tanto, permanecen encerrados en una determinada forma de relación. Este es el modelo propio de las relaciones de complementarias que Benjamin (2004) denomina como *doer-done to, push me, pull you*, y que encontramos en los *impasses*. Los escritos de Aron y Benjamin sobre esta cuestión son sumamente complejos y de profundo calado, y no puedo extenderme más aquí sobre ellos.

Quiero ahora imaginar una situación clínica sencilla, que es frecuente en la realidad, a fin de facilitar la comprensión de estas ideas y poner de relieve su utilidad en la práctica. Un paciente llega tarde a la sesión. Puede suceder, y con frecuencia sucede, que el paciente justifique su tardanza por una gestión previa que

esperaba, sin haberlo logrado, terminar para llegar con tiempo suficiente a la sesión, y en estos casos con frecuencia sucede (todos los que hemos sido psicoanalizados con los métodos tradicionales lo sabemos por propia experiencia, así como también por la lectura de trabajos clínicos) que el analista interprete la existencia en el paciente de deseos inconscientes de hacerle esperar, escondidos bajo la apariencia de la necesidad de llevar a cabo tal gestión y de la convicción de que podrá terminarla con tiempo suficiente. Pero también puede tener lugar lo contrario, que el paciente se autoculpabilice y que el analista considere razonable la tardanza a causa de las necesidades en la vida real del paciente, y que interprete la autoculpabilización del mismo como expresión de profundos sentimientos de culpa derivados de sus conflictos intrapsíquicos. En ambos casos, si este tipo de relación persiste, paciente y analista están situados en una línea recta o en un columpio, en una estructura de complementariedad que les mantiene encerrados en sus respectivas posiciones: el paciente se justifica y el analista interpreta, de manera culpabilizadora, deseos inconscientes de llegar tarde; o bien pueden cambiar las posiciones, el paciente se auto acusa y el analista justifica la tardanza, pero no pueden moverse más porque la línea es bidimensional. Si esta situación se prolonga e invade su relación, se encuentran en una situación de *impasse*. Veamos a continuación la solución que proponen Aron y Benjamin para escapar a la complementariedad.

De alguna forma, yo ya me he referido a esta solución según entiendo sus ideas, cuando me he referido a la *ritmicidad* de la díada analítica a semejanza de dos danzarinés cuando comparten una danza en la que sus movimientos se acoplan sin que sean los mismos para cada uno de ellos. En este caso, se trata de que han co-creado un espacio que les permite moverse fuera de la complementariedad. Y lo mismo con el ejemplo de los intérpretes de jazz, quienes crean una pieza musical a partir de la improvisación de cada uno de ellos. En el caso concreto del paciente que llega tarde, yo propongo que una manera de salir de la complementariedad en línea bidimensional, del tipo “tú te justificas y yo te acuso” o “tú te acusas y yo te justifico”, puede ser la de construir, por ejemplo, un espacio pidiendo al paciente que intente expresar las fantasías e imaginaciones que ha tenido acerca de lo que estaba haciendo o pensando el analista durante la espera.

Aron afirma (2006) que los dos participantes deben hallar un camino para ir desde su posición en una línea hacia un espacio abierto, un espacio “psíquico”, un espacio transicional para pensar, respirar, vivir y moverse libre y espontáneamente sin quede aprisionado por las proyecciones del otro.

Tanto Aron como Benjamin, pues, equiparan este espacio abierto más allá de la bi-direccionalidad a la consecución de la “terceridad” (*thirdness*). Para Benjamin (2004), en la medida en que conseguimos manejar la dualidad lineal lo hacemos desde la perspectiva del tercero. Esta autora concibe el concepto de la

terceridad como una cualidad de la experiencia relacional que comporta un espacio mental similar al espacio potencial o transicional de Winnicott. En cuanto a la resolución de las situaciones de *impasse*, piensa que lo más importante es la idea relacional de que la recuperación de la subjetividad requiere el reconocimiento de la participación del analista en ellas.

Como es de suponer, las posibilidades de que se entre en una situación de *impasse* en el curso de un proceso psicoanalítico varían mucho según la forma de conducir la relación y las teorías en las que se sustenta su trabajo el analista. Para mí, y de acuerdo con lo que ya he señalado, el estilo propio de la “reserva”, los esfuerzos por mantener el anonimato del analista, la “distancia analítica”, las intervenciones centradas exclusivamente en interpretaciones de la transferencia, la neutralidad como indiferencia, etc., son elementos favorecedores todos ellos del establecimiento del *impasse*. Por el contrario, el modo propio del psicoanálisis relacional, más acorde con la realidad de las relaciones humanas, no traumatizante, abierto a las preguntas del paciente, no centrado exclusivamente en la situación analítica, en lo que “aquí sucede entre nosotros”, sino atendiendo también a lo que sucede en la vida cotidiana del paciente, en sus relaciones con los otros, con el mundo entorno, no escondido tras una pretendida neutralidad que es indiferencia y con la posibilidad de exponer el propio pensamiento cuando ello le parece al analista conveniente, en suma, una actitud dirigida a ofrecer al paciente, en cada momento, lo que han llamado H. Bacal, y B. Herzog, (2003) la *respuesta óptima*, es decir, aquella respuesta que en aquel momento más necesita el paciente, hace más improbable la presentación del *impasse*.<sup>3</sup>

## **5. Actitudes del analista favorecedoras de la prevención del *impasse* y de su resolución**

Antes que nada he de advertir que nada más lejos de mi intención que la de dar reglas de tipo técnico válidas para todos los pacientes, todos los analistas y todas las circunstancias, como es lo propio del psicoanálisis tradicional, basado en la teoría pulsión defensa y que todavía impera en amplias extensiones de la comunidad psicoanalítica. Como he escrito en diversas de mis publicaciones, para ayudar psicológicamente al que sufre y solicita ayuda no vale la técnica, sino la relación humana. La técnica sirve para tratar la materia y también la dimensión física de los seres humanos, no para ayudar a la reorganización y crecimiento de su

---

<sup>3</sup> Debe entenderse que el concepto de la respuesta óptima es un ideal que nunca se alcanza Precisamente lo que propongo es que el analista, para dar al paciente aquello que más puede ayudarlo debe estar convencido, desde el principio, de su *fallibilidad*, es decir de estar siempre en riesgo de equivocarse y de la visión sesgada del paciente a la que le induce su propia subjetividad, de manera que siempre debe estar muy atento a la respuesta del paciente, consciente e inconsciente, para seguir la orientación que tal respuesta le indicará.

mente. Sin embargo, todas las exageraciones son malas, y para evitar caer en este defecto debe distinguirse, en el campo del psicoanálisis, entre la técnica en sentido estricto, que es la que dicta reglas de obligado cumplimiento, iguales para todos, y el hecho de que la experiencia clínica acumulada durante generaciones de analistas nos aporta conocimientos acerca de las actitudes y maneras del analista más beneficiosas para lograr dar a los pacientes la ayuda que solicitan al acudir al analista, no iguales para todos y en todo momento, sino de acuerdo con la personalidad del paciente y su contexto y circunstancias. Así las cosas cabe hablar de una técnica flexible, individualizada y adaptada a la díada exclusiva e irrepetible que forman paciente y analista (Rodríguez-Sutil, C., 20149).

Como es de suponer, las posibilidades de que se presente un *impasse* en el curso de un proceso analítico difieren mucho, como ya he apuntado antes, según el estilo y método del analista. Creo sinceramente, aunque se trata de una opinión personal basada en mi propia experiencia como clínico y supervisor, que el método propio del psicoanálisis tradicional, basado en la escucha de las asociaciones del paciente y la formulación, por parte del analista de interpretaciones acerca de las fantasías inconscientes que se expresan en tales asociaciones, huyendo al máximo de toda relación personal, y tratando de mantener a toda cosa el anonimato personal del analista (digo tratando porque es algo imposible de conseguir) y la neutralidad que el paciente percibe como indiferencia, da lugar a una situación que es sentida como extraña e incomprensible por muchos pacientes, y favorece dicha presentación.

Una experiencia muy positiva para todos los pacientes y que se opone a la presentación del *impasse* es la que viven los pacientes cuando sienten que el analista les antepone a sus teorías previas, es decir a lo que I. Hoffman llama el *Libro* del analista (1989). Con este término designa Hoffman el conjunto de teorías, reglas, normas y prohibiciones por el que los analistas se conducen en su trabajo analítico. No es necesario decir que hay libros más reducidos y otros más amplios. Todos los pacientes observan muy detenidamente a su analista, y rápidamente perciben que éste se relaciona con ellos no con la libertad y espontaneidad con la que lo hacen las personas en la vida cotidiana, sino siguiendo unas reglas y parámetros de los que nunca sale, es decir, perciben, acertadamente que el analista se guía por su *Libro*. Algunos pacientes pueden tolerar esta actitud, pero otros muchos la sienten insufrible y esta discrepancia puede conducir fácilmente al *impasse*. Por el contrario, como dice Hoffman, la situación mejora y el curso del análisis se hace más fluido cuando el paciente percibe que, en algunos momentos, el analista se desvía de su *Libro* para atenderlos y comprenderlos en su peculiaridad personal y exclusiva, según su propia intuición y creatividad. Esta es una de las más positivas experiencias terapéuticas que pueden darse en el curso de un psicoanálisis.

Como es natural, los psicoanalistas relacionistas también tienen un Libro, pero lo que está escrito en las páginas de este es, precisamente, la necesidad de buscar la peculiaridad de cada paciente para poder ofrecerle, libre y creativamente, la respuesta óptima de la que antes he hablado, sin sentirse trabajo por normas o inhibiciones de obligado cumplimiento. Es decir, el modo propio del psicoanálisis relacional, más natural y abierto a las preguntas del paciente y a la libre creatividad del analista predispone menos al *impasse*. Pero esto ha de entenderse en el sentido de que en él es menos improbable, pero que no invulnerable al *impasse*, porque, como veremos en el ejemplo clínico que presento, en él también yo me encuentro con un *impasse* en el psicoanálisis que estoy llevando a cabo, pese a que lo conducía, o por lo menos intentaba hacerlo, desde la perspectiva, del psicoanálisis relacional basado en el diálogo libre y espontáneo y en el que las interpretaciones- que ya abandoné totalmente al cabo de muy poco tiempo después de la viñeta clínica que presento- eran muy poco frecuentes. Pero en lo que sí estoy seguro, es que en el psicoanálisis basado en el diálogo igualitario y centrado en una reflexión conjunta de los sentimientos y pensamientos que van surgiendo, y en el interés, afecto y acogimiento y el “compartir con” por parte del analista, lejos de toda pretensión de neutralidad, el *impasse* que pueda presentarse es más fácilmente resuelto.

Deseo terminar este apartado refiriéndome a la actitud práctica del analista que considero la más opuesta posible a la instauración de un *impasse*. Me refiero a la actitud del analista tendente a mostrar la manera como él mismo piensa acerca de las comunicaciones que recibe del paciente, como las articula y entiende su significado para comunicar, de vuelta, sus propios pensamientos acerca de aquello que surge en el curso del intercambio de ideas. Esta actitud, para ser más efectiva, creo que debe ir acompañada de la disponibilidad para responder a las preguntas que formula el paciente de la manera más conveniente para éste, pero no con una interpretación de la pregunta, tal como es habitual en el estilo clásico. Ha de quedar entendido, evidentemente, que en sus manifestaciones el analista sólo ha de expresar aquello que crea adecuado para el bien del paciente y la buena marcha del análisis, no para satisfacer ninguna curiosidad intempestiva ni interés intrusivo fuera del ámbito psicoanalítico. Si de esta manera se establece un diálogo simétrico e igualitario, apartado de la situación jerárquica enfermo-sano, y en el que el paciente se siente libre para expresar sus observaciones sobre el propio diálogo, sobre el analista, respecto al análisis o lo que sea, sintiendo que el analista recoge tales observaciones y les da tanto valor como a las suyas, creo que es muy difícil que tenga lugar un *impasse*. Juzgo muy importante tener en cuenta que toda la auténtica comprensión que puede obtenerse es el resultado de un complejo proceso intersubjetivo que se desenvuelve en la interacción entre las subjetividades de paciente y analista (Aron, 1996, 2000). El punto crucial de la cuestión es que el paciente sienta que

toda nueva información, planteamiento o experiencia es algo a lo que se ha llegado a través del diálogo, no algo que surge de la mente del analista. Creo que esto es lo único que los pacientes pueden asimilar y hacer suyo, cosa muy distinta al sentimiento de que el analista impone sus particulares puntos de vista. El tipo de diálogo que he estado describiendo es el diálogo que yo llamo *gadameriano*, porque se encuentra basado en la hermenéutica de H.G. Gadamer (1975).

Y como yo, en tanto que psicoanalista, no llevo los análisis tan bien como quisiera, veamos cómo, pese al diálogo y a todo lo que acabo de expresar, también me encontré con un caso de *impasse*. Una cosa son los buenos deseos y otra los resultados, o, dicho de otra manera, una cosa es la teoría y otra la práctica.

## 6. Ilustración clínica

Presento aquí un caso de *impasse* que apareció muy tempranamente en un análisis, y trataré de poner de relieve como, en ocasiones, puede aprovecharse algún imprevisto o pequeño suceso para liberar a paciente y analista de la cárcel del *impasse*.

Leonor, una mujer alrededor de los cincuenta años, acudió para pedir ayuda a causa de sus persistentes dificultades para formar una pareja estable, pese a sus repetidos intentos. Se sentía amargada y culpabilizada por no haber sido madre a causa de estas dificultades. Sin embargo, muy pronto pude percibir que presentaba muchas otras dificultades en su trato con las personas de su entorno y consigo misma. Leonor era una mujer de agradable presencia y que aparentaba menos edad de la que tenía, pero se sentía aterrorizada frente a la idea del inevitable declive físico. Había mantenido muchas y fugaces relaciones de pareja, las cuales solían terminar con una brusca y abrupta ruptura. La razón, me explicó, eran sus frecuentes ataques de ira y su intolerancia ante cualquier incumplimiento de sus exigencias, que reconocía que eran muchas, por parte de su pareja, lo cual ella comprendía que fatigaba a sus parejas y las impulsaba a abandonar la relación.

En el curso del tratamiento se mostraba extraordinariamente rigurosa conmigo, hasta el punto de que si yo olvidaba o no tenía en cuenta algún detalle de sus prolijas narraciones lo consideraba una grave falta de atención hacia ella por mi parte, cosa por la que protestaba airadamente. Me hacía sentir que me trataba al igual que lo hacía con sus parejas. En general, las sesiones estaban repletas de quejas continuadas acerca de su incapacidad para formar una relación de pareja continuada y satisfactoria. Estas quejas solían estar acompañadas por complejas y amplias explicaciones teóricas acerca de los hombres, de las mujeres y de las relaciones entre ellos y ellas, materia en la que se consideraba, con razón, una experta.

A los pocos meses tuve la impresión de habíamos entrado en un *impasse* en forma de un doble *enactment*.<sup>4</sup> En uno de ellos, Leonor desempeñaba, como mujer, el papel de víctima desdichada debido a las carencias de los hombres en asuntos amorosos, mientras que a mí me correspondía el papel de testigo atento de sus infortunios y del desarrollo de sus teorías acerca de los hombres y las mujeres. En el otro enactment yo era para ella la pareja insatisfactoria que agravaba su sufrimiento. Cuando yo trataba de intervenir para que reflexionáramos sobre esta situación me interrumpía con desaforados gritos de ¡*no, no, no es esto!* y continuaba con sus argumentaciones acerca de unos y otras.

Un día, durante la sesión, yo me percaté de que en una mesita que tenía al lado de mi sillón y encima de la que estaban una pequeña lámpara, mi agenda y un par de libros, estos últimos estaban sobresaliendo demasiado del borde de la superficie, sin duda porque los estaba hojeando y los había depositado allí precipitadamente cuando sonó el timbre anunciando la visita de Leonor. Parece que tuve la impresión de que los libros podían llegar a caer al suelo e instintivamente empuje los libros un poco hacia el centro de la mesita, con los que también empujé la lámpara que estaba en el centro, todo lo cual hice un poco de ruido. Inmediatamente Leonor saltó enfurecida, clamando que yo estaba por mis cosas y mis libros en lugar de ocuparme de ella. Como pude, y cuando pude, me excuse y expliqué lo que me había sucedido, sin que ello me sirviera para calmar su ira ni detener la artillería de sus reproches. Yo sentía que, aunque había tenido cierto grado de culpa en la provocación del incidente, también sentía que estaba siendo excesivamente castigado. Como las quejas seguían, yo terminé sintiéndome también irritado, apareciendo en mi contratransferencia el sentimiento de que Leonor creía que porque me pagaba podía maltratarme cuando le daba en gana. También sentía que Leonor estaba reactivando en aquel momento, en el contexto de nuestra relación, su experiencia con sus parejas que la habían abandonado, de manera que yo estaba investido de los sentimientos dirigidos a sus parejas, ocupándome de mis asuntos en lugar de estar atento a ella y a sus demandas.

La siguiente sesión comenzó con de nuevo Leonor llenándome de acusaciones por ocuparme de mis cosas en lugar de escucharla a ella. Lo atribuyó a que yo debía tener problemas y que era yo, por tanto, quien debía analizar-me en lugar de ella, y que ella no me pagaba para que yo perdiera el tiempo. Preguntaba *¿Quién es que se está analizando, vd. o yo?*, e insistía en que yo tenía mis propios problemas y que debía solucionarlos en otro momento. En medio de esta borrasca, yo pensaba que esta respuesta de Leonor al incidente provocado por mi movimiento para apartar los libros del borde de la mesita, confirmaba mi impresión

---

<sup>4</sup> Empleo el término *enactment* (dramatización, escenificación) para referirme a aquellas situaciones en las que paciente y analista viven sus fantasías inconscientes (podemos decir que las representan) en la relación del uno con el otro. Para más detalles ver el cap. 6 de mi libro *La Práctica de la Psicoterapia Relacional* (2010).

de un *impasse* de fondo en el análisis, del que ella no quería salir de ninguna manera. Cuando yo intentaba ponerle de relieve que su irritación no podía corresponder totalmente a la realidad de mis movimientos ella repetía, una y otra vez, que yo tomaba una actitud defensiva. Habíamos entrado en una situación de complementariedad, en la que ella era la víctima y yo el maltratador, y si yo insistía en mis excusas y aceptación de lo que me correspondía de culpa, se intercambiaban los papeles y yo era la víctima y ella la maltratadora. Nos encontrábamos, pues, en una situación de la que era muy difícil salir.

Finalmente, después de un cuidadoso esfuerzo de autoanálisis me percaté de que mi experiencia subjetiva era la de que había cierto grado de verdad en lo que ella decía acerca de que yo me estaba defendiendo, y entonces sentí que ella me transmitía el mensaje de que yo no debía continuar con justificaciones que incrementaban su irritabilidad, ni argumentando que su enfado no se correspondía con la realidad, sino que debía mantenerme como alguien firme y estable que pudiera contenerla, pero que yo, abrumado por sus irritadas quejas y mis sentimientos de culpa, no me había sentido suficientemente libre para pensar ni para expresarme. Y al entender esto, dando de lado todos mis intentos de apaciguamiento y adoptando, muy cuidadosamente, un tono sereno y libre de cualquier matiz exculpatorio de mi mismo o acusatorio hacia ella le dije que, tal vez, el error que yo había cometido al ocuparme unos instantes en poner orden en la mesita le había provocado una gran impacto porque ella lo había vivido como confirmando el inmenso sentimiento de soledad que ella sentía dentro de su mente, y que la ansiedad que esto le producía le impedía involucrarse plenamente en el trabajo analítico para escuchar mi voz y calmar su sentimiento de soledad. Esta intervención, y, tal vez, el tono en que fue expresada parecieron provocar en Leonor un fuerte efecto. Las protestas cesaron. Leonor adoptó otro tono, pareció dudar y dijo que, efectivamente, ella siempre se había sentido atemorizada ante la posibilidad de lo que pudiera suceder si se sintiera plenamente implicada en la relación conmigo. Entonces yo le dije que el temor que experimentaba respecto a sentirse más implicada en la relación conmigo era equivalente a los temores que no le permitían entregarse a una íntima y profunda relación de pareja. Estas palabras parecieron producirle un profundo efecto, y entonces respondió que ella era muy vulnerable y fácilmente se sentía herida y que fue por esto que se había mostrado tan irritada, y añadió que era necesario que yo fuera muy sensible a esta vulnerabilidad suya. Yo dije que dados estos sentimientos de soledad comprendía muy bien que fue muy doloroso para ella percibir que, aunque fuera por un momento, yo me ocupaba de los libros y lo vivió como si yo la abandonara por completo. Esto pareció tranquilizarla. Además, continuó, su punto de vista era el de que el problema era mío, no de ella. Yo le respondí que parecía que el hecho de sentirse muy vulnerable le empujaba, para defenderse, a sumergirse en un mar de acusaciones y convertir la relación en una lucha inacabable que la llevaba a la

desesperación. Leonor permaneció en silencio unos momentos, después de los cuales dijo que, verdaderamente, se sentía muy sola. Le respondí que, efectivamente, si para confirmarse en sus expectativas de que los otros eran los responsables de su malestar me convertía a mí en alguien poco sensible y que no se ocupaba de ella, entonces el resultado era, forzosamente, el sentirse muy sola. Respondió que se sentía aterrorizada acerca de lo que podía presentarse en una relación en la que ella se sintiera emocionalmente comprometida, como era nuestra relación analítica. Por mi parte, le dije que, aunque estos sentimientos eran muy persistentes en ella, yo pensaba que si colaborábamos juntos podríamos aclarar sus sentimientos, temores y pensamientos, para organizar su mente de manera que ella se sintiera menos atormentada. Leonor permaneció varios minutos en silencio, al cabo de los cuales contestó, mostrando un estado de ánimo muy distinto al que había estado expresando hasta aquel momento, que esto era lo que ella deseaba, aunque nunca se había atrevido a pensarlo hasta ahora. Continuó hablando de lo doloroso que era para ella pensar que no podía construir unas relaciones amorosas satisfactorias y estables a causa de sus excesivas exigencias.

En la siguiente sesión compareció con un estado de ánimo evidentemente muy distinto del que mostraba los días anteriores, y comentó que el pasado día habíamos hecho una muy buena sesión. A partir de entonces continuamos el análisis, con muchas dificultades y frecuentes desavenencias, pero con la clara impresión por mi parte, y creo que también por parte de ella, de que el *impasse* se había resuelto y podíamos iniciar otra etapa sobre la base de un provechoso reconocimiento del campo intersubjetivo creado por la interacción de nuestras subjetividades.

## Bibliografía

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds*, Hilldale: The Analytic Press.
- Aron, L. (2000). Self-reflectivity and the therapeutic action of psychoanalysis, *Psychoanalytic Psychol.*, 17: 667-689.
- Aron, L.(2006). Analytic impasse and the third, *Int. J. Psychoanal.*, 87: 349-368.
- Atwood, G., Stolorow, R., Y Jeffrey, L. (1989). Impasses in psychoanalytic therapy. A royal road, *Contmp. Psychoanal.*, 25: 554-553.
- Bacal, H Y Herzog, B. (2003). Specificity theory and optimal responsiveness, *Psychoanalytic Psychol.* 20; 4: 635-648.
- Benjamin, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*, New Haven CT: Yale University Press.

- Benjamin, J. (1998). *Shadow of the Other. Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*, Nueva York: Routledge.
- Benjamin, J. (2002). The rhythm of recognition. Comments on the work of Louis Sander, *Psychoana. Dial.*, 12: 43-54.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to. An intersubjective view of thirdness, *Psychoanal. Q.*, 73: 5-46., v. castellana en *Intersubjetivo*, 6 (1).
- Bion, W. R. [1959]. *Elementos de Psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Bucci, W. (2011). The Interplay of subsymbolic and symbolic process in psychoanalytic treatment, *Psychoanal., Dial.*, 21: 45-54.
- Chessik, R. (1996). Impasse and failure in psychoanalytic treatment, *J. Acad. Psychoanal.*, 24: 193-206.
- Coderch, J. (1995). *La Interpretación en Psicoanálisis*, Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2001). *La Relación Paciente-Terapeuta*, Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*, Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2010). *La Práctica de la Psicoterapia Relacional*, Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2012). *Realidad, Interacción y Cambio Psíquico*, Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J., Castaño, R., Codosero, A., Daurella, N., Y Rodríguez-Sutil, C. (2014). *Avances en Psicoanálisis Relacional*, Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. Y Plaza, A. (2016). *Emoción y Relaciones Humanas*, Madrid: Ágora Relacional.
- Etchegoyen, H. (1986). *Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica.*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el Ello, en O.C. Buenos Aires: Amorrortu, vol.19.
- Gadamer, H.G. [1975]. *Verdad y Método*, Salamanca: Sígueme, 1977.
- Hoffman, I. (1998). *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*, Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude*, en *The Writings of Melanie Klein*, Londres: The Hogarth Press.
- Nietzsche, F. [1873]. Sobre verdad y mentira en sentido extramoral, en O.C., Buenos Aires: Ed. Prestigio, 1970.
- Orange, D., Atwood, G. Y Stolorow, R. [1997]. *Trabajando Intersubjetivamente*, Madrid: Ágora Relacional, 2012.
- Rodríguez-Sutil, C. (2014). *Psicopatología Psicoanalítica Relacional.*, Madrid: Ágora Relacional.

# EL POSICIONAMIENTO SUBJETIVO DEL ANALISTA FRENTE AL PACIENTE CON AFECCIONES SOMÁTICAS.

## Implicancias clínicas

---

**Azucena Borelle**

### Introducción

Las enfermedades somáticas pueden inscribirse en distintos tipos de funcionamiento psíquico. Algunas afecciones sobrevienen en personalidades con funcionamientos de tipo neurótico en las cuales la enfermedad es rápidamente ligada a los padeceres psíquicos del sujeto y su evolución es favorable cuando pueden seguirse las sugerencias médicas apropiadas. Otras surgen en el seno de un funcionamiento mental deficitario, situación que, en la práctica psicoterapéutica de los especialistas del área, resulta lo más habitual. Estos últimos responden a la conceptualización de “*enfermo psicosomático propiamente dicho*” (Zukerfeld y R.Z. Zukerfeld, 1999), aquel que padece una enfermedad orgánica y presenta un funcionamiento psíquico vulnerable.

En estos casos, el encuentro con la enfermedad somática en el marco de un tratamiento psicoterapéutico supone, por parte del analista, una movilización afectiva particular según sea su propia fantasmática en relación al cuerpo. Esto también influirá en la puesta en marcha de un dispositivo clínico que será concordante, además, con su filiación teórica.

La forma singular en que el profesional ha podido procesar sus propias fantasías relativas a la finitud, la enfermedad, la muerte, la castración, modulará el impacto que sobre él tenga el padecimiento somático del paciente. Así es que frente a tal padecimiento podrán suscitarse vivencias que, de un modo descriptivo y general, podemos designar como *omnipotentes* o de *impotencia* y es posible que su referencial teórico sea, entonces, solidario con tales vivencias.

La posición inconsciente ligada a lo que hemos consignado como *omnipotencia* cobra, en ocasiones, la forma de una confianza exagerada en la “magia de la interpretación”. Constatamos con frecuencia que la intervención interpretativa no produce un efecto de remisión o mejoramiento del trastorno somático lo cual redundaría en una sensación de frustración en el analista e incluso en un agravamiento de la desorganización somática en el paciente.

Por su parte, la idea según la cual el paciente con un funcionamiento mental predominantemente psicossomático carece de la resonancia fantasmática necesaria para ser susceptible de intervenciones interpretativas, conduce, por lo general, a una *impotentización a priori* que deriva en modalidades directivas, *de apoyo* o de acompañamiento como abordajes terapéuticos posibles. Dichas modalidades dejarán al paciente sin la posibilidad de beneficiarse con aquellas interpretaciones que su funcionamiento mental, aunque deficitario, pudiera procesar.

Estamos considerando hipotéticas posiciones polares y descontamos que en nuestra práctica profesional las cosas no son tan extremas. No obstante, este planteo, aunque esquemático, nos permite introducir una cuestión de importante gravitación clínica, ponerla a la luz y profundizar en sus orígenes y consecuencias. Es decir, intentar una revisión de nuestras teorías psicossomáticas a fin de visualizar un lugar de *potencia*, entendida como un “poder hacer” en nuestra práctica clínica con pacientes que padecen trastornos somáticos.

## **Teorías homogéneas y heterogéneas en psicossomática**

En un trabajo anterior (Borelle, Russo, 2017), nos referimos a ciertas categorizaciones operativas, útiles para ordenar la diversidad de teorías psicodinámicas que abordaron la relación mente-cuerpo. Nos detuvimos, entonces, en la perspectiva que contempla una diferenciación teórica según se tratase de concepciones de continuidad o discontinuidad psique-soma, teorías homogéneas y heterogéneas respectivamente.

Las primeras plantean que el fenómeno somático puede ser entendido como un síntoma producto o solución de compromiso de un conflicto psíquico. El concepto “conversión pregenital” es subsidiario de éstas líneas teóricas que se apoyan en el modelo de conversión histérica descrito por Freud y suponen una significación inconsciente de la expresión somática. Aquí, el conflicto subyacente se expresaría simbólicamente por medio del lenguaje del cuerpo. Groddeck (1973), Garma (1974), Chiozza (1977), entre otros, son buenos representantes de este grupo para el cual las enfermedades remiten a un lenguaje intencional que debe ser interpretado.

Las segundas, teorías heterogéneas, plantean diferencias estructurales entre lo psíquico y lo somático y por lo tanto, un salto cualitativo entre estos dos órdenes de fenómenos. La Escuela Francesa de Psicósomática liderada por P. Marty es el modelo teórico más saliente de este grupo. La carencia representacional propia de un preconsciente empobrecido, las fallas en los procesos de simbolización, la alteración del cuerpo erógeno y de sus fantasías constitutivas ponen de manifiesto que no existiría una fantasía operando en la génesis del trastorno somático, sino, más bien, su falta (Borelle, Russo, 2017).

No es difícil advertir que estas divergencias teóricas devienen en importantes diferencias en la práctica asistencial y permiten delinear, a su vez, dos modalidades clínicas también diferentes.

### **Clínica deconstructiva- Clínica constructiva<sup>1</sup>**

Cuando buscamos la significación inconciente de un síntoma, suponemos que ha operado un proceso en la formación del mismo. Este proceso parte de una fantasía, la cual es reprimida, se continúa con el retorno de lo reprimido, la puesta en marcha de mecanismos defensivos y la solución del conflicto bajo la forma de síntoma. Nuestra labor, en tal caso, es recorrer el camino inverso de ese trayecto, es decir des- construir lo que el síntoma ha construido. Si el trabajo es acertado, asistimos gratamente a la mejoría del paciente. El sujeto cuyo psiquismo es capaz de realizar este trabajo de formación sintomática, se ha constituido sobre la base de una represión fundante que determinó la división tópica del aparato psíquico, lugares con intereses diferentes que hacen posible la emergencia del conflicto.

Por el contrario, si el funcionamiento psíquico se apoya en movimientos pre- represión, si las microestructuras psíquicas se han constituido precariamente y las capacidades de trabajo mental son escasas, los blancos representacionales no nos permitirán la intervención tendiente a desarticular los “falsos enlaces” entre afectos e ideas. No habrá falsos enlaces, sino falta de enlaces. En tales casos, nos veremos conducidos a una tarea de construcción. Usamos este término en un sentido amplio, que incluye no solo la “re-construcción” de lo que habiendo estado construido se des-construyó (como es el caso del efecto producido por mecanismos como la supresión<sup>2</sup>), sino también en el sentido de construcción (suplementaria) de lo que nunca advino a ser representado.

---

<sup>1</sup> Borelle, A. (2009). Tesis de Doctorado. Intervenciones psicoterapéuticas en la clínica psicósomática. Implicancias en la mentalización. Estudio de casos

<sup>2</sup> Supresión (*Unterdrückung*), es un concepto relacionado con la neurosis de angustia y las neurosis actuales. Se trata de un mecanismo consciente cuya función tiende a hacer desaparecer el afecto quedando la representación en el preconsciente. La misma será experimentada como neutra y tratada en el nivel consciente con indiferencia. De este modo se asiste a la ruptura de la continuidad entre la representación y su magnitud de carga. Si bien Freud se ocupa de la supresión vinculada a las pulsiones sexuales (al tratar las neurosis de angustia), el mismo mecanismo se aplica a las pulsiones agresivas.

En su artículo “Construcciones en Psicoanálisis” de 1937, Freud diferencia dos operaciones del analista que son: la interpretación (referida a “*algún elemento sencillo del material*”) y la construcción (definida como un “*hacer surgir lo que ha sido olvidado a partir de las huellas que ha dejado tras de sí*”). En relación a la construcción Freud dice que es “*un derecho innegable*” y agrega que esa operación analítica se lleva a cabo con métodos de “*suplementación y combinación*” de los restos que sobreviven. Ahora bien, si se toma el término combinación, el diccionario lo define del siguiente modo: - “( *del lat. Combinatio, - onis*). 1) *Acción y efecto de combinar o combinarse ... 8) Mat. Cada uno de los subconjuntos de un número determinado de elementos de un conjunto finito dado, que difieren al menos en un elemento, p. ej., abc, agc, bcd, acd.*”<sup>3</sup>. En química es utilizado como: “*hacer reaccionar dos o más sustancias en distintas proporciones para formar un compuesto cuyas propiedades sean distintas a las de sus componentes originales*”<sup>4</sup>. Como se ve, se trata de una operación que se realiza a partir de algo que está, se trata de lograr una configuración nueva a partir de algo ya existente.

En cambio si se considera el término suplementación: “( *del lat. Supplementum*). 1- *Acción y efecto de suplir*. 2 - *Cosa o accidente que se añade a otra para hacerla íntegra o perfecta. ... 4 – geom. Ángulo que falta a otro para componer dos rectos. 5 – geom. Arco de este ángulo o sea el que falta a otro, para completar una semicircunferencia 6 – gram. complemento verbal del régimen preposicional obligado.*”<sup>2</sup>. La significación se relaciona con suplir, mas ligado a algo que falta: “*Desempeñar una persona o cosa la función de otra que falta*”, “*emplear una cosa en lugar de otra que falta*”<sup>3</sup>. Este modo de concebir el suplemento admite la idea de construcción como operación mediante la cual se pone a disposición del paciente un significante, allí donde falta, para nombrar una experiencia o para completar los lugares blancos del entramado representacional.

Muchos autores han trabajado en profundidad las particularidades del funcionamiento mental de los “*pacientes difíciles*” (Green, 2001), “*los antianalizables*” (McDougal, 1972), “*las aestructuras*” (Bergeret, 1974) y han teorizado sobre cuestiones técnicas de su abordaje dejando, como legado, importantes puntos de apoyo para encarar esa “*aventura clínica*”.

Nosotros queremos puntualizar aquí la función constructiva de esa clínica donde el terapeuta oferta significantes y significaciones para que por un movimiento dialéctico se inaugure en el paciente una demanda.

---

<sup>2</sup> Diccionario de la Lengua Española, 2001.

<sup>3</sup> Diccionario Kapelusz de la Lengua Española, 1985.

El encuadre clásico de la terapéutica psicoanalítica y la aplicación de la regla fundamental aparece frecuentemente como un obstáculo e incluso como un factor de agravamiento de la sintomatología en el caso del paciente con enfermedad somática.

El abordaje terapéutico basado en la “destrucción” a partir de un determinado producto psíquico para arribar al contenido inconsciente reprimido, se ve cuestionado. Por el contrario, se trataría de un trabajo de “construcción” de lo no representado y de ligadura de lo no ligado.

La idea de una función constructiva supone en el analista un posicionamiento subjetivo que sin sostenerse en vivencias omnipotentes o de impotencia, pueda favorecer ligaduras (función capital del Eros), desde una actitud activa, sin que ello se confunda con un enfoque directivo.

### **Tiempo de intervenir - Tiempo de interpretar**

Si partimos de la idea de dos momentos en el proceso clínico: *el tiempo de intervenir y el de interpretar* (Green, 2001), se proponen dos tiempos lógicos en el trabajo con pacientes somáticos, uno en el que el terapeuta funciona como soporte paranoico (en el sentido del conocimiento hegeliano) y otro en el cual se promueve la “desilusión”, el desasimiento, la falta.

En el primer tiempo se trataría de un trabajo de *construcción*. Construcción de representaciones, construcción de una historia a partir de los *deshechos* (en el sentido de lo que no pudo ser hecho o de lo que se hizo y se desechó) que el paciente presenta bajo la forma de “restos congelados”, “desanimados” (sin ánima) en su discurso. El terapeuta aquí “re-anima” el trabajo psíquico en tanto promueve ligaduras entre fragmentos disociados o presta palabras, construye puentes allí donde sólo se evidencian huecos.

Coincidimos con los planteos de Elsa Grassano (2001) cuando sostiene que es necesario un cambio en la posición del analista en el sentido de estar disponible para un auténtico “*maternaje simbólico*”, ofreciendo la creación de un espacio para desplegar un diálogo que tiene como eje la vida emocional del paciente.

En ocasiones la técnica de la interpretación recrea el desencuentro en el vínculo materno-filial que ha padecido el paciente. Un desencuentro de cosmovisiones entre paciente y analista que debe dar lugar a una nueva experiencia donde aquello no significado adquiera algún orden de significación.

En la misma dirección se orientan los planteos de Bleichmar (2005) al rehusar al fenómeno psicósomático el estatuto de *síntoma* y la insistencia en posicionarlo como *trastorno*. Tal posicionamiento supone que no es la búsqueda

del sentido inconsciente reprimido lo que alienta la tarea, ni se trata tampoco de desligar un afecto de una representación sustitutiva, sino de una "producción simbolizante" de aquello que está en falta. La autora llama *simbolizaciones de transición* al empleo de intervenciones que funcionan como puentes simbólicos, puntos de apoyo para producir el pasaje a simbolizaciones de mayor permanencia. Se trata de una hipótesis, una producción de sentido de algo que hasta entonces no lo tenía (en la medida en que las vías simbólicas se encuentran fracturadas). Sin embargo, este trabajo se diferencia de la construcción en tanto que la elección de los términos está regida por la teoría. Es un trabajo abductivo que pone en correlación dos o más elementos, no para rellenar el vacío, sino para seguir avanzando en la producción de una red representacional. Todo ello parte del supuesto de que en la patología psicósomática no hay una representación que pueda abordar lo insignificante, sino un exceso no significativo, la falta de palabra que hace intransmisible la vivencia.

El trastorno, tal como lo empleamos aquí, implica una insuficiencia en la capacidad simbólica. La enfermedad somática entendida como trastorno, entonces, da cuenta que se han rebasado las posibilidades de simbolización del sujeto psíquico. En este sentido, es posible diferenciar una clínica de las psiconeurosis y una clínica que deviene de lo fallido en el desarrollo de la estructuración del aparato psíquico (Killingmo, 2005).

La sugerencia técnica de trabajar en la posición cara a cara durante la sesión con el paciente somático se halla en estrecha relación a los planteos teóricos que anteceden: la situación cara a cara favorece la captación por parte del analista de gestos, movimientos o expresiones somáticas que pudieran aparecer. Estos tendrían el valor de un acto en el sentido de descarga directa (a través de comportamientos por ej.) de grandes cantidades de excitación que son sustraídas al proceso de pensamiento y la mentalización.

El pensamiento implica la utilización de pequeños montos de energía. En cambio el acto supone grandes magnitudes de carga. En este sentido el pensamiento sería un acto interno de escaso gasto. A propósito de ello, Roussillon (1991), muestra que el acto en la situación analítica está destinado a hacer sentir o vivir al analista lo que el sujeto no puede representarse o figurarse, o bien hacerlo experimentar aquella "cosa" psíquica por representar. En éste planteo, el acto es aquel producto que se encuentra en busca de sentido y de representación de cosa. Así, las excitaciones descualificadas o nunca cualificadas serán objeto de una transformación en afecto o representación que permitiría una primera organización pulsional.

Por su parte, Green (1970) describe el camino a la mentalización representándolo a través de una cadena: soma – pulsión – afecto (representante psíquico de la pulsión) – representación de cosa – representación de palabra –

pensamiento reflexivo. Esta cadena es consecuente con el trabajo analítico y el trabajo psíquico. El analista, ante el pasaje al acto<sup>5</sup>, intentará restablecer el proceso de mentalización. Para hacerlo será necesario otorgar un sentido al acto, esto es, conocer su intención y el lugar que ocupa en la serie psíquica.

También, Marty (1992) se inclina por un tipo de intervención que llamará “*intervenciones poco interpretativas*” para diferenciarlas de las interpretaciones psicoanalíticas propiamente dichas. Sostiene que el terapeuta percibe en sus propios afectos los lenguajes del paciente dándoles una significación con sus palabras. Aún cuando hay, en esta forma de intervención, un sesgo interpretativo hay una diferencia sustancial entre las intervenciones descriptivas e incitativas (función maternal) y las interpretaciones de tipo psicoanalítico. El objetivo es hacer desaparecer los estados de desamparo y las depresiones esenciales y reorganizar el funcionamiento psíquico del paciente. El modo de lograrlo se basa en la animación de la relación enfermo terapeuta y también de las relaciones extra sesión.

Propone la intervención a través de preguntas al paciente con el objetivo de conocerlo más, responder a las preguntas que éste realiza y “enseñarle” los mecanismos generales de la psicoterapia. Dentro de éste marco, busca que el paciente tome consciencia de sus funcionamientos mentales, sus comportamientos y somatizaciones y utiliza para ello las propias producciones del sujeto, interesando así al paciente por sus propios procesos internos. Esta modalidad de intervención no excluye en modo alguno las intervenciones de carácter interpretativo propiamente dicho cuando el restablecimiento de un mejor funcionamiento mental en el paciente lo permita.

En todos estos planteos, el analista ofrece el auxilio de poner a disposición del paciente “el aparato para pensar o para soñar” el material y está dispuesto a captar los actos – signos que se despliegan en la sesión para integrarlos en una cadena de significación a través de construcciones, interpretaciones o señalamientos, según sea pertinente.

### **El analista como “filtro protector”**

En las concepciones psicósomáticas que se encuentran dentro de las que designamos como teorías heterogéneas se sostiene que las vías de descarga comportamental y somática de las excitaciones se imponen sobre la elaboración mental de las mismas y, en general, sobre los procesos de simbolización. Un criterio eminentemente económico se destaca en muchas de éstas concepciones.

---

<sup>5</sup> El efecto psicósomático ocuparía el mismo lugar que el pasaje al acto por ser una inscripción corporal en el plano de lo real, todavía no imaginizado.

Cuando las capacidades representacionales son escasas, las excitaciones pueden tener un valor traumático en la medida en que rompen con la barrera de protección contra estímulos. Este concepto introducido por Freud (1920) en “*Más allá del principio del placer*” a fin de construir una teoría del trauma, alude a una membrana protectora cuya función es la de filtrar las magnitudes de excitación que llegan al aparato amenazando su organización. El trauma consistiría, entonces, en una “efracción” sobre un gran sector del protector contra las excitaciones<sup>6</sup>.

La función maternal primaria, se caracteriza, entre otras, por su capacidad de paraexcitación. La madre se comporta como una verdadera placenta extrauterina que adecua los estímulos que llegan al delicado aparato del bebé para que no sobrepasen sus posibilidades de metabolización.

El desamparo inicial del niño se debe a su nacimiento prematuro, prematuridad que lo hace depender de los progenitores más que en otras especies animales y por un período más prolongado. Lacan sigue a Freud al destacar este hecho inicial pero su originalidad reside en considerar que esta dependencia es mantenida por un mundo de lenguaje. La madre interpreta los gritos del bebé como hambre, sueño, cansancio, soledad, etc. y determina retroactivamente su sentido.

Este desamparo del niño contrasta con la omnipotencia materna que puede decidir si satisfará, o no, las necesidades del bebé. La madre interpreta y significa pero ello será con mayor o menor adecuación a las necesidades del niño. Esta circunstancia será determinante.

Leon Kreisler (pediatra francés que fuera permanente interlocutor de los psicosomatólogos franceses) introduce el concepto de *influencias interactivas precoces*, que implica que deben reunirse determinadas condiciones en la relación madre-hijo para que se produzca un desarrollo normal. Son influencias interactivas porque no solo la actitud de la madre produce efectos en el bebé sino que las actitudes del bebé producen efectos en la madre. Destacará la *estabilidad*, referida a la continuidad de la relación de objeto (recuérdese en este punto las concepciones de Spitz); la *coherencia* que implica la adecuación entre los cuidados maternos y las necesidades del niño; la *permeabilidad*, entendida como poder adaptarse y cambiar según lo vaya exigiendo el niño y la *plenitud* que alude a la relación imaginaria, deseos, expectativas respecto del bebé o lo que se llama “mutualidad en los fantasmas” (refiere a la vida fantasmática de la madre). Según sea la combinatoria de estos elementos pueden producirse diferentes interacciones patológicas:

a- Por sobrecarga de excitación, en las que la madre no es una adecuada barrera de protección contra estímulos, lo que da por resultado excesos de excitación en el sistema. La referencia a Freud es obligada. En “Proyecto de

---

<sup>6</sup> Laplanche, Pontalis, 2005, pág. 304-305.

Psicología” (Freud, 1895) puntualiza que las cantidades de energía que actúan en el mundo externo no son del mismo orden de magnitud que las que el aparato psíquico tiene por función descargar. De ahí la necesidad de que existan en el límite entre lo interno y lo externo “*aparatos de terminación nerviosa*” que solo dejen pasar fracciones de las cantidades exógenas. Aquí los órganos sensoriales receptores serían los soportes materiales de esa barrera de protección. La protección contra la excitación viene asegurada por una catexis y un retiro de catexis periódico del sistema percepción– conciencia. Es en ésta última forma en que puede concebirse la función materna como una función paraexcitatoria que discrimina, merced a su empatía, la adecuación entre la magnitud de estímulo que el bebé puede o no recibir (Ej.: evitar ruidos, atenuar luces, templar ambientes, etc.). Cuando falla esta capacidad empática o la madre misma es fuente de excitación, el sistema prematuro del bebé se ve inundado de una cantidad no descargable. En esta línea se reconocen como trastornos somáticos mas frecuentes el cólico del tercer mes y el insomnio precoz del lactante.

b- Por distorsiones en la interacción, caracterizadas por interacciones inadecuadas en forma electiva de una zona erógena o área funcional. Son propias de éste tipo de distorsión afecciones tales como el asma, vómitos psicógenos, anorexias tempranas, constipación, etc.

Estos dos modos de interacción dan por resultado, generalmente, las patologías por sobrecarga que son las patologías a crisis que no implican un riesgo vital para el sujeto.

c- Por insuficiencia de interacción. Se trata de una carencia libidinal o falta de aportes narcisísticos, frustraciones permanentes o rupturas reiteradas de la relación que dan por resultado la atonía afectiva e inorganización estructural. Implican una construcción defectuosa del engrama representacional, ya que las huellas mnémicas de experiencias sensorio-motoras no se inscriben de modo tal que puedan re-presentarse, es decir, tener la capacidad de ser reactivadas. Es la línea de la depresión esencial vinculada a las grandes patologías somáticas propias de la desorganización progresiva que evolucionan por brotes y ponen en riesgo la vida.

Podría pensarse que en la situación terapéutica el analista es en sí mismo un estímulo. Como tal, su presencia y su palabra pueden promover excitaciones improcesables. Es, quizás, por esta razón que en la bibliografía dedicada a los “pacientes de frontera” abundan las referencias a las dificultades técnicas que éstos pacientes plantean.

En este contexto, se entiende que el analista puede, con su praxis, promover excitaciones improcesables. Ciertamente es también, y esto es lo deseable, que puede funcionar como un verdadero filtro protector. Esta última es una función de valor central en el trabajo con pacientes somáticos cuando éstos presentan un

funcionamiento mental precario o desfalleciente. Claude Smadja<sup>7</sup> comparó la actividad del psicosomatólogo con la de un experto en desactivar bombas, ya que, como éste, debe maniobrar con material explosivo evitando la detonación. Este trabajo tan delicado se plantea en relación a un aparato extremadamente sensible y vulnerable a los excesos de excitación o de estímulo.

No se trata, entonces, de la concepción de psicoterapia entendida como apoyo o ayuda afectiva, sino de una “captación psicoanalítica del caso” que implica una posición particular por parte del analista que tenga por objetivo el restablecimiento de la homeostasis y la reorganización del mejor funcionamiento mental del paciente, cualquiera que éste sea, tal como lo plantea Parat (1993). Es una clínica que no debe excluir -al decir de Hornstein (2004)-, la iniciativa, invención, arte y estrategia y en la cual “*alterar el contrato no implica renunciar al análisis*”, sino en todo caso, cuestionar el “*análisis estándar*”. Las variaciones del encuadre son, en cambio, justificadas y la misma teoría psicoanalítica responde por ellas al aportar los elementos conceptuales necesarios para comprender la intimidad de los fenómenos que las promueven.

El terapeuta facilita la reanimación mental por su presencia física, verbal y sensorial que invita a pensar, asociar, soñar y es, al mismo tiempo, un objeto protector contra los estímulos en relación con los movimientos pulsionales que amenazan desbordar las capacidades del enfermo. En el mismo sentido, la vivencia de afecto compartido sostenida por el analista, alienta el sentimiento de ser del paciente y lo sostiene narcisísticamente.

### **La ausencia de demanda, el silencio del paciente y la palabra del analista**

Una de las dificultades frecuentes en el trabajo con pacientes que presentan un funcionamiento mental deficitario a predominio somático es la ausencia de demanda. Es sabido que en la mayoría de los casos el sujeto llega a la consulta por indicación de un tercero, usualmente el médico tratante.

Esta peculiaridad constituye un primer desafío para el profesional, quien tendrá que afrontar la difícil tarea de co-construir una demanda a lo largo del tratamiento.

Será necesaria una inversión en la lógica de la oferta y la demanda en la cual el analista ofrece sus propias capacidades de mentalización, establece ligaduras entre representaciones, entre afectos e ideas, para que, en determinado

---

<sup>7</sup> Conferencia dictada en las Jornadas de Psicopatología del Instituto Pierre Marty (Argentina 1996)

momento, se articule una demanda en el paciente. Esto supone que la palabra del analista está implicada en la construcción de la demanda.

La característica, habitualmente señalada, de sobreadaptación como una modalidad ligada a lo psicossomático le confiere a la situación terapéutica un tinte particular. El paciente se adapta a los requerimientos del encuadre, esperando “cumplir” adecuadamente con su rol.

En el marco de su teoría, Liberman (1962) presenta al paciente psicossomático describiéndolo a partir de una imagen que es sello de cordura, responsabilidad y eficiencia, subsidiario de una organización mental sometida a exigencias ideales que conducen, las más de las veces, a la sobrecarga de responsabilidades y la desconexión mente–cuerpo. Se relegan las necesidades de este último y se pone en primer plano un esquema de adaptación a los requerimientos del mundo externo como adherencia a lo esperable según los dictámenes de un “*superyó externo*”<sup>8</sup>.

Esta característica conlleva el riesgo de identificaciones miméticas vinculadas con la figura del analista, reproduciendo un tipo de vínculo primario con la madre en el cual se copian aspectos externos del objeto dando a la relación una modalidad superficial. En las teorizaciones de Sami Alí se trataría de un sistema donde las reglas adaptativas reemplazan la subjetividad y es una manera de estar “alienado de sí” (Sami Ali, 1996).

David Maldavsky continuó la línea de pensamiento de D. Liberman ampliando y profundizando sus conceptualizaciones. El modelo conceptual propuesto en los “lenguajes del erotismo” considera los puntos de fijación pulsional, las defensas en juego y su traducción en el discurso. Los denominados inconsistentes, numéricos y catárticos son los discursos que Maldavsky atribuye a la modalidad de funcionamiento psicossomático en los que prevalece un punto de fijación pre oral, intrasomático (Maldavsky, 1995). El discurso *banal e inconsistente* corresponde a una modalidad de sobreadaptación, caracterizado por relatos clisé, superficiales, en los cuales el interés parece estar centrado en cumplir con la tarea para adecuarse a lo que el sujeto cree que el otro espera de él. El *estilo especulativo o numérico* es un relato que hace referencia a cantidades, cálculos, porcentajes, cifras, volúmenes, ritmos que determinan modos de percibir la realidad sin un correlato investido de contenido. Por último, el *discurso catártico* consiste en un relato verborrágico que utiliza la palabra como un medio de descarga de excitación sin valor simbólico.

---

<sup>8</sup> Borelle, A; De Lucca, F; Maisa, M. (2017).El *test* “dos personas”, su utilización en la detección de vulnerabilidad somática. Estudio de las pautas gráficas y verbales. En: *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 21, no 1, 2017 pág. 17-35

El analista, por su parte, debe considerar estas dificultades del paciente, no tanto como evidencias de resistencia, sino más bien como producto de un preconscious disfuncional, de poca densidad.

El relato de los malestares físicos o historia médica puede ocupar un lugar central en el discurso del paciente sin que se logren conexiones o asociaciones con otros contenidos mentales. El silencio puede sustituir también a éste discurso concreto y factual. En estos casos no se trata de un silencio resistencial, sino más bien de la falta de una red representacional suficiente para mantener un “diálogo interno”.

¿Cómo se ubica el analista frente a este silencio?, ¿espera?, ¿interroga? Generalmente interviene ofertando palabras. Presenta de manera *dubitativa o explicativa*<sup>9</sup> posibilidades diversas para que el sujeto pueda hacer propias algunas de ellas o bien negarse a su aceptación. El objetivo es el de interesar al paciente en sus propios procesos anímicos.

Es esta una modalidad de abordaje que parece alejarse de las pautas técnicas del psicoanálisis “clásico” y puede promover en el analista vivencias frustrantes. Sus propios ideales profesionales pueden forzarlo a apresurar intervenciones interpretativas improcesables para el paciente.

### **El trabajo de “construcción” de redes representacionales y la reanimación de la funcionalidad del preconscious a través de la psicoterapia**

En la concepción freudiana la interpretación es el instrumento técnico cuyo objetivo terapéutico en las psiconeurosis es “hacer consciente lo inconsciente”. El cambio psíquico (Maladesky, 2005) estaría dado por el develamiento de las significaciones latentes de los síntomas y la ampliación de la consciencia concomitante. En cambio en el terreno psicopatológico constituido por las organizaciones no neuróticas (patología de borde, de límite, etc.) el objetivo es diferente. En el caso particular de las organizaciones donde predomina el modo somático de procesar las excitaciones, el interés terapéutico está puesto en lograr una mejor diferenciación tópica, que permita el despliegue de la vida fantasmática, disminuya la tendencia a la desinscripción de las vivencias dolorosas y la consecuente descomplejización psíquica. Asimismo se intenta ampliar las

---

<sup>9</sup> Parat. C (1993) El trabajo habitual del psicopsicólogo. En: *La psicopsicología de Pierre Marty*. Comp. Calatroni, M tenorio de, Buenos Aies, Amorrortu

capacidades representacionales del sujeto conduciendo a las mentalizaciones de lo actuado no mentalizado.

### ***Ligazón, Mentalización y Elaboración***

Puede considerarse un vínculo estrecho entre estos tres términos, de modo que mantengan algún nivel de interdependencia. El concepto de ligadura implica una fuerte connotación económica, que designa de un modo general “*una operación que tiende a limitar el libre flujo de las excitaciones, a unir representaciones entre si, a constituir y mantener formas relativamente estables*”<sup>10</sup>

Green hace referencia a este término al referirse al trabajo con “*pacientes difíciles*”. Observa que el analista puntúa el discurso no siempre con interpretaciones, “*liga los jirones del discurso*” cuando éste se encuentra fragmentado sin conexión entre esos fragmentos y sin suficiente revestimiento mental: “*...La ligazón operada por el analista lleva en consecuencia el propósito de religar los elementos desligados para poder, en cierto momento, interpretar y ya no sólo intervenir.*”<sup>11</sup> Marca de este modo dos tiempos: el primero liga los términos en la consciencia, el segundo utiliza estas ligazones para religarlas con lo inconsciente escindido, oponiéndose de esta forma al trabajo de desligadura.

La ligazón entre cosa y palabra está en el principio de la cura analítica. Aquí -en el caso particular de la clínica que se analiza- se trata de restablecer las ligaduras rotas por efecto de mecanismos primitivos tendientes a reducir el dolor psíquico.

En la teoría de Pierre Marty la mentalización (“*mentalisation*”) se refiere a aspectos del aparato mental que conciernen a la calidad y cantidad de las representaciones. Considera que con las desorganizaciones eventuales del preconsciente, las representaciones de palabra pueden reducirse a representaciones cosa, perdiendo sus componentes afectivos, simbólicos y metafóricos adquiridos durante el desarrollo. Así, ya sea por evitaciones, supresiones o desorganizaciones mentales (por exceso de excitación, por ejemplo) aparece la incapacidad del aparato psíquico para elaborar las excitaciones, es decir insuficiencias fundamentales de mentalización.

Obsérvese que el término elaborar está presente en el concepto de mentalización. Elaboración psíquica (*verarbeitung*) es un término utilizado por Freud para designar el trabajo realizado por el aparato psíquico a fin de controlar las excitaciones cuya acumulación ofrecería el peligro de resultar patógena. Consiste en establecer conexiones asociativas e integrar las excitaciones al

---

<sup>10</sup> (Laplanche, J; Pontalis, J. ,2005, pág. 214 )

<sup>11</sup> (Green, 1990, pág. 152).

psiquismo. Es una transformación de la cantidad de energía que permite controlarla, derivándola o ligándola (Laplanche, Pontalis, 2005).

La mentalización como capacidad que implica poder tolerar, negociar y elaborar la angustia y los conflictos intrapsíquicos, implica un trabajo de ligadura. Esta constituido por todo lo que es pensado, imaginado, fantaseado, soñado, representado; en oposición a lo que es actuado o descargado a través de los comportamientos o la somatización. El preconscious, como sede funcional del trabajo psíquico, es aquí central y su funcionalidad se caracteriza por el espesor del conjunto de las formaciones sustitutivas, la fluidez de las ligaduras entre las representaciones y la permanencia del funcionamiento en el tiempo.

Marty concibe dos procesos de enlaces y formación de representaciones en el curso del desarrollo individual. Un tipo transversal de enlaces representativos constituido por las inscripciones mnémicas de una misma época que daría lugar al espesor preconscious. Y otro tipo de enlace, longitudinal, que supone la acumulación en el tiempo de capas transversales. Estas últimas irán adquiriendo distintas significaciones comunicables a través de representaciones de palabra.

La calidad del funcionamiento preconscious es entonces solidario con la calidad del trabajo elaborativo y esto depende de la cantidad, calidad y disponibilidad de las representaciones mentales. En relación a ellas se pueden concebir dos posibilidades que resultan determinantes desde el punto de vista de la organización fundamental del funcionamiento mental, a saber: la insuficiencia en la formación de las representaciones y la indisponibilidad de acceder a ellas (aún cuando en otro momento de la vida hubiesen sido representaciones disponibles).

Cuando se habla de insuficiencia se hace referencia a déficit congénitos o accidentales de las funciones sensorio-motoras que son la base perceptiva de las representaciones (tanto en el niño como en la madre). También se refiere a un exceso, carencia o desarmonía en los acompañamientos afectivos, de la madre al niño, que no han permitido la constitución de una red representacional, sosteniéndose el sistema a predominio perceptual (Marty, 1991).

La indisponibilidad de representaciones es, en cambio, la consecuencia de evitaciones, supresiones o desorganizaciones mentales. Estas operan, ya sea porque tonalidades afectivas, violentas o desagradables, han quedado ligadas a las percepciones de una época afectando las representaciones a ellas ligadas. También operan, por conflictos que contraponen representaciones cuyas cargas pulsionales son censuradas por sistemas de ideales primitivos.

Finalmente, operan por exceso de excitaciones que desorganizan al aparato que las recibe promoviendo movimientos regresivos o desorganizativos. En este último caso sobreviene un estado de depresión específico que se denomina esencial, por tratarse de una baja en el tono vital, con ausencia de

síntomas mentales positivos. En el mismo sentido Killingmo (2005) concibe la mentalización como el proceso por el cual las excitaciones somáticas, motrices o intersubjetivas, adquieren la cualificación necesaria para ser traspuestas al sistema mental. De este modo, cuando aquélla es deficiente en un sujeto, se ve afectada la capacidad de representar bajo la forma de símbolos o palabras los estados emocionales.

El trabajo psíquico es trabajo de ligadura y es el sueño un ejemplo paradigmático de ello. Los sueños de enfermos somáticos con malas organizaciones básicas del preconscious presentan características particulares que Marty (1984) supo describir categorizándolos como operatorios, repetitivos y crudos, observando en todos ellos una característica común que es la falta de asociaciones.

Los primeros se caracterizan por el realismo, la banalidad y la ausencia de deformaciones. Este tipo de sueños no representa un verdadero trabajo onírico y, como en la ausencia de sueños, implica una carencia para el drenaje de excitaciones inconscientes por la vía representacional. En estos casos el terapeuta debe considerar la economía psicosomática del paciente evaluando la utilización que hará del contenido onírico ya que podría precipitar un efecto desorganizante con una intervención inoportuna. De igual modo, se conducirá ante los sueños repetitivos, emparentados con la producción propia de las neurosis traumáticas, en los que predomina la excitación corporal, sin pensamientos latentes en asociación y que toman generalmente el aspecto de pesadilla con símbolos cargados de valores pulsionales.

La debilidad general de los sistemas de censura suele expresarse en los sueños crudos, los cuales reciben esta denominación porque expresan en forma directa la realización de los fines pulsionales libidinales o agresivos. No revisten recubrimiento simbólico, no hay en ellos elementos de compromiso, disfraz o movimientos defensivos por lo que, generalmente, despiertan al sujeto. En estos casos no es posible la intervención del terapeuta a la manera interpretativa. El objetivo no es analizar el sueño desde el punto de vista de su contenido latente, sino más bien orientar la atención del paciente al hecho mismo de su producción, interesarlo en ello.

Desde este punto de vista, los sueños constituyen indicadores diagnósticos, ya que cuando éstos muestran un enriquecimiento en relación a sus contenidos, sus ligaduras y la aparición de asociaciones, auguran un mejor funcionamiento del preconscious y pueden ser precursores de salud somática.

Según las consideraciones que anteceden, el trabajo psicoterapéutico con pacientes con afecciones somáticas tendría como eje la implementación de un dispositivo terapéutico basado en la recuperación de la red representacional tendiente a la reanimación de las capacidades de mentalización del sujeto.

Algunos de estos aspectos pueden ejemplificarse a través del siguiente resumen de un caso clínico:

Esteban tenía 38 años cuando solicitó la consulta psicológica cumpliendo con la sugerencia de su neurólogo. Padecía esclerosis múltiple diagnosticada hacía un año y medio. Aunque su afección había mostrado los primeros síntomas seis años antes durante los cuales transitó por distintos consultorios médicos dónde se le indicaba tratamiento kinesiológico sospechando contracturas cervicales como responsables de sus mareos.

### ***Fragmento de la primera entrevista***

Llega una hora antes y debe esperar.

-¿Qué lo motivó a venir?

- *Tengo algunos problemitas y veo que en casa soy el que contengo y no puedo aflojarme, mi mujer no puede contenerme”.*

Se indaga al respecto y dice:

-*Tengo problemas de salud. Yo tengo una enfermedad, esclerosis múltiple, no es mortal pero es invalidante, falta de mielina en el cerebro, como el agujero negro por donde se van....(esto es una asociación mía –ríe-) Me mareo. Yo hacía deportes, era muy importante para mí y ahora no puedo. Hace un año y medio se diagnosticó, yo ya hacía seis años que venía teniendo problemas hasta que este médico dijo: “vamos a hacer tal cosa” y ahí apareció. Estoy en tratamiento”.*

Acerca de los acontecimientos que rodearon la aparición de la enfermedad dice:

- *y... fue un cambio grande, yo trabajaba con mi papá y en ese momento apoyado por mi mujer, le dije: “No trabajo más”. Busqué este trabajo y lo encontré. Tuve suerte. Pero tengo un jefe que tiene el record de gente echada, tiene un carácter muy recto y severo como mi papá. En ese piso movedizo tuve que aprender a caminar. No hice una úlcera pero por ahí me pasó otra cosa”.*

-¿Piensa que eso tuvo que ver en su enfermedad?

- *“Y... Si pienso que si, que puede ser”.*

- Cuénteme de su esposa, usted dice que tiene que contener...

- *“Yo la veo triste desde que se supo lo de mi enfermedad, la madre es muy miedosa y pienso que le trasmite miedo por eso ella no quiere tener otro hijo... Sexualmente tenemos problemas, hasta que nació el nene fue una cosa, después otra, pero no sabíamos que era por la enfermedad que disminuye la erección. Yo nunca pude satisfacerla completamente. Ella dice que es como la madre, que desde que se separó del padre nunca más tuvo una pareja. Tenía ocho años cuando se*

*separaron los padres y tuvo una úlcera. El sexo no es importante para ella. Tal vez lo toma así porque está conmigo, si estuviera con otro le despertaría a lo mejor otras fantasías”.*

- ¿Usted desea tener mas hijos?

- *“Si, yo si”* (hace un gesto, se muerde el labio y llora profusamente).

- Hábleme de su hijo.

- *“Tiene seis años, es un seductor, eso lo sacó de mi papá. Mi papá siempre fue con la gente... Pero a mi mamá la trataba mal, mi hijo la trata mal a mi señora, a mí también pero con los otros es bárbaro. A veces soy con él... le doy con un caño y no quiero porque mi papá era así conmigo. Yo le dije a mi mujer: no quiero ser como mi papá porque cuando hablo con otros de él hablo maravillas. Mi papá hacía lo mismo pero conmigo era muy crítico”* (llora)...*La relación con mi papá era muy difícil. Yo era muy sumiso. A mi hermano lo trataba como un ser humano y a mí como al esclavito... Mi mamá era la que me protegía. Yo con ella, mi papá con mi hermano...ellos no saben de mi enfermedad, el tiempo que tengan de vida mi mamá y mi papá no quiero que carguen con esto”* (llora).

- ¿Para usted es una carga?

- *“No tanto, hay cosas que cambiaron, antes caminábamos mucho, ahora no puedo porque me mareo. Cuando trabajo o manejo no soy torpe”.*

- Sus padres no saben, a su mujer la tiene que contener. ¿Es usted el que tiene que sostener a los otros?

- *“Si, emocionalmente no me puedo aflojar. No tengo con quien hablar, descargarme”* (llora).

En relación a su hermano dice:

- *“Éramos compañeros hasta que la mujer, que es un mal bicho, lo apartó, lo apartó de la familia. Cuando éramos chicos yo le tenía muchos celos porque mi papá lo prefería, a mí que era buen alumno, me exigía y me mandaba a escuela del estado, en cambio a mi hermano lo mandaron a escuela privada y ni siquiera terminó el secundario. Pero a él se lo permitía. Las exigencias eran para mi...yo empecé a trabajar con mi papá a los doce años, a ayudarlo y lo tenía que escuchar, dale y dale que me calentaba las orejas. Muchas veces me ponía un walkman para no escucharlo ni a él ni al tango que él escuchaba”.*

-¿Se protegía de esa manera?

- *Si, antes me protegía mi mamá, después tuve que hacerlo yo”.*

- Evitando escucharlo, evitaba el malestar.

- *“Si, después no me afectaba”.*

- ¿Se hizo menos sensible al dolor?

- *“yo tengo mucha tolerancia al dolor. Yo si dicen: ‘Hay que ir porque las balas vienen de allá, voy y pongo el pecho’.*

- Pienso que ahora también está poniendo el pecho a la situación y cuida a los demás, más que escuchar sus propios sentimientos.

- *“Cuando me dieron el diagnóstico estaba solo y escuché sin decir demasiado pero cuando me subí al auto me cruzaban elefantes por la cabeza y grité muy fuerte para descargarme. Después nunca más. Recién ahora hablando con usted lloro, si no. No”.*

Sobre el tratamiento médico informa que lleva controles neurológicos mensuales y tomográfico cada 6 meses. Él mismo se aplica la medicación y es riguroso en el cumplimiento del tratamiento. Relata meticulosamente los pasos a seguir poniendo de relieve *“el hacer”*. También realiza algunos ejercicios físicos para no perder tonicidad muscular, llegando hasta el máximo de sus posibilidades, manifestando satisfacción cuando puede superar *“su propia marca”*. Él dice: *“yo puedo, lo tengo que hacer, si me caigo me levanto y sigo”*. Al terminar la entrevista se despide con un beso y sonrío.

### **Observaciones**

Desde el inicio de la entrevista se pone de manifiesto la minimización de la situación de consulta con una modalidad que tiñe su estilo de comunicación, basado en la supresión de afectos. El llanto aparece con valor de descarga sin matices afectivos discriminados, excepto en el final de la entrevista y como respuesta a una intervención, donde se conecta con el sufrimiento que le provoca su enfermedad.

Las situaciones de separación parecen haber tenido un valor traumático, desorganizador sin posibilidades elaborativas y sin resonancia fantasmática, mostrando su relación con las circunstancias previas a la aparición de la enfermedad (no sólo se separa del padre, también por aquel tiempo nace su hijo, rompiendo la relación diádica con su mujer). En lugar de las emociones y contenidos mentales que acompañan generalmente las situaciones de pérdida, aparecen el trastorno somático ocupando el lugar del trabajo de duelo (que es, fundamentalmente, trabajo de ligadura).

Poder sostenerse en un lugar de compostura, sin registro de sus necesidades le permite una vivencia ideal que desmiente su estado de orfandad y desvalimiento. La expresión *“problemitas de salud”*, su preocupación por el estado emocional de su mujer y la convicción de que debe ser él quien *“contenga”* a los otros, sugieren la precariedad de la formación superyoica post-edípica: La función protectora del superyo parece estar sustituida por un funcionamiento del tipo *“yo ideal”* que

regula el equilibrio psíquico con una lógica de “todo o nada” generando un sentimiento de omnipotencia frente a sí mismo : “yo puedo, lo tengo que hacer, si me caigo me levanto y sigo” o “Yo si dicen hay que ir porque las balas vienen de allá, voy y pongo el pecho”. Esto último como una referencia bastante directa a cómo se pone el cuerpo frente al exceso de excitaciones.

El taparse las orejas para no escuchar muestra, asimismo, la fragilidad de las barreras paraexcitatorias y la necesidad de utilizar mecanismos supresivos para evitar estímulos improcesables.

El tema de la relación paterno-filial, se funde-con la relación actual con su hijo, al punto que en el discurso es difícil comprender a quién se refiere. Sentimiento de fusión primaria, confusión de las fronteras del yo. La confusión discursiva denuncia la confusión en el nivel de su organización psíquica.

### ***Síntesis del trabajo terapéutico***

Se inició la psicoterapia con una frecuencia semanal, que respetó desde el principio la flexibilidad de horarios debido a la necesidad de controles médicos o indisposición del paciente por efecto de la medicación.

El paciente asistió regularmente, manteniendo siempre la costumbre de llegar unos minutos antes a su sesión, mostrando una modalidad rígida del manejo del tiempo y una preocupación excesiva por “cumplir” con las exigencias externas a la manera de una adaptación exagerada.

En un primer tiempo del trabajo conjunto, se prestó atención a la constitución de la relación terapéutica, y a interesar al paciente por sus propios comentarios o expresiones. Se intentó transformar los contenidos factuales en relatos historizados, ligados a estados emocionales: trabajo de construcción de redes representacionales.

Esta tarea mostró pronto un efecto en la producción de sueños, que el paciente relató con curiosidad e interés. Los mismos fueron en principio de escasa calidad elaborativa (sueños poco enmascarados, crudos u operatorios): “*Soñé que me regalaban esos carros que llevan los chicos al colegio, no me acuerdo quien. Y yo le decía: No es bueno éste porque no tiene estabilidad. Y me dice: No, porque tiene dos alas que se bajan.*”. Agrega: “*yo tengo uno que me regaló mi mujer lo uso para trabajar, pero no es muy estable y a veces se vuelca*”.

La relación con su propia inestabilidad y su preocupación por caminar sin balancearse (nadie, excepto su esposa, sabe de su enfermedad) es tan directa que casi no se observan los efectos de censura y trabajo del sueño.

Llamar su atención sobre la forma en que apartaba de sus pensamientos contenidos dolorosos, es decir, mostrar de un modo explicativo el uso que hacía de las supresiones ideo-afectivas, condujo al reconocimiento por parte del paciente de

estos mecanismos y a la posibilidad de verbalizarlos en la sesión, creándose un clima de confianza y aceptación. Definió sus supresiones del siguiente modo: *“Pongo las cosas detrás de una pared”*. Luego, cada vez que se manifestaba el mecanismo, aclaraba: *“otra vez la pared”*.

En un segundo momento se trabajó más directamente sobre la historia repetitiva y amalgamada que traía en relación a su padre como un padre despótico y frío que lo trataba como *“un esclavito”*, se pudo cuestionar y contrastar con determinados hechos que aparecían como contradictorios y “construir” otra historia que culminó en la posibilidad de informar a su padre sobre su enfermedad y reunirse con él.

La actitud atenta y cuidadosa del padre, su disposición a acompañar al hijo mostrando afecto y continencia fueron una gran sorpresa para el paciente, que pudo sostener una posición pasivo-regresiva fecunda de dejarse ayudar (la aceptación de un bastón que el padre le regalara, constituyó todo un símbolo en ese momento de su evolución). Se construyó una “teoría” (historia) según la cual, si su padre esperaba de él un buen rendimiento y le exigía al respecto, mostraba con ello su interés y las expectativas que depositaba en este hijo. Por otro lado su padre quiso que siguiera sus pasos y lo influenció para que se formara en el mismo oficio. Se ofertó al paciente la idea de que, aún cuando pudiera cuestionarse el modo en que su padre le mostraba interés, ese interés era innegable.

El paciente hizo propia esta idea y pudo constituir la en el núcleo de nuevos anudamientos. De este modo los “vacíos” representacionales fueron encontrando un texto posible que diera continuidad a su propia historia.

Esto permitió abandonar la situación de secreto de la enfermedad soportando la injuria narcisística que implicó reconocerse enfermo frente a los otros.

Sobrevino un cambio cualitativo en su producción onírica, apareciendo posibilidades asociativas y mayor trabajo de condensación y desplazamiento: *“Nosotros siempre vivimos en PH y yo soñé con el último donde viví antes de casarme que había como un jardincito, el taller atrás y la casa enfrente al taller y una escalera que llevaba al departamento donde vivíamos. Entonces yo bajaba por la escalera al taller. Entré. Estaba todo a oscuras. No estaba mi papá, no estaba nadie y no sé que buscaba, pero a oscuras buscaba y de pronto sentí un ruido que me llamó la atención y prendí la luz y vi, arriba de una mesa, una caja como si fuera una caja de zapatos pero adentro había un loro, pájaros, un ratón y había algo más que no sé qué era: ¿qué hace esto acá? Eran bichos grandes pero en una caja chiquita como achicados pero vivos, se movían y ahí me desperté. No sé si había una tortuga, no me acuerdo, pájaros tipo gorrión. Todos estaban en cajita, todos vivos, se movían”*.

Asociaciones: *“El departamento fue donde viví cuando ya trabajaba en el gimnasio, la mejor época de mi vida. Yo me manejaba a oscuras antes de la enfermedad porque sabía dónde estaba todo, ahora si estoy a oscuras me mato... Ruido, no sé si era alguno de ellos mordiendo, comiendo, ni siquiera si era un*

*ruido, por ahí era algo que yo sentí, por eso prendí la luz... Yo cuando era chico tenía un canario. Mi hijo tuvo dos cotorritas. El loro no me gusta. Si elijo un animal, elijo el perro y si es perro que sea grande”.*

Se observa una mayor riqueza representacional, la posibilidad de ligadura entre elementos presentes y pasados y un trabajo de desplazamientos simbólicos que dan cuenta de trabajo elaborativo. En el contexto del déficit de mentalización y la apelación a la supresión afectiva parece relevante la expresión “*por ahí era algo que yo sentí*”, en la medida en que el sujeto registra algo, un ruido, desde su interioridad. También el “mirar dentro de la caja” parecería marcar un movimiento de integración de contenidos internos antes fuertemente disociados.

Hubo vicisitudes inesperadas que amenazaron con interrumpir la precaria homeostasis lograda: el despido laboral y el pasaje por una cantidad de situaciones administrativas complejas que finalizaron en una jubilación por invalidez. El trabajo de sostén y “sentimiento compartido” fue lo esencial en ese momento, dado que la pérdida del contexto laboral, como soporte material, constituyó una amenaza de valor desorganizativo.

Se connotó como “un nuevo trabajo” el tener que ocuparse de la gestión administrativa y el paciente reconstruyó una estructura momentánea de comportamientos. Esto le permitió atravesar la situación sin nuevos brotes somáticos y sí, en cambio, con sentimientos de índole depresiva.

Entretanto los controles médicos informaban sobre la estabilidad del cuadro, sin aparición de nuevos brotes y con buena respuesta a la medicación.

La conquista de nuevos espacios para la actividad deportiva, ahora adaptada a sus posibilidades, permitió unificar lo comportamental como vía de derivación de las excitaciones con la cualificación que aportan los estados reconocidos como agradables.

## **Algunas consideraciones sobre la transferencia en el tratamiento de pacientes somáticos<sup>12</sup>**

Sin duda las características que se han mencionado acerca de la estructuración y funcionamiento psíquico de los pacientes con trastornos somáticos tienen consecuencias en las condiciones generales del tratamiento y fundamentalmente en lo que respecta a la transferencia.

Tal como la describe Freud en el epílogo del caso Dora (1905), la transferencia constituye un falso enlace entre los objetos primarios y el objeto

---

<sup>12</sup> Borelle, A. (2009). Tesis de Doctorado. Intervenciones psicoterapéuticas en la clínica psicósomática. Implicancias en la mentalización. Estudio de casos

actual que se pone en evidencia durante el trabajo analítico. La neurosis se vale de ese falso enlace para revivir experiencias infantiles inaccesibles por el recuerdo. Es trabajo del análisis transformar ese orden de repetición en memoria.

Ahora bien, en los pacientes somáticos se observa un modo diferente de funcionamiento que genera en el analista una sensación de vacío transferencial en la medida en que se encuentran cortadas las ligaduras con los objetos fantasmáticos inconscientes. Contratransferencialmente, el analista siente una vivencia frustrante y agotadora que conducirá a la necesidad de animar y “reanimar” al paciente que muestra un psiquismo claudicante.

El paciente coloca al analista en el lugar de una madre que debe decodificar las señales de su hijo y darles palabra. Esto se comprende si se tienen en cuenta las características del vínculo temprano con una madre que no ha podido contener los estados emocionales del bebé y darles un significado adecuado. Como consecuencia el paciente no ha logrado internalizar un objeto tal que, su identificación con él, le permita cuidarse a sí mismo como una buena madre.

Las experiencias tempranas con un objeto que impone ser un *hijo ideal* y que no respeta los tiempos biológicos y psicológicos del bebé, puede actualizarse en la relación terapéutica y requiere una atención especialmente dirigida a evitar intervenciones que refuercen esta tendencia sobreadaptativa.

Ya se ha señalado el rol activo del terapeuta en la medida en que se encuentra frente a la ausencia de palabras significativas y debe contribuir a su construcción. Decodificar señales le obliga a estar atento a los mensajes predominantemente corporales de su paciente, lo cual es generador de fatiga y desánimo. Todo ello unido, cuando se trata de enfermedades graves, al temor por el riesgo de vida. La posición del analista es singularmente complicada: debe ser a un tiempo una buena madre en el (sentido winnicotiano) y lograr una disyunción apropiada de la holofrase inaugural que está en la base del funcionamiento psicósomático.

Al decir de Green (1975), el analista “da la cara” y “pone el cuerpo”, haciendo un uso particular de la contratransferencia al poner en juego sus propias capacidades identificatorias y regresivas. La presencia real y la mirada del analista actúan como sostén del psiquismo del paciente, mas aún si se considera el hecho de que lo visual es uno de los elementos principales desde el punto de vista sensorial, para la creación de la representación. Se trata de cualificar lo sensorial y afectivo a partir de la “caja de resonancia contratransferencial” sostenida por el analista.

El paso de un sistema eminentemente económico a un sistema psíquico, será el primer objetivo terapéutico, es decir llevar al paciente a la integración de situaciones traumáticas y representaciones psíquicas concomitantes.

Este tipo particular de transferencia es lo que Maladesky (1993) llama transferencia desvitalizada, concepto que, aquí se comparte, por definir perfectamente la vivencia y clima habitual de las sesiones con pacientes somáticos.

Esta forma de interacción donde los afectos no están ligados a las representaciones correspondientes, y donde la palabra no funciona como un verdadero símbolo, sino como un equivalente de la acción, impone cambios en la técnica de abordaje sin que por ello se pierda la perspectiva psicodinámica del mismo. Al hacerlo, el terapeuta se enfrenta a una tarea difícil que implica no renunciar a las posibilidades, por escasas que éstas sean, de recuperar las capacidades psíquicas de su paciente brindando la oportunidad de reparación de un vínculo originario deficitario. En éste contexto el trabajo psíquico el analista constituye, entonces, un *encuadre interiorizado* que funciona como *encuadre virtual antes que como protocolo concreto*<sup>13</sup> y deviene matriz simbólica en el devenir del tratamiento.

## Lo singular

En el ámbito psicoanalítico, desde sus comienzos, ha sido fecunda la elaboración teórica a partir de los referentes clínicos. Freud no obró de otro modo al construir sus teorías partiendo de la observación y análisis del material que sus pacientes le aportaran legándonos sus famosos historiales, los cuales constituyeron y fundaron buena parte del corpus teórico psicoanalítico.

La práctica psicoanalítica, en su conjunto, es un acto de discurso y no puede prescindirse de ello al pensar esa práctica. Ahora bien, un discurso señala al sujeto que lo enuncia y es portador de su singularidad.

Lo dicho en los apartados precedentes constituyen aspectos generales de una práctica particular con pacientes que padecen enfermedades somáticas y las vivencias posibles que promueve en el analista dicha práctica. En ellos no aparece la singularidad propia de cada caso sino generalizaciones que intentan aportar herramientas al arduo camino de la clínica con “pacientes difíciles”.

Sin embargo, es la configuración particular que se establece en el caso por caso lo que confiere a la tarea su verdadero sentido. Ninguna sugerencia o recomendación técnica puede sustituir a las novedades que la intimidad de cada proceso analítico suscita. Por tal motivo, la posición preconcebida del analista frente al fenómeno somático, mas o menos omnipotente, mas o menos impotente, deberá declinarse a favor de una apertura *paciente* a la recepción de aquello que,

---

<sup>13</sup> Urribarri, F. (2012) Revista uruguaya de Psicoanálisis. N° 114

desde el sujeto, se nos ofrece como lo irreplicable de sus posibilidades y limitaciones . Nuestra capacidad de tolerar esta incertidumbre será determinante.

Lo que aquí consignamos como *posicionamiento subjetivo del analista* puede operar como verdadero obstáculo epistemológico o constituir una buena vía de acceso a la recuperación posible del paciente.

El interés en un área profesional está guiado por motivos conscientes y también por nuestra propia fantasmática inconsciente mucho antes que el conocimiento teórico promueva nuestra curiosidad. Convendrá entonces, que hagamos foco, no sólo en el objeto de estudio sino también en nuestras propias motivaciones, las cuales pueden operar como facilitadores u obstáculos en la tarea que intentamos desarrollar.

## Bibliografía

- Bergeret, J. (1974). *La Personalidad Normal y Patológica*. Barcelona. Gedisa.1996.
- Bleichmar, S. (2005). “Vigencia del Concepto de Psicósomática. Aportes para un Debate Acerca de la Somática y la Representatividad”. En: Maladesky, A.; Lopez, M. & Lopez Ozores, Z. (comps). *Psicósomática Aportes Teóricos Clínicos en el Siglo XXI*. Buenos Aires. Lugar.
- Borelle, A.; Russo, S. (2017) *Clínica psicósomática, Su especificidad en la evaluación y el diagnóstico*. Buenos Aires. Paidós
- Chiozza, L (1977) *Cuerpo, Afecto y Lenguaje*. Buenos Aires. Paidós.
- Freud, S. (1895) Proyecto de Psicología”. En: *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires. Amorrortu
- Freud, S. (1905) Análisis Fragmentario de una Histeria”. Tomo VII. ob. cit.
- Freud, S. (1920) “Más Allá del Principio del Placer”. Tomo XVIII. Tomo IV. ob. cit.
- Freud, S. (1937) “Construcciones en Psicoanálisis”. Tomo XXIII. ob. cit.
- Garma, A. (1974).*Génesis Psicósomática y Tratamiento de las Úlceras Gástricas y Duodenales*. Buenos Aires. Paidós.
- Grassano, E. (2001). “Diálogo Entre Distintas Perspectivas Teórico-Clínicos en Psicósomática”. En: *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. SAP n° 4, pág. 77- 95.

- Green, A (1975) “El analista, la simbolización y la ausencia en el marco psicoanalítico”. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 32, 1975, págs. 65- 14.
- Green, A (1990). *La Nueva Clínica Psicoanalítica y la Teoría de Freud*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Green, A (2001). *De Locuras Privadas*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Grodeck, G. (1973): *El libro del Ello. Cartas Psicoanalíticas*. Madrid, Tauru
- Hornstein, L. (2004). La subjetividad y lo Histórico - Social: Hoy y Ayer, Piera Aulagnier. En: *Proyecto Terapéutico. De Piera Aulagnier al psicoanálisis actual*. Buenos aires. Paidós.
- Killingmo, B. (2005). Una Defensa de la Afirmación en Relación con los Estados de Afecto no Mentalizados. En: Maladesky, A.; Lopez, M. & Lopez Ozores, Z. (comps.). *Psicosomática Aportes Teóricos Clínicos en el Siglo XXI*. Buenos Aires. Lugar.
- Laplanche, J; Pontalis, J. (2005). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.
- Liberman, D. (1962). *Comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Maldavsky, D. (1991) *Lenguajes, Pulsiones, defensas*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Maladesky, A. (2005). Acerca del Cambio Psíquico y la Intervención del Psicoanalista en la Actualidad. En: Maladesky, A, López, M & López Ozores, Z (comps ). *Psicosomática. Aportes Teórico – Clínicos en el Siglo XXI*. Buenos Aires. Lugar.
- (1993) La transferencia desvitalizada. *Revista ADdeBA N° 2*.
- Marty, P. (1992) *La Psicosomática del Adulto*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Marty, P. (1984). “Los Sueños en los Enfermos Somáticos”. En: Calatroni, M.T. de (comp.). *Pierre Marty y la Psicosomática*. Buenos Aires. Amorrortu. 1998.
- Mc Dougall, J. (1972). “L’antianalysant en Analyse“. *Revue Francaise de psychanalyse*, pág. 36
- Parat, C (1993). “El Trabajo Habitual del Psicosomatólogo”. En: Calatroni, M.T. de. *Pierre Marty y la Psicosomática*. Buenos Aires. Amorrortu.

Sami Alí, M. ( 1996 ) “Imaginario y Patología. Una Teoría de lo Psicosomático”.  
En: Békei, M (comp.). *Lecturas de lo Psicosomático*. Bs. As. Ed. Lugar.

Zukerfeld, R. Y Zukerfeld, R.Z. (1999). *Psicoanálisis. Tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Buenos Aires. Lugar

# EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

## Lo imposible de representar

---

**Bettina Calvi**

Este texto intenta dar testimonio del trabajo clínico con situaciones extremas. Entendiendo por situaciones extremas aquellas situaciones donde la vida misma es puesta en peligro por la intensidad del traumatismo y por lo tanto los modos de simbolización usuales quedan en suspenso por el efecto de un acontecimiento, que irrumpe en la vida psíquica poniendo en riesgo los modos con los cuales el sujeto se representó hasta el momento, su existencia.

Sabemos que el sufrimiento psíquico provocado por estas situaciones involucra la memoria donde esto se inscribe como una marca imposible de procesar. La destrucción de la memoria tiene lugar cuando el sujeto ha atravesado una situación tan violenta, que debido al impacto de lo acontecido, no está aún en condiciones de contar lo que ha ocurrido.

El abuso sexual infantil, se incluye dentro de esta categoría que denominamos situaciones extremas y tiene el efecto de una violenta intromisión, algo que irrumpe sorpresivamente sobre la subjetividad. Esos efectos al modo de un trauma acumulativo, cobran en su modalidad más peligrosa la forma de la desesperanza y el escepticismo más radical.

En las víctimas de abuso sexual, la categoría del tiempo sufre especiales perturbaciones, ya que el impacto para el yo es tan conmocionante y tiene efectos tan disociativos que las categorías espaciotemporales, que ya habían sido adquiridos, sufren una devastación importante.

El concepto de interrupción de la historia es aplicable a los efectos que imprime el abuso sexual en los niños/as que lo padecen. En ellos los referentes que hasta ese momento funcionaban como tales se derrumban, no hay ley que ordene el

caos que los arrasa. Se produce un efecto de cataclismo en la vida psíquica que es percibida como una sensación de vacío. Este concepto abre una perspectiva diferente para el abordaje de estos traumatismos históricos que impide que tamañas aberraciones se naturalicen, se expliquen, se perdonen, se olviden. No se pueden reprimir hechos de tal envergadura. Si se los reprime vuelven a aparecer de manera irrefrenable. No asumir la confrontación consciente con el pasado es algo peligroso psicológica y políticamente.

Más allá de los efectos fenoménicos que han sido profundamente investigados, el abuso sexual en la infancia reviste un nivel de impacto en la subjetividad que le imprime un estatuto singular. Una paciente luego de haber reconstruido durante su análisis el incesto al que había sido sometida, decía: “Qué les voy a contar a mis hijos, el día de mañana. Es terrible no poder contarles nada acerca de su familia, para no develar el secreto”. Imposibilidad de la transmisión que afectará a las generaciones futuras.

Se trata de un traumatismo que quiebra la historia de la víctima y de la próxima generación. Ese quiebre consiste en que la transmisión queda reducida al silencio o a la mentira. La transmisión pasa a ser una farsa y la subjetividad resulta profundamente implosionada.

Si el abuso aludido es un caso de incesto, toda la filiación resulta devastada.

Así, las fracturas en la memoria y los efectos sobre el pensamiento son cuestiones comunes a ambas problemáticas, del mismo modo que los procesos de desubjetivación antes mencionados. Sostenemos, entonces, que existen ciertas situaciones sociales e históricas que producen un efecto de implosión en la vida psíquica, tal como lo produce el abuso sexual en la infancia. Un ejemplo de ello es el terrorismo de Estado que implementó la desaparición de personas, la tortura, el robo de niños y los asesinatos. En esos casos, no puede haber olvido porque la memoria no podría ser transmitida a las generaciones venideras<sup>1</sup>.

Hassoun (1996) sostiene que la transmisión de una cultura, una creencia, una filiación o una historia, parecerían funcionar de manera natural, sin embargo, esto es sólo una ilusión. Tal como Freud lo plantea en “Las resistencias contra el psicoanálisis”, lo nuevo al destronar a lo viejo pone en peligro la estabilidad. El

---

<sup>1</sup> Al respecto, Marta Ronga, quien fue víctima de la última dictadura militar argentina dice en su libro *Seda Cruda*: “...con el tiempo y los amigos, el dolor se me ha ordenado, entonces puedo darme permiso, hurgar en el pasado, caminar las cornisas vertiginosas de mi propio espanto, y escuchando mis silencios más profundos, contar esta historia retomando un viejo y postergado diálogo. (...) Sobreviví, en este aire todavía viciado de iniquidades, de presentes sin consuelo y de ausentes sin duelo, de impunidad inimaginable, que creeríamos de ficción, si no fuera porque nos está pasando”.

origen de ese malestar es el desgaste psíquico que lo nuevo exige a la vida psíquica y la expectativa ansiosa que lo acompaña. La transmisión de lo nuevo se constituye, a pesar de todo, en una necesidad de transmitir íntegramente a nuestros descendientes aquello que hemos recibido. La necesidad de transmitir está inscrita en la Historia.

Cada sujeto organiza su recorrido individual en función de aquello que le ha sido transmitido. Pero la cuestión de la transmisión se presenta más marcadamente cuando un grupo o una civilización ha estado sometida a conmociones más o menos profundas. Frente a conmociones como las que puede representar la caída de un estado de derecho, la irrupción del incesto o del abuso en la vida del niño, la sensación que el sujeto presenta es la de que todo lo que habría sido transmitido se encontró de golpe sacudido por la incoherencia, a tal extremo, que ya no queda nada por transmitir de aquello que para un conjunto de generaciones había representado un ideal de vida. Una generación sometida a semejantes desastres puede alcanzar un límite tal que no le permite pensar en el futuro.

Esto suscitará en generaciones venideras, nacidas de las que sobrevivieron a la destrucción, una perplejidad que no podrá expresarse sino en términos de negación, de desconocimiento de esa parte de la historia, acabarán siendo extranjeros en su propia historia. Se trata de sujetos que carecen de un espacio donde enmarcarse.

Hassoun (1996) utiliza la figura del *contrabandista* para trabajar la memoria y la transmisión. Dice al respecto que ese contrabandista, rara vez es consciente de lo que porta consigo. Sostiene que no debemos temer a ser contrabandistas, en este sentido, ya que esa es la única forma de lograr la transmisión.

Si tenemos en cuenta, además, que en una generación se dio un quiebre, una ruptura radical, se torna imposible que los emblemas puedan ser recibidos como tales por las generaciones siguientes.

En los casos de sobrevivientes de lo que podríamos llamar “situaciones extremas”, será el tratamiento psicoanalítico el espacio sobre el cual intente rearmarse el collage de una historia cuyas partes no han podido conformar una figura.

Dentro de la heterogeneidad de las mismas, encontramos aquellas producidas por la miseria, la exclusión, el maltrato, cautiverios en situaciones de terrorismo de estado, trata, consumos problemáticos recortaremos en esta oportunidad, el abuso sexual padecido por niños, niñas y adolescentes, perpetrado por adultos.

El abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes constituye en sí mismo una paradoja, con muchas similitudes con otras violencias de género. Si bien aumentan las campañas para lograr la visibilización, las acciones concretas siguen siendo, la mayoría de las veces, absolutamente ineficientes. Dicha ineficiencia tiene un sustrato que es, nada más ni nada menos que, el sesgo profundamente patriarcal que tiñe la ideología de los operadores del sistema judicial y en especial de jueces y juezas.

Las intervenciones clínicas corren el riesgo de quedar sepultadas por el enmarañado discurso judicial y sus contradictorias acciones. Recordemos que el adulto protector que acompaña al niño/a en el proceso de la denuncia padece un impacto traumático por lo tanto las intervenciones deben intentar ayudar, contener y no revictimizar.

La clínica nos muestra el papel que desempeña el silencio en las dificultades para vivir que padecen los hijos de personas que han sufrido situaciones extremas, tales como las víctimas del Terrorismo de Estado. Podemos mencionar entre ellas, lógicamente y en primer lugar, a las víctimas del nazismo, también las víctimas de la represión política de la dictadura militar que, particularmente en Argentina consistió en la desaparición de personas. En nuestro caso particular, la desaparición era secuestro, tortura, asesinato, todo en un marco de clandestinidad, violando incluso los instrumentos legales autoritarios y represivos que la propia dictadura había impuesto y que proscribían la actividad política o social opositora. El saldo más concreto de esa dictadura fueron los 30.000 desaparecidos, niños apropiados, y una memoria social devastada, entre otras heridas. Por último, no podemos dejar de mencionar que el terror hoy es también efecto de los procesos neoliberales así como padecemos también los efectos sobre la subjetividad, de nuestra triste historia reciente.

El abuso sexual infantil como problemática de la infancia en situación de riesgo, debe ser incluido entre estos traumatismos, ya que también allí para el niño todas las garantías constitucionales han sido abolidas y la clandestinidad a la que el adulto, con sus actos perversos lo somete, marcan la caída de toda legalidad que sitúe al adulto como alguien que debe proteger y cuidar al niño, y a éste como un sujeto de derechos que hay que respetar.

Por lo tanto, podríamos pensar que los efectos psíquicos del abuso, en el psiquismo infantil, podrían equipararse a la caída del estado de derecho en una sociedad. Y como tal es una catástrofe social. Desde esta concepción toda intervención que no le otorgue a estos traumatismos el estatuto que le

corresponde, revictimiza a quienes han debido soportar estos hechos. Sólo la denuncia, el relato de los hechos y la condena para el victimario inscriben una huella sobre la que puede reconstituirse la memoria.

No debemos olvidar que los tiempos de la justicia no son los tiempos de las víctimas, y por lo tanto mientras los extensos expedientes descansan en los cajones de atestados e impersonales escritorios, niños y niñas siguen siendo humillados, maltratados, violados, en fin sufren todas las formas del abuso. Abusos que marcarán sus vidas en forma indeleble.

Hablamos de tiempos de infancia, tiempos de infancia y adolescencia, tiempos subjetivos que nadie podrá devolverles ni restaurar. Tiempos donde el traumatismo ha marcado su impronta.

Sabemos que la mayoría de los abusos es intrafamiliar, también que la mayoría de los agresores son abuelos, tíos, padrastros, padres, hermanos, primos. Y que la mayor cantidad de denuncias son realizadas por las madres, también que cuando el agresor es el padre, estas madres denunciantes son maltratadas en la justicia. Ellas son acusadas de impedir el contacto, rotuladas de locas, insatisfechas, inestables, vengativas, etc. Sabemos también que muchas veces aludiendo al famoso impedimento de contacto, se implementa aún el falso Síndrome de Alienación Parental y los/as niños/as son obligados a vincularse e incluso a vivir con sus agresores.

Debemos aclarar que algunos Colegios Profesionales se han pronunciado en contra de este falso síndrome, pero existen profesionales que continúan utilizándolo para invisibilizar el abuso, es decir en la defensa de los abusadores. Otro progreso a destacar es el hecho de que un padre sentenciado por violencia o abuso pierde la patria potestad, pero hay que llegar a la sentencia y esto no resulta sencillo.

En fin, vemos que la justicia nada quiere saber del incesto, y prefiere no creer en la palabra de los/as niños/as, ni en las del adulto protector que los acompañe. Incredulidad que aumenta cuando quién denuncia es la madre y el agresor el padre.

El silencio, estructurado en forma de defensas psicológicas llamadas negación o desmentida rodea la práctica del incesto aún más que la del ASI. Ambos mecanismos en un complejo interjuego funcionan en entre los miembros de la familia dejando a la víctima en un estado de soledad e impotencia absoluta. Esos mecanismos también funcionan en el imaginario social provocando que casi no se hable del abuso. Al respecto, resultan de suma importancia los aportes realizados

por Eva Giberti quién encargó de resituar y definir el incesto paterno filial como un delito con entidad propia que resulta más invisibilizado aún que el ASI:

“El incesto que describimos se caracteriza porque el padre que viola a su hija instala un vínculo sexual con ella que persiste en el tiempo y porque le exige a la niña guardar silencio acerca de dicha relación, circunstancias que tipifican un hecho con características propias.”

Esta autora propone una tesis que afirma que el incesto constituye un precedente de la violencia contra el género mujer cuya característica reside en que el violador es el padre de la víctima. Eva Giberti cuestiona la nomenclatura que engloba bajo el rubro “maltrato al menor” diversas formas de violencia contra niños y niñas. Esta clasificación facilita la creación de la categoría Abuso Sexual que esta autora cuestiona en tanto y en cuanto abarque también al incesto. Ya que si bien el incesto es una forma de maltrato, posee características propias que es necesario recortar dado los protagonismos que los diferentes miembros de la familia y los roles que cada uno juega en ella, así como las consecuencias sobre la niña que lo padece. Si en el abuso se produce una desinvestidura del Yo de la niña, en el incesto deviene desubjetivación, es decir, pérdida de libidinización del Yo, descrita como “dar de baja al Yo”, como efecto del daño psíquico en la niña. Luego esta dimensión no es comparable con otras modalidades de maltrato.

La prohibición del incesto es una prohibición primitiva, primordial, y sobre esta prohibición se construye el sistema de parentesco tal como lo plantea la Ley civil y al mismo tiempo la institucionalización del sujeto como tal, lo cual permite concluir que se instaura tanto el sistema como el sujeto a partir de la prohibición estructurante.

Recordemos que en nuestra legislación el incesto como tal no es una figura penal, pero si es un agravante, si el autor de los hechos delictuosos se halla unido a la víctima por relaciones consanguíneas o de afinidad, de parentesco en definitiva

La prohibición del incesto es francamente jurídica, dice Levi Strauss

“...la prohibición del incesto como regla constituye un fenómeno social y que proviene del universo de las reglas, vale decir de la cultura...” y agrega “...todo lo que está sujeto a una norma pertenece a la cultura...”.

Por lo tanto, debemos interrogar la institución de la genealogía y esta consiste en ajustar el incesto con la ley. Ahora bien, si la genealogía funciona como la objeción del deseo humano primordial incestuoso si hace obstáculo a esa presión

incestuosa como fantasía inconsciente del sujeto porque de lo contrario ninguna sociedad sobreviviría y la humanidad enloquecería, entonces, ¿por qué cuesta tanto a la Justicia creer cuando un padre pasa al acto y comete incesto?

Porque allí la idea del pater familia se despliega con todo su poder y el patriarcado aplasta todo ordenamiento posible, llevando a los jueces a decir que un niño/a necesita un padre para poder crecer aún si ese padre no ha podido operar como tal y ha abusado de ese niño/a desobjetivándolo, arrojándolo a la sexualidad adulta, reduciéndolo a la categoría de objeto para su propia satisfacción sexual.

Por otra parte, son muy pocos los y las abogadas que aceptan estos casos, y la mayoría de los jueces se mantiene (en el mejor de los casos) en una postura indefinida. Cabe precisar que la situación cambiaría mucho si hubiera más profesionales con capacitación específica en perspectiva de género y en atención de víctimas.

En otros casos encontramos jueces y juezas que atacan ferozmente a las madres replicando la violencia de género que ellas vivieron antes, con sus agresores. Juezas que llegan a decir que ven que el Sr. es un buen padre porque lloró en la audiencia y le llevó muchos juguetes de regalo al niño con quien quieren revincularse, juezas que sostienen que si la madre de ese niño sufrió violencia de género algo habrá hecho para provocarla, y demás barbaridades sin que sus víctimas puedan defenderse porque ellas son la Ley.

Juezas y jueces que sostienen aún que el adulto es quien sabe lo que el niño/a necesita y “debe desear” y que forma parte de sus derechos contar con una familia, aunque cabe precisar – que para ellos – una familia no es tal si no cuenta con un padre. Es claro que entienden por padre una filiación biológica o legal y no el sostén de una función.

La ideología patriarcal establecida señala que es fundamental que un/a niño/a no pierda la figura del padre ya que este es estrictamente necesario para la vida del niño/a sin tener en cuenta que la historia nos muestra que hay mucho por cuestionar respecto a la función paterna. Además tengamos en cuenta que sólo se puede vincular lo vinculable, el juez no puede producir las condiciones que uno de los pares del proceso no posee.

Pero hay algo más grave aún, si el juez escuchó la palabra del niño/a ¿cómo puede minimizar los graves hechos acaecidos al fin de “preservar la familia”?

Mientras tanto esas mujeres, madres peregrinan con sus inmensos expedientes plagados de denuncias, encarnando otra cara de la violencia de género. Violencia de género que no consiste en golpes (que en muchos casos ya recibieron de sus agresores) sino de humillaciones múltiples, maltrato, ejercido por una justicia que debería protegerlas a ellas y a sus hijos e hijas.

La revinculación es el proceso tendiente a establecer la conexión que se interrumpió luego de la denuncia de la madre y de acuerdo con las declaraciones del hijo o hija. Por supuesto, nadie responde por la multiplicidad de efectos psíquicos que la llamada “revinculación” provoca en esos niños y niñas. Efecto enloquecedor ya que son obligados a volver a estar con quien los agredió de múltiples maneras, a veces con el maltrato físico y otras con el abuso sexual.

En su libro ‘Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes’, Eva Giberti sostiene que:

“La revinculación implica un sobresalto serio para toda la familia, no solamente para el niño, así como la reapertura de escenas dolorosas asociadas con los primeros momentos de la revelación.”

Durante dos años dirigí una experiencia de investigación que consistió en un Observatorio interdisciplinario de denuncias de casos de abuso sexual infantil realizadas en los centros de asistencia judicial y en el Ministerio Público de la Acusación. Al ver los resultados coincidimos con los funcionarios a cargo que es necesaria una capacitación de todos los operadores judiciales tanto en perspectiva de género como en asistencia a víctimas. Es decir, falta, falta mucho, parece que el escenario judicial hubiera cambiado y sin embargo...

Es frecuente encontrarnos con situaciones donde operadores con quienes coincidimos teóricamente e incluso en encuentros y prácticas contra la violencia de género, descreen del relato de una madre y suelen evaluar que la mujer se presenta “muy desbordada”. No sería para menos cuando alguien lleva largos años peregrinando por sede judicial para que la protejan por la violencia de género y luego para que no le entreguen su hijo/a a su agresor quien además también maltrató al niño/a incluso sexualmente.

¿Y por qué el Psicoanálisis en esta escena? Pues bien, para pensar la subjetividad y la violencia. Porque la violencia de la que hablamos se da entre sujetos por lo tanto debemos poder pensar acerca de ella, para instrumentar acciones que permitan que haya menos agresores y que las víctimas dejen de serlo.

La importancia de la realización de un observatorio sobre una problemática como la del abuso sexual infantil obedeció a la necesidad de visibilizar la alta incidencia de este delito. Sabemos que la problemática existe y que su incidencia es muy alta. Por eso era necesario ver datos concretos.

Al estudiar las conclusiones que el mismo produjo encontramos que (excepto un sólo caso) los agresores son varones, en su mayoría familiares cercanos de las víctimas, que la gran mayoría de las denuncias son desestimadas porque se valoran insuficientes las pruebas aportadas, que hay retractaciones y que las

mismas no son estudiadas, que ni el niño/a que denuncia ni el familiar que acompaña son asistidos como corresponde a un episodio traumático de la índole del abuso sexual, que resulta difícil que el relato de los/as niños/as se valore como un discurso verosímil, que se desconfía del relato de las madres, y que hay muy pocas (un número insignificante) condenas en los casos mientras que muchos de los niños/as agredidos termina siendo obligado a revincularse con el agresor.

La historia de la burocracia no es la historia de los espacios femeninos, por lo contrario, la historia del Estado es la historia del Patriarcado. El poder y la forma en que se expresa en los medios no pueden ser vistos, toman sus decisiones y pactan bajo un manto de opacidad. Se puede inferir como pacta, como negocia, a partir de evidencias fragmentarias difusas no observables. La opacidad es su forma de proteger sus proyectos.

Quisiera destacar que el abuso sexual en la infancia se enmarca en la violencia de género y el tema de la violencia de género es enfermante, tiene un modo mórbido, es un tema político, no profesionalizante. Es decir, no puede haber especialistas en Violencia de género o en Abuso, sólo somos profesionales de distintas disciplinas que venimos animándonos a pensar estos temas con la esperanza de encontrar algunas salidas. Pero es importante aclarar que estos temas nos competen a todos los miembros de la cultura.

Cuando las madres hablan de lo que les ha ocurrido a sus hijos e hijas, uno de los axiomas del trabajo con víctimas es escuchar y creer teniendo en cuenta que las personas relatan cosas tal vez no de forma referencial. Entonces, esperar que la gente informe ordenada, cronológica y precisamente los sucesos padecidos es una falacia. En general, las personas hablan y cuando hablan de cosas tan terribles como las agresiones sexuales sufridas por sus niños/as, esperan encontrar en quien los escucha, empatía, respeto y credibilidad.

Por otra parte, intentar ubicar psicopatológicamente al agresor es un grave error que nos lleva a la idea de que se trata de hechos individuales determinados por la patología de “ese” hombre. Se trata de la dificultad de encontrar la inteligibilidad de los actos. Pero esa inteligibilidad se encuentra en las representaciones misóginas que nutren el cuerpo social patriarcal. Es decir, es necesario pensar la violencia como una dimensión expresiva y no instrumental.

La violencia simbólica está entre nosotros todo el tiempo porque tiene que ver con un pacto masculino que revela la fragilidad masculina más que un interés por la mujer. No se trata de sujetos anómalos. Se trata de actos sociales, por eso debemos dejar de centrar el análisis en el par agresor-agredida, para ubicarlo en las condiciones de producción de subjetividades masculinas violentas y colonizantes del cuerpo de la mujer y sus hijos e hijas.

Las mujeres tienen grabado desde muy temprano que su propio cuerpo incita, entonces sienten que deben pasar desapercibidas para sobrevivir. Esto rápidamente es aprendido por las niñas que muchas veces deben escapar del acoso de primos y hermanos mayores, cuando no de sus propios padres y padrastros en familias en las que la ideología patriarcal domina la escena.

Aún encontramos que algunos jueces/as, psicólogos/as, abogados/as, comisarias, trabajadoras sociales creen que la violencia aparece como un accidente de la historia de esa familia, de esa pareja, pero esta visión que las ubica como hechos aislados, excepcionales, lleva a que las intervenciones intenten “recomponer el vínculo”. No hay vínculo basado en la violencia, el dominio y el terror. Esas intervenciones propician una dilación que muchas veces puede costar la vida de las madres y los/as niños/as. Hablamos de una violencia estructural.

Son muchos los casos donde la escena se repite, y donde el abuso incestuoso y la violencia de género, quedan impune por “falta de pruebas”. Pruebas que nunca parecen alcanzarles a los funcionarios de turno. Situaciones incestuosas que lesionan la vida de niños/as en forma permanente, situaciones que atentan contra las legalidades que ordenan la vida en la cultura.

Sabemos que el maltrato ha sido un denominador común en la vida de niños y niñas a través de la historia. Dentro del campo del maltrato, el abuso sexual contra niños y niñas reviste un estatuto propio. Aun en épocas donde la sexualidad de los niños era ignorada, Sigmund Freud ya alertaba en relación a que el trauma producido por el abuso sexual se mantendría como huella mnémica y al reactivarse en la pubertad podría adquirir la calidad emocional de un hecho reciente. (1896, 1914, 1918, 1926, 1931.)

Freud también denunciaba en 1931 en su artículo “Sobre la sexualidad femenina” que “... la seducción real es harto frecuente de parte de otros niños o de personas a cargo de la crianza (...). Toda vez que interviene una seducción, por regla general perturba el curso natural de los procesos de desarrollo y a menudo deja como secuela vastas y duraderas consecuencias.”

Si bien muchos autores, entre ellos Eva Giberti en el texto “Incesto paterno filial contra la hija niña”, han analizado el viraje en la tesis inicial de Freud en la que sostenía que eran los padres los responsables de los abusos sexuales contra niños y niñas, señalando que el mismo tuvo que ver con el rechazo que produjo tanto en la Sociedad Médica como en el público general, muchos y muchas psicoanalistas siguen silenciando el abuso sexual de niñas y niños cometido por sus propios padres.

Se trata de violencias que niños y niñas sufren a diario. Violencias cuyos sonidos hacen eco en los consultorios, en hospitales, en escuelas y en los largos y oscuros pasillos de los Tribunales.

Este texto intentará señalar algunas de las causas que propician este silencio que no deja de provocar terribles sonidos. Sonidos que las víctimas escucharán enigmáticamente durante toda su vida.

El comúnmente llamado “abuso sexual infantil” como problemática de la infancia en situación de riesgo, debe ser pensado como un singular traumatismo donde para el niño/a todas las garantías han sido abolidas y la clandestinidad a la que el adulto, con sus actos perversos lo somete, marcan la caída de toda legalidad que sitúe al adulto como alguien que debe proteger y cuidar al niño, y a éste como un sujeto de derechos que hay que respetar. En este sentido, hace ya tiempo he propuesto pensar que los efectos psíquicos del abuso, en el psiquismo infantil, podrían equipararse a la caída del estado de derecho en una sociedad. Así como la caída del estado de derecho representa una catástrofe social, el abuso sexual en la infancia representa una catástrofe privada.

Desde esta concepción, toda intervención que no le otorgue a estos traumatismos el estatuto que le corresponde revictimiza a quienes han debido soportar estos hechos. Sólo la denuncia, el relato de los hechos y la condena para el victimario inscriben una huella sobre la que puede reconstituirse la memoria.

En todos los países y culturas existen determinados comportamientos sexuales que están prohibidos y junto con la prohibición hay leyes penales que establecen cuáles serán los castigos en caso de que dicha prohibición no sea respetada. Para poder castigar a las personas que son sospechadas de estos delitos quienes juzgan tienen que contar con pruebas que confirmen que esto ocurrió y se identifique al/los responsables.

Al instalarse la Convención sobre los Derechos del Niño en el ámbito de las legislaciones que se ocupan del Derecho de Familia y del Derecho Penal se produjo una crisis ideológica en las mentes de las y los profesionales del Derecho que habían sido formateados según el orden del Patriarcado.

Las políticas patriarcales propiciaban una doble legalidad que ejercida por los padres a lo largo de la historia. Según la misma el cuerpo del hijo pertenece a los progenitores.

La Convención redujo el espacio de poder y de abusos (de índole sexual, laboral, familiar y otros) que adultos ejercían sobre niños y niñas.

El problema de la impunidad nos lleva a plantearnos la función reparadora de la ley. Si bien que se castigue al culpable no va a borrar los hechos acontecidos, es decir, no va a lograr que el incesto no exista porque ya ocurrió, pero de cualquier manera va a dictaminar que hay alguien que cometió un delito y que hay alguien

que fue víctima del delito, que hay culpables concretos, que hay responsables concretos y que hay víctimas o afectados directos.

El abuso sexual infantil como problemática de la infancia en situación de riesgo, debe ser incluido entre estos traumatismos, ya que también allí para el niño todas las garantías constitucionales han sido abolidas y la clandestinidad a la que el adulto, con sus actos perversos lo somete, marcan la caída de toda legalidad que sitúe al adulto como alguien que debe proteger y cuidar al niño, y a éste como un sujeto de derechos que hay que respetar.

En los últimos tiempos la problemática del maltrato y el abuso sexual infantil ha logrado una visualización que llevó a la necesidad de la construcción tanto de espacios nuevos de abordaje como de enfoques teóricos pertinentes.

Pero a la vez, muchos son los modos de velar el incesto, de silenciarlo, tal vez el más común, sea la idea de "la llamada falsa denuncia", refiere a la idea de que la madre inventa un abuso sexual contra su hijo/a para lograr su tenencia en un divorcio controvertido. Se trataría de una madre que miente para perjudicar socialmente a su esposo. Ella ha confundido a su hijo-a. Se trata de esas madres que asisten a tribunales, dramatizando un falso relato. Nominadas como la "madre maliciosa" (Turkat). Esa madre existe pero esto no quita la existencia de la cantidad de madres que se presentan ante la justicia para verbalizar el horror que sienten por haber sido compañeras de un abusador.

Curiosamente encontramos que no existe la alternativa de "padre malicioso", esto revela que sería un síndrome que no podría afectar a padres, ya que para estas teorizaciones es evidente que la malicia proviene de la madre. Se trata de Ideologías misóginas según las cuales el mal ingresó en el mundo de la mano de la mujer.

Remitirse a "falsas denuncias" es una estrategia que se utiliza habitualmente y opera ocultando las evidencias de las revelaciones de los niños y niñas.

En el intento de negar esta realidad terrible que es el abuso de las niñas, se montan varios mecanismos de negación y silenciamiento. La consecuencia es la descontextualización de las niñas y mujeres abusadas considerándolas singularidades aisladas que deben permanecer en el secreto y el silencio. Silencio ejercido tanto por la sociedad como por las víctimas, desmintiendo los mecanismos sociales de producción y reproducción de violencias cotidianas tales como el abuso sexual infantil.

La característica central de la violencia y especialmente la violencia sistemática del abuso es que tiene un efecto arrasador sobre la subjetividad.

Ante la terrible posibilidad del abuso nos encontramos con situaciones inexplicables como: frente a la presunción del abuso, la niña pasa a ser una víctima pero también una sospechosa; se sospechará de la veracidad de sus dichos, de sus recuerdos, de sus padecimientos, de su percepción de la realidad. Son múltiples las desviaciones que generan el desconocimiento de la subjetividad en la infancia.

Sabemos que el promotor de idea de falsas denuncias fue Richard Gardner, médico clínico estadounidense, misógino, sexista, pedófilo, quien propuso el SAP.

Según Vaccaro, Gardner consideraba al incesto y la pedofilia como benignos, como conductas no abusivas y defendía la pedofilia como un modo de “orientación sexual” posible.

Si bien el SAP ha sido suficientemente descalificado y demostrada la inexactitud de sus planteos aún obtiene éxito entre jueces y determinados profesionales del derecho y de la psicología sus afirmaciones respecto a la revinculación y regímenes en de visita de niños y niñas víctimas de abuso con sus progenitores y familiares cercanos, a pesar de la resistencia de la víctimas.

Cabe destacar la Ideología Patriarcal que regula los pensamientos de numerosos jueces y profesionales dedicados a las actividades con niños/as y familias. Ideología que aun sostiene la existencia de La Familia, burguesa, tradicional occidental y cristiana como único modelo existente. Esa familia que pretende mantener incólume la figura del padre, en las cuales no cabrían aberraciones incestuosas y abusivas.

Tanto la OMS y la Asociación Americana de Psiquiatría, entre otras instituciones, afirmaron que el SAP no existe, la alienación parental no existe como entidad clínica objeto de diagnóstico.

El abuso y/o la violencia de género denuncian la falta de una ética sensible al otro, que se deje tocar por su diferencia y su sufrimiento.

Ante cada acto de Abuso contra niños/as y adolescentes toda la sociedad se deteriora y se degrada cuando invisibiliza, silencia o no cree en la palabra de las víctimas. En general encontramos al agresor tratando de deslindar la culpa que le compete. Estamos frente a la cuestión de si el sujeto se hace cargo o no de su acción.

Debemos diferenciar la cuestión jurídica de la psicopatológica, para no enredarnos en el trabajo de análisis. El eje de la culpa y la responsabilidad tienen un punto en común, que es la posibilidad del sujeto de reconocerse culpable y al mismo tiempo la posibilidad del sujeto de reconocerse imputable.

En el agresor hay un sujeto en el que se han perdido las condiciones de intersubjetividad. El objeto es un objeto plausible de ser aniquilado.

Ante la escena del incesto, el registro que la niña tiene es el Terror: sabe a qué se le teme pero no hay formas de instrumentar defensas frente a lo temido. Tampoco sabe de quién defenderse.

En el campo social lo que está ocurriendo tiene que ver con una ruptura de los códigos. Esto produce terror, es el modo mismo de la paranoia. En la medida en que no están claras las legalidades que pautan, todo se transforma en una posible amenaza. No parte de la idea de que para el otro es imposible esa acción sino de la idea que todo es posible.

La falta de legalidad se caracteriza por la inexistencia de porque, como decían en los campos de concentración “Acá no hay un por qué”. Toda legalidad que pautar permite que el sujeto sepa a qué atenerse respecto a las legalidades en las que se incluye y que organice defensas.

Se produce una deconstrucción de la relación causal. En el incesto se incrementa el terror dado que el ataque no viene desde afuera sino desde aquellos adultos que deberían protegerlo. El sujeto se pregunta ¿por qué me lo hace a mí? Como si hubiera algún tipo de enigmático mensaje en las agresiones o algún rasgo en la víctima que las propiciara.

La acción traumática no es una simple perturbación de la economía libidinal, sino que viene a amenazar más radicalmente la integridad del sujeto. Su yo se halla indefenso, ya no sólo las representaciones, fantasías o efectos que lo acosan sino, fundamentalmente por estar expuesto a una situación de peligro que emerge desde la realidad. Esto retrotrae al yo a los momentos iniciales de su vida.

No se puede “comprender” al abusador de niños porque en este tipo de delitos tal como enuncia Primo Levi en “Los hundidos y los salvados” (pág. 241) “comprender es casi justificar”.

“Comprender” una proposición o un comportamiento humano significa incluso etimológicamente contenerlo, contener al autor, ponerse en su lugar, identificarse con él. Pero ningún hombre normal podrá jamás identificarse con Hitler, Eichmann y otros. Esto nos desorienta y nos consuela: porque quizá sea deseable que sus palabras así como la de los abusadores de niños/as... No lleguen nunca a resultarnos comprensibles.

Si comprender es imposible, CONOCER es necesario porque lo sucedido puede volver a suceder.

“Los monstruos existen pero son demasiado pocos para ser realmente peligrosos; más peligrosos son los hombres comunes, los funcionarios dispuestos a creer y obedecer sin discutir...”

“... un nuevo fascismo como su retahíla de intolerancias, prepotencias y servidumbre, puede nacer... dentro de una casa o desencadenarse con una violencia capaz de desbaratar todo reparo.”

Cabe la pregunta que suelen hacerse: ¿Los agresores sexuales son enfermos? “La enfermedad” de la que podría hablarse en estos casos se llama “patriarcado”: un conjunto de normas ideológicas, culturales, religiosas y económicas que han justificado históricamente la dominación masculina y el uso de la fuerza como herramienta de poder. Pero no es una enfermedad, es una forma de organización política. Por eso la importancia de deconstruir los postulados de desigualdad de género y de promover en nuestras niñas y niños nuevas femineidades y nuevas masculinidades.

Tomar estos delitos como si fueran obra de sádicos patológicos es decir psicologizarlos, individualizarlos en lugar de percibir lo que André Green llamó “la locura de la normalidad” sería un error.

En la problemática de las víctimas de abuso debemos incorporar la cuestión de la diferencia entre el concepto de víctima y el de victimario. Al respecto cabe recordar un episodio en relación a un film “El portero de noche”, la directora Liliana Cavani declaró, citando a Sade y Dostoievski que “todos somos víctimas o asesinos y aceptamos esos papeles voluntariamente”. Al respecto Primo Levi sobreviviente de los campos de exterminio nazis, respondió que él no entendía de inconsciente, ni de profundidades, pero dijo: Sé que he sido una víctima inocente y no un asesino. Sé que ha habido muchos asesinos, no sólo en Alemania y que todavía hay, retirados o en servicio, y que confundirlos con sus víctimas es una enfermedad moral o un remilgo estético o una siniestra señal de complicidad y sobre todo es un servicio precioso que se rinde (deseado o no) a quienes niegan la verdad. “Los hundidos y los salvados”.

De la misma manera, no cualquier persona podría convertirse en un abusador de niños-as y por eso ni siquiera pueden representarse el abuso como algo posible. Para quién no está en una posición perversa se inscribe como algo siniestro.

Del mismo modo es necesario pensar la diferencia entre culpa y responsabilidad. Agamben (2010) en “Lo que queda de Auschwitz, analiza esta diferencia respecto a los crímenes de guerra (cuestión muy importante dado que

en nuestra sociedad frecuentemente se diluyen responsabilidades individuales en culpabilidades colectivas.).

El verbo latino “spondeo” del que deriva nuestro término “responsabilidad” significa salir de garante de alguno o de sí mismo, en relación a algo y frente a alguien.

Asumir responsabilidades es un gesto jurídico no ético, en el sentido de que no alcanza con que alguien asuma la culpabilidad, es necesario que asuma la responsabilidad para que pueda haber una acción que determine quién se hace cargo de respaldar la acción cometida. “no expresa nada noble o luminoso sino simplemente el obligarse, el constituirse en cautivo para garantizar una deuda en un escenario donde el vínculo está todavía íntimamente unido al cuerpo del responsable. Como tal estrechamente unido al concepto de Culpa.

La culpabilidad es siempre frente a un tercero. También la responsabilidad.

La culpabilidad desde el psicoanálisis refiere a la posibilidad del sujeto de reconocerse culpable y al mismo tiempo imputable.

Para hablar de las intervenciones posibles debemos precisar la problemática a la cual estas intervenciones se dirigen. Se trata de las víctimas de la violencia. La llamada violencia género y en forma general el maltrato infantil precisando allí como un delito que reviste singularidad el abuso sexual en la infancia. Se trata de realidades que son en sí mismas productoras de patología.

Estamos viendo patologías inéditas en este momento, por ejemplo hay un incremento importante de modos compulsivos o modos brutales de relación. Podríamos pensarlas como patologías de pérdida de enlace al otro y esto incrementa todas las formas de sadismo, de agresividad e incrementa la paranoia en la medida en que se está viviendo en una sociedad donde no se puede plantear el imperativo categórico como universal.

Si cada uno piensa que la moral es un problema de circunstancia por qué va a creer en el otro.

Las patologías que vemos en la actualidad están muy relacionadas con la ausencia de garantías intersubjetivas y no solamente autoconservativas. Los cambios en las patologías dan cuenta de los modelos en los cuales la sociedad captura o no captura el malestar, lo que es innegociable es la disposición o la motivación libidinal de la patología mental.

Para terminar citaremos unas palabras de Giorgio Agamben en su texto “Lo que queda de Auschwitz: “Los crímenes impunes inevitablemente son considerados como crímenes que sólo podrían poner en suspenso la violencia: sólo pueden ponerla en suspenso, nunca la resuelven porque no dan tranquilidad a las víctimas”.

Creo que podemos tomar estas palabras para reflexionar sobre la cantidad de casos de abuso contra niños, niñas y adolescentes que quedan impunes, niños y niñas que siguen siendo violentados una y otra vez incluso por las intervenciones que deberían defender sus derechos, niños, niñas y adolescentes que no tienen derecho a una vida digna, que no tiene la posibilidad de imaginar un futuro sin violencias que los arrasen.

## Bibliografía

- Agamben, G. (2010). *Lo que queda de Auschwitz*. Buenos Aires. Editorial Pre-Texto.
- Bleichmar, S. (2009) *El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo*. Buenos Aires. Ed Topia.
- Calvi, B. (2005). *Abuso Sexual En La Infancia. Efectos Psíquicos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989)
- Freud, S. (1990). *Las resistencias contra el psicoanálisis*. Obras Completas, Tomo XIX, Bs. As.: Amorrortu Editores.
- Forrester, J. (1995) *Seduciones del psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida*. Buenos Aires. Ed Fondo de Cultura Económica.
- Giberti, E. (2015). *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Un daño horroroso que persiste al interior de las familias*. Noveduc: Buenos Aires.
- Hassoun, J. (1996). *Los contrabandistas de la memoria*. Buenos Aires. Ediciones la Flor.
- Lévi-Strauss, C. (1969). *Las estructuras elementales del parentesco*. Ed. Paidós: Buenos Aires.
- Levi, P. (1986). *Los hundidos y los salvados*. Barcelona. Edición: Muchnik Editores, S. A.

Segato, Rita Laura (2003) *Las Estructuras Elementales de la Violencia*. Buenos Aires. Prometeo: Buenos Aires.

Vaccaro, S. y Barea, C. (2012). *El pretendido Síndrome de Alienación Parental*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower.

# ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

---

**Sabrina Sosa; Carla Altamirano; Gabriela Hourquebie  
y Diana Rey Flocco**

### Introducción

El presente trabajo tiene por objetivo compartir la experiencia que desde el año 2009 realiza el equipo de trabajo interdisciplinario en una institución pública de la provincia de Córdoba<sup>1</sup>, destinada a la asistencia de niños, niñas y adolescentes (NNyA) víctimas de abuso sexual (AS).

Dicho *equipo de atención interdisciplinario para víctimas de delitos contra la integridad sexual* (Equipo DIS) tiene como objetivos principales, dar una respuesta a la/s víctima/s, sus familiares y a la comunidad en general, a través de una **atención integral**, entendiendo a ésta como el conjunto de acciones de atención, apoyo y gestión tendientes a restablecer y mejorar las condiciones de bienestar psicosocial vulneradas en niños, niñas y adolescentes (NNyA) de un delito contra la integridad sexual, como así también el acompañamiento de la/s víctima/s y sus familiares en todo lo que concierne al proceso penal.

*El Equipo DIS* asiste, contiene y asesora a víctima/s de delitos contra la integridad sexual, como a su entorno, considerando a la víctima como *sujeto de derechos*, realizando un abordaje desde una perspectiva de género.

---

<sup>1</sup> Las autoras, -integrantes del equipo interdisciplinarios, pertenecientes al Polo Integral de la Mujer. Secretaria de Lucha contra la violencia hacia la mujer y trata de persona. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Gobierno de la Prov de Córdoba- se desempeñan como Lic. en Psicología (Sabrina Sosa); Lic. en Psicología (Carla Altamirano); Abogada (Gabriela Hourquebie) y Trabajadora Social (Diana Rey Flocco).

La información recopilada de distintos países de la región de América Latina y el Caribe muestra que entre el 70% y el 80% de las víctimas de abuso sexual son niñas, que en la mitad de los casos los agresores viven con las víctimas y en tres cuartas partes son familiares directos, UNICEF (2016). Un informe del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, y el ministerio de Justicia y Derechos Humanos del año 2016 señala que en Argentina una de cada cinco chicas y uno de cada trece chicos es abusado sexualmente.

Estas estimaciones reflejan que la problemática del abuso sexual infantil es un problema frecuente a nivel internacional y nacional, colocando al abuso sexual infantil como un tema de salud pública, que requiere de prevención y asistencia.

## **Sobre el abuso sexual en NNYA**

La problemática del maltrato infantil y de su forma más grave, el abuso sexual, impulsan a instituciones a generar espacios de atención capaces de reducir y/o prevenir sus efectos nocivos sobre el desarrollo y el bienestar psíquico de la/s víctima/s y de su entorno.

El abuso sexual infantil representa uno de los más importantes problemas que atenta contra la estabilidad social debido a su potencial de destrucción, dado que promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los individuos. (Rodríguez Cely, 2003)

Si bien es posible definir Abuso sexual infantil (ASI) desde distintas miradas, de acuerdo al ámbito, disciplina desde que se lo aborde (legal, social, psicológico, etc.) tomaremos la definición de La Organización Mundial de la Salud (2001) que considera abuso sexual infantil *a:*

aquellas actividades que involucran al niño en prácticas sexuales que éste no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales. El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades -cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de una o varias personas adultas- abarcan, entre otras, prácticas tales como inducir a un/a niño/a a involucrarse en actividades sexuales ilegales o explotar a niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales, incluyendo la producción de materiales y exhibiciones pornográficas.

Desde un enfoque psicosocial Barudy (1998) plantea como factores estructurantes en el origen del abuso sexual infantil *la coerción y asimetría de*

*poder* entre el adulto y el niño, basadas en la diferencia de edad, la vulnerabilidad y dependencia del niño, lo que impide que este último participe en un verdadero intercambio y decida libremente, transformándose así en un objeto de gratificación sexual para el agresor.

Ochotorena y Arruabarrena (1996) plantean que hay tres tipos de asimetría presentes en todo acto sexualmente abusivo:

- Una asimetría de *poder*. Esta puede derivar de la diferencia de edad, roles y/o fuerza física entre el ofensor y la víctima, así como de la mayor capacidad de manipulación psicológica que el primero tenga sobre la segunda.
- Una asimetría de *conocimientos*. Es de suponer que el ofensor sexual cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual
- Una asimetría de *gratificación*. El objetivo del ofensor sexual es la propia y exclusiva gratificación sexual; aun cuando intente generar excitación en la víctima, esto siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima.

El abuso sexual infantil puede tener diversas modalidades y presentarse en cualquier edad, desde la infancia hasta la adolescencia, con diversos miembros de la familia, parientes y extraños; puede ser una experiencia única y aislada o ser repetida con mayor o menor frecuencia a través de muchos años; puede ser homosexual o heterosexual, con varón eso con mujeres, e incluir cualquier actividad, desde tocamientos a una relación sexual completa o variaciones de contacto oral y genital. Puede ser llevado a cabo con cierto grado de amor y ternura o involucrar amenazas verbales y violencia física.

Intebi (1996) entiende al abuso sexual infantil como “Un balazo en el aparato psíquico que produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional, que hacen muy difícil predecir como cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas”.

El abuso sexual es un **delito** que no deja huellas, porque por lo general no se utiliza la fuerza física (está basada en la seducción y el engaño). Generalmente no hay testigos, por eso una de sus características es la **Invisibilidad**.

Existen diferentes clasificaciones del ASI, describiremos a grandes rasgos dos de ellas, cuya definición se basa en el vínculo que el niño/a mantiene con el agresor.

- **Abuso Sexual Intrafamiliar:** Cuando el NNyA mantiene una relación familiar con el agresor, lo que incluye Incesto – vínculos de consanguinidad- como personas significativas que mantienen una relación familiar -tíos/as, padrastros/madrastras, etc.-
- **Abuso Sexual Extrafamiliar:** Cuando no existe un vínculo familiar con el agresor.

El abuso sexual infantil -intra/extrafamiliar- no sólo genera importantes consecuencias en la víctima, sino también en su entorno. Si el abuso sexual tiene lugar dentro del seno familiar estas consecuencias se agravan. Como afirma Pereda (2011): “Reconocer que se ha producido un caso de abuso sexual en la familia es un proceso duro, que supone un duelo y grandes cambios para todos sus miembros. Estos cambios implican, entre otros, la propia conducta mantenida a lo largo de los años, asumir la culpa de no haberlo sabido detectar, de no haber sabido proteger al niño o niña, así como gestionar las emociones de duda, incredulidad, miedo o pena que implica” (p.108).

Entre los aspectos más definatorios del curso o evaluación del abuso se encuentran, entre otros, la edad en que se produce el maltrato, el perfil de abusador, el ambiente familiar, la frecuencia o cronicidad del hecho y los medios o recursos disponibles para hacer frente a dicho acto.

El abuso sexual infantil produce un impacto que afecta a toda la familia por lo que pensamos necesario realizar intervenciones que no solo incluyan al NNyA sino a los demás integrantes -no agresores- del grupo familiar.

## **Abordaje Interdisciplinario**

La problemática de la violencia ejercida en el “ámbito privado” hacia los NNyA, ha ido ganando espacio lentamente a través del tiempo, en las reflexiones de los especialistas de las Ciencias Humanas. El primer paso en este camino, fue reconocer su existencia, visibilizarla, para luego analizarla, pensarla, estudiarla y, en función de esto, construir estrategias, desde un pensar y un hacer interdisciplinario de ayuda, cuidado y contención para los ya involucrados, así como de prevención de nuevas situaciones abusivas. (Abelleira H., 2009, p.34)

El abuso sexual en la infancia es la forma paradigmática de una catástrofe privada que acontece en la intimidad, y que niños, niñas y adolescentes sufren en la más absoluta soledad e inermidad. Este problema se caracteriza por ser delicado y complejo, se configura como un delito que requiere de actuaciones profesionales correctas, para así evitar la revictimización.

La interdisciplinariedad supone la existencia de un conjunto de disciplinas conexas entre sí y con relaciones definidas, que evitan desarrollar sus actividades en forma aislada, dispersa o fraccionada. Se trata de un proceso dinámico que busca solucionar distintos problemas de investigación. Gracias a la interdisciplinariedad, el objeto de estudio es abordado de forma integral y se estimula la elaboración de nuevos enfoques metodológicos para la solución de problemas. En otras palabras, la interdisciplinariedad es un marco metodológico que consiste en la búsqueda sistemática de integración de las teorías, instrumentos y fórmulas de acción científica de diferentes disciplinas, a partir de una concepción multidimensional de los fenómenos. (Fuentes G., 2012, p. 28)

La interdisciplinariedad es imprescindible para trabajar en problemáticas complejas donde existan una distribución de saberes y un reparto de transferencias necesario para poder sostener la tarea. Trabajar interdisciplinariamente ayuda a crecer y acordando que el abuso sexual infantil es una situación sumamente compleja, donde se conjugan diversos factores bio – psico – sociales y legales, es de fundamental importancia que el abordaje sea siempre interdisciplinario, puesto que las víctimas requieren del apoyo de los profesionales con los que tienen contacto en este tipo de procesos, es decir, psicólogos, abogados, trabajadores sociales, entre otros. Al trabajar dentro esta problemática será siempre necesario la intervención dese las tres áreas de manera coordinada y simultánea. Si bien en la articulación interdisciplinaria cada disciplina es importante en su función se considera que *"los problemas" no tienen fronteras disciplinarias y que los límites de cada disciplina no están fijos y determinados para siempre"* (Elchirry, 2009) ya que se considera siempre la intervención caso por caso, siendo este nuestro objeto de estudio o área a intervenir y no lo que pueda hacer cada área aislada desde su saber particular.

## **Modalidad de trabajo**

El equipo DIS recibe consultas personales o telefónicas relacionadas a hechos que involucran conductas sexuales; tipificadas como delitos.

La recepción de la demanda es efectuada por un equipo de guardia interdisciplinario, **se haya o no realizada denuncia**. Puede llegar a través de la consulta voluntaria de algún adulto cercano al niño, generalmente su responsable legal y particularmente su madre; o por la derivación de otras Instituciones como

Secretaría de Niñez y Adolescencia (SENAF); Hospitales, escuelas o diversos centros asistenciales y judiciales.

Se contiene situación de crisis generada a partir de develamiento o eventual sospecha. Brindando asesoramiento, orientación y asistencia legal, social y psicológica.

Se articula con redes familiares y todos los organismos intervinientes Juzgados, SENAF, Unidad Judicial de violencia familiar, unidad Judicial de delitos contra la integridad sexual.

Se realizan alojamientos de las víctimas (por alto riesgo luego de efectuada una denuncia). Esto implica reforzar las intervenciones del equipo, con la contención a todos los/las miembros de la familia, asesoramiento legal, social y psicológico durante ese periodo, por el alto grado de vulnerabilidad de la/s víctima/s y, a fines de que el egreso sea con las medidas de protección (seguridad, salud, judiciales) necesarias según la situación lo requiera.

### **Normas que enmarcan la actividad en equipo DIS**

El plano normativo que enmarca la actividad institucional sigue los estándares fijados por los convenios internacionales suscriptos por nuestro país, en cuanto normas operativas, conforme el art. 75 inc. 22 de la CN que establecen la obligatoriedad de los Estados en asegurar a los ciudadanos el pleno goce y ejercicio del Derecho a la vida, a la integridad física, psíquica y moral; a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social;... a la libertad y seguridad personales... y a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes...”:

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos (también llamada Pacto de San José de Costa Rica o CADH)
- Convención sobre los Derechos del Niño
- Directrices contenidas en el documento “Justicia para los Niños Víctimas y Testigos de Delitos”,

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra La Mujer - "Convención de Belem do Pará", que, de sus 25 artículos, destacamos: "Guías de Santiago sobre protección de víctimas y testigos". Directrices sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos- Consejo Económica y Social de ONU 2005/20:
- 100 reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad -

Asimismo, debemos mencionar normas del ámbito nacional y provincial:

- Ley Nacional 24417 “Protección Contra La Violencia Familiar – Sancionada: diciembre 7 de 1994 – Promulgada: diciembre 28 de 1994.
- Ley 9283 – 01/03/2006 (B.O. 13/03/2006). Decreto Reglamentario 308/07.
- Ley Nacional 26485 – Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra Las Mujeres En Los Ámbitos En Que Desarrollen Sus Relaciones Interpersonales. Ley Provincial 10352 (Adhesión Ley Nacional 26485).
- Ultimas Leyes que refieren a la problemática de la Violencia a la Mujer, de Género y Violencia Familiar, aprobadas en Córdoba el 16 de noviembre de 2016 – Nrs. 10401, 10402 y 10403. Leyes de adecuación a la legislación nacional, y de modificación de la legislación provincial.
- Ley Nacional 26743 (Identidad de Género).
- Libro II – Título III: “Delitos contra la integridad sexual” del Código Penal de la Nación según Ley 25.087.
- Ley Nacional 26061 – Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley 9944 – Promoción Y Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños y Adolescentes En La Provincia De Córdoba-04/05/2011-B.O.

### **Fases de intervención**

Para una mayor comprensión hemos dividido solo a fines didácticos en 3 etapas la intervención de nuestro equipo, en tanto que el abordaje se realiza de forma dinámica.

## **Primera Etapa**

La demanda es recepcionada en la institución y derivada al equipo DIS, cuya primera intervención se basa en una entrevista semidirigida interdisciplinaria - Abogada, Psicóloga, Trabajadora Social-. Esta instancia, es fundamental para el equipo en tanto permite a los profesionales realizar un **diagnóstico legal y psicosocial** de la situación que se presenta.

### ***Objetivos principales del primer encuentro:***

1. **Recolección de datos personales básicos** del consultante, de la/s lo/s víctima/s, obtener información que nos permitan saber cuál ha sido y cuál es la dinámica familiar del niño/a (con quien vive, quiénes son los familiares a cargo, si ha se encentra en familia adoptiva, o familia de acogimiento, conocer si aún convive con el agresor en el caso de que se trate de un ASI intrafamiliar etc.)

2. **Determinar el motivo de la consulta:** Este primer encuentro está focalizado en precisar los aspectos centrales de la consulta que guiarán las posteriores intervenciones del equipo , para ello se realiza una valoración de los síntomas que el/la niño/a presenta por lo que será fundamental determinar si la demanda del consultante es acorde a los objetivos y recursos con los que la institución cuenta , o es necesario realizar derivaciones a otras áreas que puedan brindar una respuesta idónea a la demanda,(por ejemplo, en el caso de que se trate específicamente de una situación de violencia familiar sin existir delito contra la integridad sexual, se derivará al equipo especializado en esa temática; cuando no exista ni relato ni sintomatología compatible con ASI y decidamos derivar a hospital de niños, centro de salud etc.).

Es fundamental en este primer encuentro escuchar y determinar la necesidad de intervención complementaria de otra/s institución/es, especialmente cuando se trate de la salud física de la/s víctimas, donde la interconsulta con centros o servicios de salud será condición para que este equipo comience a intervenir.

En cuanto a la evaluación sintomatología presentes en el NNy A se toman los criterios elaborados por Intebi (1996, 2013) los que detallan:

### ***Indicadores Psicológicos***

Es importante que los trastornos señalados por los indicadores se evalúen teniendo en cuenta la edad y el nivel evolutivo del niño/a o adolescente.

Asimismo, dichos **indicadores psicológicos** pueden ser:

1. **Altamente específicos:** la revelación por parte del niño/a o adolescente de haber sido objeto de abusos sexuales. **Relato**
2. **Compatibles con probable abuso:**
  - a. Conductas hipersexualizadas<sup>2</sup> y/o autoeróticas infrecuentes en niños/as de la edad.
  - b. Niño/a o adolescente que muestra conocimientos sexuales inusuales para la edad.

***Indicadores Psicológicos de probable abuso sexual. Conductas hipersexualizadas y/o autoeróticas infrecuentes en niños/as y adolescentes, tales como:***

- Masturbación compulsiva
- Conductas sexualmente inapropiadas para cualquier edad
- Variantes peculiares de los juegos de “médicos”, “los novios” o “el papá y la mamá”
- Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños/as o adolescentes en los juegos sexuales
- Sexualización precoz: juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sexual inusual para la edad.
- Juegos sexuales con otros niños/as o adolescentes mucho menores o que están en un momento evolutivo distinto.
- Acercamientos peculiares a los/as adultos/as: Tratar de tocar u oler los genitales del adulto Aproximarse por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realizar movimientos copulatorios Acomodarse sobre un adulto/a en la cama y simular movimientos de coito Pedir que le introduzcan o tratar de introducir la lengua al besar
- Promiscuidad sexual, prostitución o excesiva inhibición sexual (en adolescentes).
- El niño/a o adolescente muestra conocimientos sexuales inusuales para la edad

**3. Indicadores inespecíficos:** comportamientos llamativos y/o inadecuados para el nivel madurativo del niño/a o del adolescente que no están asociados exclusivamente con abusos sexuales, sino que pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés y suelen poner de manifiesto los intentos por defenderse y adaptarse a variadas experiencias de traumatización aguda y crónica.

---

<sup>2</sup> Las conductas hipersexualizadas es uno de los indicadores más ligados al abuso, insinúa un conocimiento inhabitual del niño acerca de los comportamientos sexuales adultos y revela una erotización precoz. Intebi (2013)

## ***Indicadores Psicológicos Inespecíficos***

### **Infancia Temprana: Menores de 3 años**

- Retraimiento Social
- Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas
- Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas
- Alteraciones en el ritmo de sueño.

### **Preescolares**

- Síndrome de estrés post-traumático
- Hiperactividad
- Conductas regresivas
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos)
- Fobias y/o temores intensos
- Fenómenos disociativos

### **Escolares y Pre-adolescentes**

- Cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores
- Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento, de aparición brusca e inexplicable
- Fugas del hogar
- Retraimiento llamativo o, por el contrario, hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar, y/o con sus amigos/as y compañeros/as de estudios
- Sobreadaptación, pseudomadurez
- Conflictos con las figuras de autoridad, junto con una marcada desconfianza hacia los/as adultos/as significativos
- Pequeños robos
- Mentiras frecuentes
- Sentimientos de desesperanza y tristeza
- Tendencia a permanecer en la escuela fuera del horario habitual

## **Adolescentes**

- Conductas violentas de riesgo para su integridad física
- Retraimiento, sobre adaptación
- Fugas del hogar
- Consumo de drogas
- Delincuencia
- Automutilaciones y otras conductas agresivas
- Intentos de suicidio
- Trastornos disociativos
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)

Es importante señalar que el Equipo DIS no posee como objetivo realizar “diagnósticos y/o pericias sobre abuso sexual”

**4. Evaluación de situación de riesgo** de que vuelva a sufrir una agresión y recomendar medidas para preservar la seguridad física y psíquica de los/as niños/as.

### **Los criterios de riesgo que se evaluarán serán los siguientes:**

- a) Contacto entre la/s víctima/s y el supuesto agresor
- b) Existencia de denuncia
- c) Existencia de medidas cautelares: Restricciones, exclusiones, botón antipánico
- d) Indicadores de enfermedades psicopatológicas/ medicas graves
- e) Agudeza sintomatológica
- f) Intentos de suicidio.
- g) Grado de vulnerabilidad socio-económica

**5. Evaluación de la urgencia y la necesidad de contención psicológica / social/ consulta legal** del consultante y/o la víctima/s. Se tomarán como principales indicadores el grado de riesgo, como acceso a redes familiares y sociales, respuesta y reacción del entorno familiar. Apoyo, credibilidad. Factores de vulnerabilidad social.

**6. Evaluación de necesidad de derivación a centro de salud para inicio de profilaxis post- exposición sexual.** En el caso de que se trate de un Abuso sexual con acceso carnal vía vaginal, anal, o buco genital se enviará al hospital correspondiente, ya que es fundamental tener asistencia en las horas siguientes a sufrir el ataque sexual, así como también el control y seguimiento de los análisis pertinentes a las enfermedades de transmisión sexual y su eventual tratamiento, garantizando el acceso a la asistencia integral.

**7. Evaluación de la necesidad de realizar denuncia.** En este punto debemos considerar que el *Abuso sexual Infantil es un delito* y lo encontramos regulado en el Código Penal Argentino Titulo III delitos contra la Integridad sexual, Capitulo II, en los art 119, 120, 130 en los que se regulan las figuras de abuso sexual simple, abuso sexual gravemente ultrajante, abuso sexual con acceso carnal u actos análogos, y abuso sexual aprovechando la inmadurez de la víctima para obtener el consentimiento y rapto.

Haciendo referencia a nuestro Código Penal el art 119 primer párrafo tipifica el delito de abuso sexual simple y prevé “Será reprimido con reclusión o prisión de 6 meses a 4 años, el que abusare sexualmente de una persona cuando esta fuera menor de 13 años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.

En el tercer párrafo del mismo art 119 encontramos la figura agravante que establece la pena **será de seis (6) a quince (15) años de reclusión o prisión cuando mediando las circunstancias del primer párrafo hubiere acceso carnal por vía anal, vaginal u oral o realizare otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías.**

En este caso para la configuración de delito de abuso sexual se requiere un elemento subjetivo, ánimo o intención del sujeto activo por lo que es un delito doloso. Constituye un atentado contra la libertad sexual de la víctima, dado que el bien jurídicamente protegido es el derecho a la reserva sexual es decir es el derecho al comportamiento sexual consciente y voluntario y al desarrollo pleno de la personalidad.

En el abuso sexual infantil al ser la victima un menor de 13 años la ley presume “iure et de iure” es decir sin admitir prueba en contrario la falta de consentimiento, el niño no puede comprender la significación del acto, es decir el acto se configura independientemente de la voluntad del damnificado.

El art 120 del CP a diferencia del art 119 exige que el autor del delito de abuso obtenga el consentimiento del menor abusado aprovechándose de su

inmadurez sexual, se comete en perjuicio de un menor de edad que es mayor de 13 años y menor de 16 para poder determinar este abuso, se tiene en cuenta la mayoría de edad del adulto agresor, la relación de preeminencia respecto de la víctima u otra circunstancia equivalente.

En figura delictiva el abuso consiste en un sometimiento gravemente ultrajante por su duración o por las circunstancias de su realización o por **haber acceso carnal por vía anal, vaginal u oral o realizare otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías circunstancias todas estas agravantes de la pena. -**

El art. 130 tercer párrafo del CP, determina la sustracción o retención mediante fuerza, intimidación o fraude a una persona menor de 13 años con la intención de menoscabar su integridad sexual. La edad de la víctima actúa como agravante de la pena que es de prisión de 2 a 6 años.

Por su parte el art. 130 en su segundo párrafo regula el rapto impropio en donde la víctima es mayor de 13 años, pero menor de 16 años quien presta su consentimiento, es decir que haya asentido trasladarse de un lugar a otro, o mantenido en el que se encontraba. Ese consentimiento no quita la delictuosidad del hecho, dado que la acción se consuma con la sustracción o retención del menor por parte del sujeto activo con el fin de cometer cualquiera de los delitos contra la integridad sexual. La pena es de prisión de 6 meses a 2 años.

**8. Evaluación de derivación a otro/s establecimiento/s** por razones de salud, medidas de resguardo, etc.

**9. Evaluación de indicadores de vulneración de derechos de NNyA**  
Si el equipo interdisciplinario detecta la vulneración algún derechos de NNyA que se encuentra vulnerado se da intervención a las autoridades administrativas en el marco de las leyes 26061 y 9944, a efectos de la protección adecuada en la crisis a las/os niñas/os.- Frente la a la vulneración de derechos se Informa a la *Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF)* creada como órgano de aplicación de la ley 9944 de “Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en la Provincia de Córdoba”, mediante la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de sus derechos. Dichos derechos deben entenderse como complementarios de los derechos y garantías reconocidos en el ordenamiento jurídico provincial, nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Esta ley comprende a niñas, niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. Senaf como autoridad de aplicación está facultada a tomar las medidas preventivas y/o de resguardo previstas por las leyes 9283 (violencia Familiar) y 9944.

## Segunda Etapa

Una vez realizada la primera entrevista el equipo interdisciplinario trazará la **estrategia** a seguir acorde a las necesidades de cada persona que solicite nuestra intervención, como de los recursos propios del equipo y la institución.

Como eje principal se tomarán en cuenta los indicadores de **urgencia y riesgo** de cada situación particular. El propósito de la intervención en estado de crisis es que la víctima logre reducir su tensión personal, y que ella y/o su familia encuentren alternativas para afrontar la situación (Rodriguez Cely, L. 2003). El fin de nuestra intervención se enfoca en que la/s víctima/s logren recuperar *elementos básicos para la seguridad y bienestar personal* tales como:

- **Alojamientos:** En caso de que no posean vivienda o se vean impedidos a regresar a la propia por morar con el agresor.
- **Denuncia o Puesta en Conocimiento:** Obtención de medidas preventivas – restricciones, exclusiones, botón antipánico, etc.
- **Contención psicológica-social en alta crisis:** Gestión de recursos, acompañamientos, profilaxis posexposición sexual, entrevistas psicológicas de contención etc.
- **Articulación interinstitucional:** Derivaciones a instituciones de salud mental, hospitales, Senaf.
- **Articulación intrainstitucional:** Acciones conjuntas con otros equipos de la institución como Violencia Familiar, Brigada, etc.

## Tercera Etapa

El objetivo de esta etapa es **restablecer y mejorar las condiciones de bienestar psico- sociales** derivadas de haber sido víctima de un delito contra la integridad sexual a partir de la intervención de un equipo interdisciplinario que abordará tanto al niño/a como a su familia.

En todos los casos, en esta etapa se solicita al demandante:

- 1- El consentimiento informado de tratamiento y/o intervención del equipo DIS al demandante, deberá ser otorgado por sus padres, tutores o personas a cargo legalmente de la guarda del niño/a y/o adolescente.
- 2- El relevo del secreto profesional al demandante, el mismo deberá ser otorgado por sus padres, tutores o personas a cargo legalmente de la guarda del niño/a y/o adolescente.

En términos generales esta etapa consiste en el **Seguimiento y Atención** de cada demanda recepcionada que incluye:

### **Tratamientos Psicológicos**

La labor terapéutica se focaliza en el alivio de la sintomatología y la escucha del padecimiento subjetivo que eso/a niño/a trae a consulta, como la del entorno, especialmente los padres o responsables de la/s víctima/s.

#### ***Tipos de Tratamiento***

- Individuales: Se realizan por profesionales especializados de diferente formación teórica. Frecuencia semanal-quincenal.
- Grupales: Los dispositivos grupales se realizan de forma paralela, focalizados, de características semi-abiertos, duración 6 meses aprox.

#### ***Grupo Psicoterapéuticos de Madres de NNyA víctimas de delitos contra la integridad sexual***

Objetivos Principales:

- Contener y elaborar las conflictivas movilizadas en las madres, a partir de la situación vivida por sus hijas/os
- Favorecer y promover vínculos filiales más saludables
- Generar recursos frente a las dificultades de las madres para comprender, contener y acompañar a las NNyA en la elaboración de sus conflictos ligados al abuso sexual

#### ***Taller Creativos para NNyA víctimas de delitos contra la integridad Sexual:***

Objetivos Principales:

- Encuentro con otros/as y con sus pares

- Espacio de simbolización: generar recursos que permitan elaborar la situación traumática generada por el AS
- Fortalecer el yo de niñas y niños
- Elevar su autoestima y contribuir a su des-inhibición
- Superar dificultades en la socialización

→ **Intervención Legal:** Asesoramiento y Seguimiento legal en los distintos procesos judiciales que la víctima y su familia atraviesa – fuero familiar, fuero penal.

La/s víctima/s y sus familiares atravesarán el proceso legal, que a partir de la denuncia requiere asesoramiento y acompañamiento para sí como para sus familiares en lo que se presenta como un ambiente desconocido y por momentos hostil. Es fundamental brindar información clara y precisa sobre los alcances y limitaciones del proceso, como favorecer el empoderamiento de sus derechos.

Si bien en la actualidad la creación de la Unidad Judicial para víctimas de delitos contra la integridad sexual (2005) y la integración de la misma en un espacio común específico para el abordaje de este tipo de delitos<sup>3</sup>, evitan la deambulación de la/s víctima/s por distintos lugares, y favorecen la intervención articulada, continua siendo necesario un acompañamiento legal que considere e integre el estado de crisis que comúnmente se pone de manifiesto en el momento en que se realiza la denuncia, como frente a los distintos requerimientos legales que la víctima y sus familiares deberán atravesar. El develamiento de la situación abusiva, especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar, traerá como consecuencia la intervención legal en distintos fueros, no solo en el ámbito penal, sino en el familiar, donde deberán acordarse con el supuesto agresor alimentos, regímenes de visita en caso de los otros niños en común del grupo familiar.

Algunas dificultades que las víctima/s y sus familiares presentan en el ámbito legal son:

- Dificultad en la comprensión del procedimiento legal
- Desconocimiento de lo que sucede en la causa
- Demora en el procedimiento
- Ausencia de conocimiento sobre los pasos a seguir en el proceso, sus alcances y limitaciones
- Desconocimiento de los derechos que la asisten

---

<sup>3</sup> En el mes de marzo de 2017, las Unidades Judiciales de delitos contra la integridad sexual y Violencia familiar se incorporaron al Polo Integral de la Mujer, compartiendo un único edificio; en el marco de un convenio realizado por el Tribunal Superior de Justicia y el Ministerio de justicia y Derechos Humanos.

→ **Intervención Área Social:** Se realiza a través del acompañamiento, seguimiento y asistencia. Teniendo como eje vertebral el bienestar del niño, niña o/y adolescente, dicha labor se lleva a cabo en el trabajo constante con sus cuidadores. Entendiendo que el derecho de estos/as a ser oídos es, salvo excepciones, la posibilidad de ser escuchados por un profesional preparado para ello y en circunstancias pertinentes que tengan que ver con su tratamiento o alivio; y en situaciones judiciales que deben también su cuidado para evitar ser revictimizados. En el abuso sexual en la infancia, el agresor suele ser alguien del entorno del niño/a. Mayormente alguien del ámbito familiar. El develamiento o la sospecha de aquel impactan de distintas maneras sobre la dinámica de la familia de ese niño, niña y/o adolescente. Modifica lazos, estrategias en torno al cuidado, la organización de la vida cotidiana. En muchas ocasiones se comienzan a transitar otras Instituciones hasta entonces desconocidas (Tribunales, SENAF, Anses, por nombrar algunas). Es necesario poder orientar y acompañar a la persona responsable; que en ocasiones son madres que hasta el momento estaban dedicadas al ámbito “doméstico”.

El proceso que se inicia al develarse un ASI suele ser largo, con avances y retrocesos desde muchas aristas: lo emocional, lo familiar, lo organizativo, lo legal, etc. Es necesario el seguimiento de la “familia” en esto. Es importante poder incorporar al mapa de sus redes otros referentes familiares, e institucionales como puede ser la escuela, el dispensario; muchas veces reorganizarlas.

Es importante trabajar todos estos lazos. Es sustancial encontrar y “procesar” acerca de ellos. Develar un abuso sexual intrafamiliar es también develar la trama familiar vincular en donde este tuvo lugar.

Las condiciones en que la vida cotidiana se lleva a cabo cambian, en ocasiones, drásticamente. Es importante destacar que en cuanto a las condiciones materiales se cuenta en este momento con la posibilidad de gestionar mediante programas provinciales distintas ayudas económicas para hacer frente a este proceso.

En fin, la tarea del trabajo social es hallar en su intervención

“mediaciones vinculares con las nuevas condiciones de producción material, social y simbólica por la que atraviesan los sujetos sociales en su vida cotidiana, que le exige una competencia teórico- metodológica y lo ético-político en relación a la cuestión social. El trabajo social es una unidad de intervención, articula la dimensión familiar, grupal y comunitaria en la que se desarrolla su accionar profesional” (Matus T. 1999)

La intervención debe además estar planteada en un encuadre Institucional, y perseguir un objetivo u orientación interdisciplinaria. En los distintos momentos

de la misma, podrá ser necesaria la elaboración de informes, solicitados por oficio judicial; o bien por Senaf.

El abordaje interdisciplinario requiere de una visión dinámica y abierta, en la que continuamente se revisara la estrategia elaborada para asistir a las víctimas y su familia.

## **Consideraciones Finales**

La intervención interdisciplinaria configura una propuesta compleja y dinámica; lo colectivo no es simplemente la sumatoria de iniciativas individuales, sino que implica la decisión de trabajar, conjuntamente, en la producción de nuevos conocimientos, prácticas profesionales y definición de funciones. La propuesta es intercambiar e integrar conocimientos y de ninguna manera implica la anulación de la especificidad disciplinar, sino que se trata de comprender las limitaciones disciplinarias en el abordaje de problemáticas complejas.

Como refiere Stolkiner A. (2005): “La interdisciplinaria es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas --de época-- atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello”. (p. 5)

De lo expuesto en los párrafos anteriores se desprende que la problemática del Abuso sexual Infantil es una problemática que impacta con una incidencia cada vez mayor de la que nos atreveríamos a pensar y resulta una de los temas más urgentes sobre los que debemos pensar, investigar y accionar los profesionales que trabajamos en niñez y la adolescencia. El abuso sexual infantil es un acontecimiento que obedece a las reglas de lo traumático en cuanto al impacto y a la necesidad de recomposición que suscita. Influye no solo en el psiquismo del niño o niña, sino también en la dinámica familiar y en la comunidad en su conjunto, inmersa en un tiempo histórico y social determinado con representaciones sociales al respecto que muchas veces dificultan su develamiento. Cuando hablamos de abuso sexual nos referimos a un traumatismo psíquico que requiere elaboración y que tendrá distintos efectos o marcas de acuerdo a los recursos con los que ese niño cuente para procesarlo. En esto, el contexto próximo e inmediato del niño/a es fundamental, de allí que sea necesario intervenir en esa dinámica a través de un abordaje interdisciplinario configurando un sostén que permita la elaboración y simbolización de las situaciones traumáticas a partir de la reconfiguración de los

lazos familiares y sociales (muchas veces vulnerables), el trabajo psíquico y un acompañamiento/ asistencia en todo lo que concierna al proceso penal, cuestión tendrá muchas veces efectos de reparación.

Observamos que la complejidad de esta problemática requiere no solo la respuesta especificada de cada profesión sino la orientación en un sentido de la intervención que el equipo ha valorado, **siendo el potencial de la misma lo que ocurre en los intersticios o entramado entre las diferentes disciplinas** y no lo que podría hacer cada una de modo independiente. A través de este modo de abordaje seremos capaces colocar coordenadas en dónde antes había desorientación, crear e implantar una trama reparadora allí dónde antes ha existido daño e interferencia en los lazos, propiciar palabra y simbolizaciones allí donde antes existía silencio y acompañar en el respeto y restablecimiento de los derechos del niño o niña que antes habían sido vulnerados, convirtiéndonos casi como un portavoz obligatorio de su deseo.

En este sentido no hay modo posible de poder abordar la problemática concerniente a la niñez si las respuestas se limitan al consultorio, al asesoramiento legal o al programa social. La intervención institucional como un todo y la institución misma se vuelve depositaria de la transferencia y allí reside la fuerza de su terapéutica. Es necesario afrontar desde el convenio entre disciplinas y entender que la violencia hacía niños, niñas y adolescentes es una cuestión social que debe estar en agenda y tratarse dentro de la esfera de las políticas públicas que Estado pone en marcha para garantizar el acceso al pleno goce de sus derechos, de allí que la intervención de la institución a la que pertenecemos resulte pionera en su quehacer y prototipo para nuevos programas.

## Bibliografía

- Abelleira H. (2005): *El abuso sexual infantil en la familia: catástrofe en los vínculos complejidades del abordaje interdisciplinario*. Cuestiones de Psicología. 34-45
- Barudy, J. (1998): *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Código Penal de la Nación. Ley 11179.-Modificaciones posteriores hasta la Ley 27352. Argentina.
- De Paul Ochotorena, J., y Arruabarena Madariaga M. I. (1996), *Manual de protección infantil*, Barcelona: Masson.
- Elchirry, N. 2009: *Importancia de la articulación interdisciplinaria*. Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología. Educacional. Buenos Aires: Manantial.

- Fuentes, G. (2012): "Abuso sexual Intrafamiliar" El abordaje desde el Trabajo Social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. *Revista margen.* (Nº 64).31-38
- Giberti, E. (2005) "*Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes: perspectiva psicológica y social*". Buenos Aires: Ed. Espacio
- Intebi V. I. (1996) "*Abuso Sexual Infantil*". *En las mejores familias.* Buenos Aires: Ed. Granica
- Intebi V. I. (2011) *Proteger, Reparar, Penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil.* Buenos Aires: Ed. Granica.
- Matus Sepulveda, T. (1999) "*Propuestas Contemporáneas en Trabajo Social: Hacia una Intervención Polifónica.* Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Navarro M. (2013) "*Abuso Sexual*". *Trata y Explotación Sexual de Niñas Niños.* Córdoba: Ed. Alveroni.
- ONU. Convención sobre los derechos del niño. Ley 23849.
- Pereda N. (2011) Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Revista Educación Social.*
- Sosa, S. & Gómez, M. (2012). Psicoterapia de grupo de padres. Intervención de delitos contra la integridad sexual. *Revista De Psicopatología Y Salud Mental Del Niño Y Del Adolescente*, 20, 81-89.
- Toranzo, H. E.; Sanchez, M.E.; Picco Lieto, J. (2016): Dispositivo grupal psicoanalítico de Intervención preventiva y Psicoterapéutica en el Rol de Madres de Diversas Organizaciones Familiares. *En: C., Straniero; C., Tosi; M., Luna. (Comp.), XVI CONGRESO ARGENTINO DE PSICOLOGÍA "PSICOLOGÍA Y COMPROMISO SOCIAL,* (pp. 653-662). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Federación de Psicólogos de la República Argentina. ISBN 978-987-45397-9-3
- Rodriguez Cely, L (2003) Intervenciones interdisciplinarias en casos de abuso sexual infantil. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 2 (1): 57-70, enero-junio de 2003
- UNICEF (2016) Abuso sexual contra niños niñas y adolescentes. Guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Recuperado en: [https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual contra NNyA-2016.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual%20contra%20NNyA-2016.pdf)
- Stolkiner A. (2005): Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de salud mental. I jornadas provinciales de psicología salud mental y mundialización: estrategias posibles en la argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina.

# MATRIX RELACIONAL EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE DOS GRUPOS

---

**Elena Toranzo; Emilce Sanchez y Florencia Fassione**

### **Introducción**

La Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo que enmarca los dispositivos terapéuticos que hemos desarrollado, concibe al Grupo como una “matrix” que sostiene, facilitando la emergencia de diversos conflictos relacionales al interior del mismo. Se pretende poner en relación e interacción la experiencia de dos grupos terapéuticos, focalizandos: El interés recae en la matriz, sus características, morfología, estructura, fenómenos de identificación proyectiva, y procesos transferenciales. En dicha matriz, concebida como un tejido vivo y dinámico, se encontrarán el sentido y el significado de las problemáticas relacionales que se manifiestan en diversos síntomas - enfermedades orgánicas, problemas de conductas, dificultades escolares-.

En esta oportunidad presentaremos la experiencia clínica de dos grupos psicoterapéuticos: un grupo de madres y un grupo de pacientes con diabetes. Ambas intervenciones grupales se enmarcan en el proyecto de investigación PROICO 12-1414 “Subjetivaciones y malestares en el escenario socio-clínico”, Línea C “Estudios de Procesos Terapéuticos y Trauma en Abordajes Psicoanalíticos implementados frente a la derivación escolar”, perteneciente a la UNSL que le posibilita a sectores de la población de bajos recursos y sin acceso a prepagas u obras sociales, acceder a servicios psicológicos.

El psicoanálisis y su diversidad teórica, ha dado lugar a una dialéctica conceptual que se denomina Psicoanálisis Relacional. Esta perspectiva nos permite comprender la estructuración psíquica como un fenómeno de grupo. “La

mente no es individual, siempre hay otro, (...). Así las teorías más actuales que estudian el desarrollo psíquico y su estructura proponen que esto sucede ya desde la vivencia fetal” (Toranzo y cols. 2013).

Los movimientos científicos en general han posibilitado el cambio de paradigma, la complejidad se ha instalado y el ámbito clínico no escapa a ésta. Ya no es factible el pensar a un individuo, a una mente aislada, a un mundo dentro de sí mismo. El giro ha planteado una relativización o reconsideración de la teoría instintivista, posicionando la atención sobre la comprensión de una constitución relacional-grupal del psiquismo. Somos sujetos con otros en espacios inter, transobjetivo.

En coherencia con este posicionamiento es que proponemos el grupo como dispositivo terapéutico, lejos ya de las ideas de Freud en este campo. En primer término, se plantea como una respuesta psicoterapéutica concordante con la naturaleza humana en cuanto a la necesidad de la vida en grupo, y de sentido común en el que se da un lugar óptimo para el desarrollo de las potencialidades de los sujetos que lo componen. El grupo se considera como un espacio y un tiempo físico que se convierte en espacio intermedio, precursor que dará la oportunidad de crear o desarrollar, mediante fenómenos de matrix grupal, potenciales recursos psíquicos en pos de la salud mental de todos y cada uno de sus miembros dado que es el terreno en donde germina la simbolización y la subjetividad, de allí lo potencial.

En segundo lugar, y como hemos planteado en trabajos anteriores, el grupo psicoterapéutico, resulta enriquecedor dado que, al interior de su dinámica, la emocionalidad se encuentra amplificada y especialmente compartida y por ende, es ineludible el encuentro con ella. Se posibilita además su dosificación y metabolización abriendo camino hacia la simbolización/ mentalización (Toranzo, Fassione y Sanchez, 2016)

Éste es quizás uno de los aspectos más paradójicos del trabajo en grupo, ya que si bien esta amplificación de la emocionalidad brinda el material óptimo para el trabajo terapéutico; también podría afirmarse que es uno de los principales factores por los que el trabajo en grupo resulta muy dificultoso y costoso emocionalmente para los psicoterapeutas especialmente noveles; hasta que se vayan familiarizando con esta transferencia "monstruosa" (Toranzo. 2004).

Las identificaciones proyectivas, las transferencias diversas y las emociones contratransferenciales se manifiestan con una mayor intensidad. Por este motivo, consideramos pertinente incluir algunas puntuaciones referidas a los espacios de supervisión también como espacio esencial que posibilita el trabajo terapéutico que propone ser más consciente y en la medida de lo posible más saludable.

En tercer lugar, la psicoterapia psicoanalítica de grupo se ofrece como un espacio de promoción de la salud mental en el que se comparten experiencias de aprendizaje de vida que le otorga un profundo sentido preventivo y comunitario.

## Sobre el Concepto de Matrix – Matriz Grupal.

El campo psicológico que se genera en un grupo ha sido estudiado por diversos autores, algunos desde una vertiente más sociológica o antropológica, con fines de análisis terapéutico o no. En nuestro enfoque tiene relevancia la confluencia conceptual de Bion,(1972) Foulkes (1983) y Moreno( quienes le otorgaron a la psicoterapia de grupo status teórico-técnico dentro del psicoanálisis que ha sido luego enriquecido por sus seguidores en Argentina –Fontana(1971) y Pichón Riviére (1974)-. Sin embargo también hemos sido influidos por las ideas Winnicott en el sentido de concebir a esta matriz grupal como un espacio potencial, creativo para el ser humano.

Foulkes dice “La acción tiene lugar en el interior de los pacientes –una acción interna, dentro de la matriz mental grupal común que va más allá de la mente individual se suspende y extiende”. Concebimos al grupo en sintonía con la propuesta de Foulkes, con esta concepción de “mente grupal” en sus palabras “... el grupo asocia, responde y reacciona como un todo.”

A nuestro entender gran parte de la comprensión de los aspectos constitutivos de esta matrix grupal se da a través de aspectos transferenciales.

Así mismo, a la comprensión de la matriz grupal como una red (“network”) propuesta por Foulkes (1986), nos ha resultado de máxima utilidad para la comprensión de la dinámica grupal, el concebir además a esta matriz como un tejido vivo, orgánico, (muscular si se quiere). Hemos llevado la dinámica de nuestros grupos más allá de las teorías de la comunicación, considerando las dinámicas grupales de un modo más humano, orgánico y por tanto nos alejamos de aquel auge de las teorías cibernéticas, mecanicistas, reduccionistas de aquella época.

Martínez Azumendi hace alusión a lo que sería un estudio de la matriz grupal en un nivel estructural, esto es lo que nosotras consideramos una red orgánica, un tejido vivo –o más o menos vivo, cómo se verá en la matriz del grupo de pacientes con diabetes –. En un nivel dinámico la matriz es tomada como espacio simbólico, (“lugar de proyección y simbolización de diversas fantasías, siendo la más universal de ellas aquella en relación con la madre”). A su vez este nivel dinámico se refleja en los movimientos de transformación que definirán la matriz desde su estructura, constituyéndose en *matriz individual, fundacional y común*.<sup>1</sup> (Martínez Azumendi, O. 1989).

---

<sup>1</sup> Véase: Martínez Azumendi, O. (1989). El concepto de matriz grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol 9 (29), 229-252.

## Matrix al interior de dos Grupos Psicoterapéuticos

En ambos grupos, el **equipo de trabajo terapéutico** se conformó por dos coordinadoras y la supervisora. En el caso del grupo de pacientes con diabetes, también eran parte del equipo, las médicas del servicio público hospitalario, que realizaban el seguimiento médico.

Los grupos se reunían una vez por semana, por un lapso de una hora y media aproximadamente. Cabe recordar que se trata de una *psicoterapia grupal focalizada*, donde las coordinadoras operan manteniendo un “foco”, e intentan llevar al paciente hacia ese foco –punto nodal de la problemática– mediante interpretaciones parciales y atención selectiva. Concebimos el foco como una organización compleja pero eminentemente empírica que se construye en el aquí-ahora con el paciente. Operativamente el mismo puede aparecer más o menos explícitamente condensado en el motivo de consulta y en sus diversos momentos de expresión a lo largo del tratamiento. (Toranzo y cols, 2013). Asimismo, previo consentimiento informado de cada uno de los integrantes, se realizó la grabación del audio correspondiente durante el encuentro, cuyo material se trabajó en supervisión al igual que las impresiones transferenciales y contra-transferenciales.

La **supervisión** constituye un aspecto central de este encuadre ya que permite evaluar y elaborar la intensidad de los procesos identificatorios. El supervisor se ofrece como continente de la confianza depositada por el supervisado que permite una experiencia nueva dando lugar a un enfoque diferente y enriquecido; lugar donde un grupo mira a otro grupo.

Así, la supervisión es un instrumento clínico por excelencia en el que se mediatizan las relaciones de objeto en sus aspectos conscientes e inconscientes en la que se pueden observar múltiples relaciones, convirtiéndose de este modo en un equipo de trabajo que se piensa a sí mismo.

### 1. El Grupo de Madres

Comenzaremos por describir el grupo de madres y lo que podría considerarse su matriz fundacional. En esta oportunidad, comenzamos la etapa diagnóstica –previa al grupo – con nueve madres, no todas ingresaron al grupo, y no todas permanecieron en él. Expondremos la historia y características personales de las 6 madres que ingresaron al grupo -cuatro de ellas permanecieron estables y dos abandonaron en los inicios-. Las otras tres madres, dejaron de asistir a la institución sin previo aviso.

### ***Etapa previa al grupo***

Se realizaron una serie de entrevistas individuales, con el objetivo de efectuar un diagnóstico de admisión. Se pautó:

- En la primera entrevista, indagar exhaustivamente el motivo de consulta, aplicar el inventario de ansiedad de Beck (BAI) y la Prueba Proyectiva de la relación con el hijo “*Cuéntenme con un dibujo, cómo es la relación con el niño y realicen un relato*”. (Taborda, 2012)
- En el segundo encuentro, se realizó una entrevista en profundidad con el objetivo de indagar sobre la historia vital de cada madre y la relación con el niño. Se aplicaba el cuestionario de Depresión (STAI) y Prueba Proyectiva expectativas en relación al grupo: “*Cuéntame con un dibujo cómo crees que el grupo puede ayudarte y realiza un relato*”.
- En la tercera, se realizó el cierre de lo trabajado señalando los aspectos centrales que constituirían su foco de trabajo en el grupo.
- En un cuarto encuentro, pautado para realizarse una vez iniciado el grupo, se aplicaba de manera individual el test CAMIR (Pierrehumbert, B., Karmaiola, A., Sieye, A., MC, Miljkovitch, R. y Halfon. O., 1996)

### **Descripción de las madres y sus motivos de consulta**

*M.E, 49 años, soltera, 4 hijos.* Consulta por su hijo menor de 10 años (único varón de la familia). Es derivada desde fonoaudiología, dado que consideran que el problema que tiene su hijo con el habla, tiene un correlato emocional.

Se trata de una mamá que es el único sostén económico de su hogar, por este motivo aduce que suele estar muchas horas fuera de su casa. M.E fue abandonada por su propia madre cuando tenía 3 años, y refiere que lo mismo le sucedió con los hombres en su vida, con quienes no ha logrado tener relaciones estables. Sus cuatro hijos, son producto de distintos romances. El niño por el cual consulta no conoce a su padre – al igual que otra de sus hermanas -.

Esta mamá compartió en el grupo su temor de hacerle daño a sus hijos al hablar de sus padres, hombres de los que sabía muy poco ya que no había tenido oportunidad de conocerlos. Agregó además que los padres no quisieron reconocer su paternidad a su momento ni en la actualidad han intentado contactarlos.

Podríamos pensar a M.E, como la parte del grupo de mayor dependencia con características infantiles. Se la percibía como superada por las exigencias cotidianas, encontrando problemas para hacer frente a las dificultades ella sola.

*L., 43 años, soltera, 4 hijos.* Dos de sus hijas son mayores de edad y viven en otra provincia. Asiste a consulta psicológica con sus dos hijos menores. En el grupo manifestó mayores dificultades en relación a su único hijo varón. El motivo por el que trae a este niño es por derivación escolar. J. (11 años) asistía a la escuela con desgano, sin realizar las actividades propuestas. Ella expresa en el grupo su sentimiento de impotencia ante el deseo del niño de no acudir más a la escuela, y permanecer por tiempos prolongados inmerso en la tecnología. Presentaba ciertas dificultades para tolerar el comportamiento de su hijo, cuando éste era contrario a sus deseos o ideales.

En cuanto a su hija menor (8 años), concurría a la escuela cursando en un grado especial. Si bien manifestó problemas graves como enuresis, y dificultades en el habla, en el grupo no expresó preocupación al respecto. Relató que la relación con T. era fluida, amorosa, la niña era obediente y responsable, parecía responder a los deseos y necesidades de ella como madre.

L. refiere en el grupo una historia de abandono y desamparo que determina un trauma significativo. Expresa abuso por parte de su padre, que fue quien la crió, luego de que su madre se fuera del hogar.

En cuanto a los padres de sus hijos, el de sus dos hijas mayores fallece y se separa conflictivamente del padre de sus hijos pequeños.

Esta mamá se traslada de otra provincia con sus tres hijos menores, al iniciar una nueva pareja. Al momento de la consulta, esta pareja había fallecido y ella se encontraba en una nueva relación, que le aseguraba un sostén económico.

Esta madre en el grupo exponía los aspectos más controladores, omnipotentes. Por momentos la comunicación con ella se tornaba difícil y conflictiva, presentaba cierta dificultad para tolerar los señalamientos terapéuticos. Se involucraba en una comunicación teñida de rechazo, lo que se reflejaba en la dinámica del grupo.

*S., 34 años, soltera, 2 hijas* mujeres de 7 y 2 años. Asiste con su hija mayor desde hace unos años a atención psicológica. Ha sido parte de un grupo de madres, que se llevó a cabo hace dos años, y ha recibido atención individual en el CIAP.

S. ha sufrido importantes pérdidas a lo largo de su vida. A los 11 años, fallece su mamá y, cuando estaba embarazada de su hija mayor, fallece su papá. Un año antes de la consulta actual, pierde a su único hermano en un accidente. Encuentra sostén y protección en sus tíos paternos, y en la posibilidad de contar con un trabajo estable.

Actualmente vuelve a consultar por su hija mayor, agregando a los motivos anteriores un diagnóstico neurológico, *“Me gustaría que alguien vea a M. nuevamente, tiene dificultades desde que nació y el año pasado a fines de diciembre el neurólogo le diagnóstico TDA.”*

Ambas niñas son hijas de distintos padres, y mantienen relación con ellos, pero viven con su mamá.

S. asistió al primer y tercer encuentro grupal, y tuvo que abandonar planteando inconvenientes con los horarios.

Esta mamá en el grupo siempre ocupó concretamente un espacio cercano a la puerta, consideramos que podría representar los aspectos que de entrada no logró engarzar con la matriz fundacional – por ejemplo, los padres de sus hijas estaban presentes tanto afectiva como económicamente, había retomado un proyecto académico personal –, y por tanto no pudo ser parte constitutiva de la matriz común, en otras palabras, no formó parte del grupo. Según la concepción de Azumendi (1989) una matriz individual que no pudo enlazarse en la matriz fundacional del grupo.

*G., 35 años, soltera, 5 hijos.* Los dos mayores (A. de 12 años y M de 10 años) son hijos del mismo padre, de quien se separó por violencia. Su hija Z. de 5 años, fruto de otra relación, de quien también se separó. Y las mellizas de un año de edad, hijas de otro padre, que no asumió la paternidad.

Convive en la casa familiar paterna, con sus cinco hijos y los abuelos de estos. En la misma propiedad vive su hermano con su respectiva familia. En pocos años, sufrió la pérdida trágica de dos de sus hermanos.

Consultó por su hija mayor expresando: *“Vengo por toda mi familia, pero en particular por A. porque el año pasado tuvo ataques de pánico y veía hormigas. Creo que este año ya no las ve”*.

G. asistió sólo al tercer encuentro grupal, y manifestó que a veces no tenía quien le cuidara a sus hijos, y eso le dificultaba asistir con regularidad.

Representaba los aspectos más depresivos del grupo, el polo opuesto de la omnipotencia. Se trataba de una madre desbordada por la situación socioeconómica que vivía con sus hijos; evidenciaba las carencias y necesidades más esenciales, movilizándolo en el resto de los miembros la búsqueda de soluciones mediante la acción.

*Cl., 37 años, oriunda de otra provincia, dos hijas, de 11 y 19 años.* Ambas hijas de distintos padres. Se acerca a consultar por su hija menor, quien es derivada desde la escuela, debido que la niña presentaba dificultades para leer, escribir y

estudiar. Compartió con el grupo que, hacia unos meses habían decidido mudarse y que tanto para ella como para su hija había sido un cambio muy brusco. Manifestó que a su hija le habría costado más adaptarse, porque su papá, su hermana y su abuela se quedaron viviendo en la otra provincia. Con su padre tiene un trato fluido, y lo ve cada 15 días; M. es hija extramatrimonial de éste.

Cl. menciona en el grupo que su madre se quedó sola con cinco hijos que alimentar y criar, cuando ella tenía tres años. Además agrega que su padre ejercía violencia hacia su madre, y que ésta tuvo que realizar trabajos muy sacrificados para poder alimentar a sus hijos. A raíz de esta realidad tan dura, es que Cl. comienza a trabajar siendo una niña, a los 13 años.

Esta madre podría ser la parte del grupo que estaba en contacto con sentimientos de pérdida, de desarraigo, podía expresar la tristeza y reconocer la tristeza en su hija e involucrarse en la angustia de la niña.

*D., 43 años, soltera, una hija de 9 años.* Se encuentra separada del padre de su hija, de quien no recibe ningún tipo de ayuda. Suele visitar a la niña, pero no es una relación fluida. Decide consultar porque la derivaron desde la escuela, ya que a la niña le agarran crisis de nervios, dónde se arranca el pelo y se golpea la cabeza con la mano.

Años anteriores había asistido al CIAP, pero no continuó. Relata que su hija se golpea desde hace años, que no recuerda cuanto hace, le parece que inicia antes de ir al jardín la pequeña, y que se golpea cuando las cosas no son como quiere ella, se auto agrede. Como mamá estaba preocupada porque no tenía un trabajo fijo, y a fin de mes se quedaba sin plata, motivo por el cual no tenían para la alimentación, presentando bajo peso y problemas asociado a esto (mareos, dificultades posturales que acusaban dolores físicos, desorientación).

D. era una mujer muy delgada, se la percibía con una gran debilidad física, de carácter agradable, pero que tenía que hacer frente a necesidades básicas con mucha dificultad.

Esta madre relata en el grupo, no haber tenido infancia. Vivía en el campo, con sus padres y hermanos, y describe su vida allí como muy solitaria, sin el cariño y el afecto de sus seres queridos. Una realidad teñida por el trabajo duro, desde la infancia.

Cuando ingresa al grupo, trae la incapacidad de cuidarse y de cuidar, generando en el grupo la necesidad de brindarle contención, abrigo, alimento, compañía. En oposición a la tendencia omnipotente expresada en el grupo hasta el momento - a partir de exponerse como madres autosuficientes, las únicas capaces de cuidar -, D. transmitía la sensación de ser una mujer que estaba sola y que, necesitaba mucho de todos.

### **Aspectos compartidos por las madres que ingresarán al grupo**

- Todas ellas son mujeres que no conviven con una pareja estable por lo que no tienen con quien compartir la crianza y les resultan agobiantes dichas tareas.
- Algunos niños conocen al padre pero no tienen un vínculo fluido, otros no conocen al padre.
- Tienen uno o dos de sus hijos en atención psicológica individual en el centro.
- Los hijos que están siendo atendidos en el CIAP son pre-adolescentes y la principal dificultad de sus madres es como relacionarse con ellos a quienes encuentran como extraños, desconocidos (“No parece mi hijo”, “antes no era así”)
- Los niños fueron derivados por la escuela, o el fonoaudiólogo.
- En todas las madres hay un trauma primordial.

### **Análisis de la matriz relacional conformada a partir del grupo.**

Como puede verse, la *matriz fundacional* de este grupo se caracteriza por mujeres, madres, solas que traen a sus hijos a consulta psicológica por diversos motivos principalmente de carácter escolar (bajo rendimiento, dificultades para hablar, conductas autolesivas, etc.). El encontrarse consultando por ellos se considera una fuente de sufrimiento doble, tanto por la angustia que pueda generar el padecer del niño, como por la herida narcisista que éste significa para la madre en cuestión.

Se observa desde hace unos años, a partir de la demanda psicológica de atención en el Servicio, que la consulta es realizada por las madres y el tratamiento recae, por tanto, solo en ellas.

En esta línea se observa que algunos de los aspectos que caracterizará la *matriz inicial común* serán el ser madres solas que tienen dificultad para escuchar a un tercero, con sentimientos omnipotentes que determinarían actitudes de sobreprotección o hiperprotección. Ante la necesidad de hacer frente a esta realidad tan acuciante, el único recurso para responder a ella resultaba en un mecanismo omnipotente que implica altos costos emocionales en tanto ellas deben ser “poderosas, fuertes, autosuficientes, etc.”.

Al observar la dinámica grupal en los primeros momentos, se pudo visualizar una comunicación de tipo radial, centrípeta hacia las coordinadoras. Este tipo de comunicación responde a uno de los aspectos que caracteriza a esta matriz grupal inicial. Ya que se trató de un grupo de madres que, por las particularidades

de los motivos de consulta, les representaba un obstáculo el encontrar un código común desde el nivel fundacional de la matriz grupal. Cada niño presentaba un síntoma diferente, los modos de criar y referirse a las conductas también eran distintas. Ésta ausencia de códigos compartidos se evidenció en la dificultad para realizar intercambios cruzados. Siendo, además, esperable en los momentos iniciales de la psicoterapia grupal.

En las primeras fases de un grupo, el mismo es idealizado. Sus participantes lo perciben como sin conflictos o como la buena y cuidadosa madre pre-edípica. Madre-grupo fantaseada en un estado de inconflitividad y existencia totalmente dadivosa. Es por tanto esperable, que en estos momentos resulte dificultoso instalar el foco terapéutico del trabajo grupal.

En este grupo de madres pudimos observar una tendencia a polarizar las dinámicas al interior del grupo, entre un aspecto que podría considerarse maníaco y otro de tinte más depresivo. En el primer caso, la omnipotencia y la negación las ubicaba como madres “que todo lo pueden”. La matriz grupal, en este caso, tendía a evidenciar una identificación con esta madre pre-edípica y cualquier amenaza de posible modificación, generaba cierta inestabilidad en la cohesión grupal, hecho que se vislumbraba en la dificultad para lograr permanencia en el grupo.

La dinámica de rechazo tendía a expulsar cualquier aspecto que mostrara en algún sentido el polo opuesto, caracterizado por el “nada puedo”. Esta polarización, y la tendencia a mantener una dinámica grupal maníaca resultó en una de las principales resistencias, que impedía instalar el foco terapéutico y, por consiguiente, el grupo de trabajo.

Esta polaridad determina una lucha en relación a la conflictiva que significa el síntoma del niño como evidencia de que “la madre que todo lo puede” no es más que una fantasía omnipotente, quizás instrumentada contra la herida narcisista. Lucha que observamos en viñetas como la que sigue:

*Pero tampoco puedo dejarlo hacer lo que quiera, porque... y si le pasa algo, y si se lastima mal, y si comete algo grave. Yo ahora tengo miedo de dejarlos solos.*

Ante tal ejercicio del control sobreprotector de una madre que se propone como única ley, sin abrir espacio para la escucha, para el dialogo; el grupo encontraría dificultad para representar la posibilidad de ejercer el rol de un tercero que brinda elementos para instalar otra ley, otro modo de percibir las situaciones. Esto último se planteaba como el objetivo del trabajo terapéutico, el foco del grupo.

Consideramos que la necesidad de incluir un tercero u otra ley, se instaló como foco terapéutico en este grupo dado las características de la relación madre – hijos. Una relación monoparental que perpetuaba un paradigma de cuidado y

crianza basado en una única figura de ley, "la madre que todo lo sabe" "la única dispuesta a criar y cuidar" por tanto la única "autorizada" a determinar límites.

Al ser el dispositivo terapéutico un grupo semi-abierto se da la posibilidad de incluir nuevos miembros, lo que consideramos favorable a los movimientos en cuanto a la dinámica al interior del grupo. A tal punto, que hemos podido observar modificaciones positivas en este tejido activo, flexible, vivo que es la matrix que sostiene el grupo.

En este grupo en cuestión, encontramos significativo una importante modificación en el encuadre. Nos vimos en la necesidad de cambiar el horario del grupo ante la solicitud de una madre que por motivos laborales presentaba dificultad para asistir. Ésta resultó una oportunidad, dado que el horario de las reuniones había sido un problema tanto para acordar con las madres que no asistieron, como para continuar sosteniendo el grupo.

Este cambio significa una importante transformación en la matriz común. En un nivel explícito quizás, al código compartido de ser madres que criaban a sus hijos solas y que ellos presentaban alguna dificultad, se le suma un nuevo elemento en este segundo tiempo, mujeres que debían organizar sus horarios para poder trabajar fuera de casa, sin descuidar a sus hijos. En un nivel más profundo, se podría pensar que, al ingresar madres cuya principal dificultad resultaba de la tristeza, el desarraigo, la pérdida, comienzan a surgir relatos de frustraciones negadas, o poco expresadas en momentos anteriores del grupo, cuando la posibilidad de involucrarse en el síntoma del niño resultaba aún remota. Asimismo, el grupo se abrió a la posibilidad de incluir la propia historia de la relación de cada una de ellas, con sus propias madres, y sus familias de origen. Siendo esto necesario y de suma importancia, no solo para ligar al grupo, sino para ligar la propia historia con la historia del niño.

En este nuevo encuadre que se gestó a partir de los cambios en la matriz común, comenzó a surgir en las madres la necesidad de hablar cada una de ellas como mujeres, con sus problemas económicos, amorosos, que si bien, afectaban e involucraban a sus hijos, se les dificultaba percibirlo así. Hablaban de sus hijos en forma de queja, sin la suficiente comprensión de como su conducta los afectaba emocionalmente. Se puede vislumbrar en la siguiente viñeta:

*Bueno M. se me ha puesto rebelde, ya es más grande pero peleas permanentes conmigo, con los chicos. Ahora bueno, hace dos meses que conocí un hombre y bueno empezamos a salir, y parece que no le simpatiza. [...] Se me ha enojado porque dice que yo salgo y los dejo a los niños solos y no es así, porque les doy la comida todo, y después me voy y vuelvo al otro día, no es que me voy y no vuelvo más. [...] Y bueno a M., ahora se le ha agarrado los celos. Ahora me dice que no estoy nunca en casa, que nunca como, que no sé, que no sé cuánto. Pero ella tampoco está.*

Si en un primer momento concebimos la matriz inicial como pre-edípica, fundamentalmente dadivosa y gratificadora, en esta segunda fase del grupo podemos concebir la matriz con características ambivalentes, dado que en la dinámica del grupo pudieron observarse intervenciones más bien propias de una madre que frustra, tanto porque comparte su amor con miembros nuevos que ingresan al grupo, como por marcar límites al señalar la función de dicho grupo, y excluir de alguna forma temáticas que hacen a la problemática de ellas como mujeres, elementos que se constituían en una resistencia para el trabajo grupal en relación al foco terapéutico, en tanto no eran señalados mediante la intervención terapéutica. Esta última permitía volver a focalizar el grupo.

En este punto fue una tarea ardua para las coordinadoras, ya que se sentía transferencialmente que por momentos, no eran incluidas en la dinámica del grupo. Dado que al pretender instalar el foco de trabajo, lo que implicaba involucrar a las madres en el síntoma del niño, probablemente dicha exclusión podría responder a los aspectos que el grupo no asimilaba, y permanecían fuera de él como la parte que rechazaban. Surgían así, relatos sobre dolores corporales, enfermedades, noviazgos, distintos modos de evadir el foco terapéutico. Una etapa donde la matriz se resiste al cambio.

Creemos que fue necesario otorgar el espacio y el tiempo a ellas como mujeres que sufren, con sus historias personales, sus relaciones con las familias de origen, es decir, incluir en el tejido vivo -que es la matriz grupal- al sufrimiento de ellas como hijas, hermanas, mujeres; para así lograr instalar y trabajar el foco. También, fue de importancia señalar y poner de manifiesto al interior del grupo, este modo de funcionamiento grupal, para lograr concretamente enfocarnos en la relación madre-hijo, y como ésta podía estar siendo parte del síntoma del niño. Esto se puede apreciar en viñetas como las siguientes:

*Soy media descariñada te aviso. [...] Porque ella viene y me hace cariño y yo apenas estoy. Eso también me tengo que poner las pilas y estar más con ella, hacerle más cariño porque veo que se siente mejor, a lo mejor se siente sola, por eso es que se aísla de mí.*

Otra de las mamás refiere en relación a la entrevista de devolución de su hijo:

*Bien, me dijo que ha mejorado, que está mejor. Pero que tengo que hablar con él por el tema de lo otro, y bueno le dije “espere que terminen las clases, porque encima que anda mal, me da miedo si le tengo que contar lo del padre y esas cosas, se va a bloquear, me da miedo” entonces le dije que me dé un tiempo.*

Este espacio otorgado a las madres como mujeres que sufren, consideramos que es un espacio permanente y necesario en el grupo, para que ellas puedan involucrarse subjetivamente en el sentir de sus hijos. Esta consideración técnica podría fundamentarse a partir de nuestra experiencia, en el trabajo con madres que

presentan un profundo déficit en cuanto a los vínculos primarios. Esto es que, ante la presencia de fallas profundas en los vínculos tempranos sería esencial el trabajo terapéutico con estas madres, con el objetivo de modificar terapéuticamente un patrón relacional. En palabras de Coderch (2016; 2016 b), estas pacientes habrían buscado en las terapeutas una figura que les ofrezca un sentimiento de reconocimiento y apego seguro, es decir, buscarían el amor y la comprensión que no habrían tenido en su infancia, y eso se logra cuando ellas experimentan que las terapeutas las acompañan, viven con ellas sus dificultades y sentimientos, comprenden sus necesidades, las aceptan. De este modo, consideramos necesario contener emocionalmente a las madres, para que ellas puedan contener emocionalmente a sus hijos. Esto nos permitiría comprender y vislumbrar las diferencias entre una sesión de mayor insight por parte de los miembros del grupo, en relación al foco terapéutico; y otra sesión donde se presenta una gran dificultad para conectarse con este foco, requiriendo la contención de los aspectos más necesitados de las propias madres.

Esto nos permite reflexionar e hipotetizar que, la matriz como madre ambivalente evolucionaría en una etapa final, hacia una matriz como madre suficientemente buena, es decir, una matriz que tolera la dependencia. De este modo, el grupo comenzaría a lograr una cierta tolerancia respecto de la ambivalencia, es decir, los momentos de frustración podrían ser apaciguados por momentos de sostén. Esto sucedería en el grupo, al igual que en todo proceso terapéutico.

Como se expuso al comienzo, concebimos la matriz, como un tejido vivo y dinámico, donde se encontrará el sentido y el significado de las problemáticas relacionales que se manifiestan en diversos síntomas, en este caso, en los problemas de conductas, y las dificultades escolares de los niños. De este modo observamos que, la matriz, fue modificándose a lo largo del tratamiento, y adquiriendo diversas características, al igual que el síntoma y el foco que han sido comprendidos y significados por las madres.

Así, en este grupo de madres, en la etapa inicial percibimos que la matriz se caracterizaba como la madre pre-edípica que todo lo daba, entonces aquí, podríamos decir que existía una ausencia total de las madres como formando parte del síntoma del niño, “yo que soy la madre que doy todo, a mi hijo le pasa esto, y no entiendo”, es decir, hay completa distancia entre el síntoma del niño y lo que ellas pueden percibir.

En la etapa media, se empieza a señalar e identificar el foco, de la conflictiva relacional que trae al niño a consulta, lo que genera resistencia rechazo, oposición.

Y en la etapa final, se lograría la conexión y que se involucre la madre en el síntoma del niño, es decir la conflictiva materna en el síntoma del niño,

estableciendo una mayor comprensión por parte de la madre en cuanto al carácter relacional del síntoma de su hijo.

## **2. El grupo de pacientes con diabetes**

Presentaremos el grupo a partir de la singularidad de cada uno de sus integrantes. La singularidad refiere de un modo directo al trabajo diagnóstico previo al grupo, que se realizó con cada uno de los pacientes seleccionados para ingresar al mismo, pero también a la singularidad que se dio en el grupo. En esta fase, se realizó un diagnóstico previo presuntivo y, para progresivamente promover la alianza terapéutica, cuya función es establecer el vínculo, y un buen rapport.

### **Etapa previa al grupo.**

Se realizaron **entrevistas clínicas individuales** a fin de recabar datos sobre la historia vital para lo que se implementó una *adaptación del protocolo de anamnesis del Centro de Consulta Médica “Weizsaecker”* (Chiozza, 2008) para evaluar globalmente la situación de los pacientes y sus condiciones para incorporarse a la psicoterapia de grupo. Dicho protocolo permite indagar sobre antecedentes de diabetes en la familia, el momento vital que atravesaban al recibir el diagnóstico y el tratamiento médico, sus temores respecto a la enfermedad y sus vínculos, entre otras cosas.

Siete fueron las personas seleccionadas por las médicas clínicas, comparten el mismo diagnóstico – diabetes – y reciben atención médica en un Servicio Público Hospitalario.

### **Descripción de los pacientes y su historia.**

#### ***Alma... el alma mater.***

Alma, 63 años, casada, madre de una hija. Recibió el diagnóstico de diabetes, en el año 2004, y comenzó rápidamente el tratamiento.

El primer impacto fue de una mujer muy desmejorada, apenas podía caminar, con su rostro transmitía su dolor y tristeza. Manifestaba excesiva angustia, llorando desconsoladamente en cada encuentro. Se podía sentir su soledad y desamparo. Su salud generaba una gran preocupación tanto a las médicas como a las psicoterapeutas, dado que presentaba varias complicaciones médicas. En el momento de la consulta, estaba luchando con una infección en la zona del abdomen consecuencia de una operación. Además, tenía hernias lumbosacras que le generaban dolores y dificultades para moverse. Sus valores de glucemia eran

estables, hacia dieta metódicamente, y no realizaba ejercicio porque estaba cuidando la cicatrización.

Alma relata y transmite una historia de vida teñida por el desamparo, fue abandonada por su madre biológica cuando era pequeña, y adoptada unos años más tarde. Recuerda esa historia con mucho amor y cariño, sintiendo que fue una salvación.

Por distintas circunstancias, en ese momento no tenía casa propia, ni trabajo.

Si bien Alma fue derivada por tener diabetes, en su relato la misma queda en último plano, infiriendo que en la historia de Alma sucede lo mismo, para ella la enfermedad no era un problema mayor.

### ***José... el gruñón.***

José, 58 años, divorciado, padre de tres hijos. No recuerda exactamente el inicio de la enfermedad, aproximadamente cree que hace 15 años. En el momento de la consulta tenía estable los valores de la glucemia, tomaba la medicación, se cuidaba en las comidas, y realizaba los controles necesarios.

Al comienzo, la mirada de José era intimidante, se mostraba distante, rabioso, con cierta superioridad. A lo largo de los encuentros, se fue estableciendo un vínculo más cálido, estaba más tranquilo, sonreía y logró así contar – transmitiendo mucha angustia– que hace varios años, cuando su primer hijo varón tenía 5 años, falleció de un tumor en la cabeza.

Si bien, manifestaba que se encontraba muy bien, que la muerte de su hijo era un tema superado, que la diabetes no le generaba grandes problemas, a medida que transcurrían los encuentros comenzó a exteriorizar cierta tristeza, angustia, cansancio, frustración por distintas situaciones que vivió en su vida en relación a trabajos, como así también por la pérdida de su hijo, que era una pregunta que aún no tenía respuesta. Detrás de esa mirada intimidante, había un hombre que sentía tristeza, soledad, dolor por la pérdida de su hijo, y buscaba cariño en los distintos vínculos. De todos modos, este paciente generaba cierta irritación en algunas oportunidades.

Por complicaciones en su salud, se continuó con los encuentros individuales, más allá de la fase diagnóstica. Así, de alguna manera esta fase operó, además, con un objetivo de apoyo.

### ***Lía... una coraza protectora.***

Lía, 44 años, divorciada, en pareja, madre de 3 hijos. A principios del año 2015 le diagnosticaron diabetes, y a mediados del año 2016 comenzó el tratamiento.

Lía se encontraba siempre bien peinada y maquillada, con buena presencia. Detrás del maquillaje, transmitía cierta soledad, angustia, tristeza y dolor. Consideraba que emocionarse implicaba ser una persona débil, y de este modo se exhibía como una mujer fuerte, con una coraza, manifestándolo con su postura rígida y la sensación de que era intocable; ya que transmitía que ante una nueva situación de pérdida, ella podía quebrarse o romperse.

Su padre había fallecido hacía un año, y con su madre no tenía relación desde entonces, por problemas con su hermano. Manifestaba la necesidad de que alguien la guíe, la acompañe y apoye. Ella sentía que no podía tomar decisiones por sí misma, y presentaba dudas por ejemplo de la necesidad de asistir a la psicóloga o no. A medida que transcurrieron los encuentros, empezó a demostrar ganas de asistir al hospital, y a la psicóloga.

Lía recuerda con tristeza su infancia. Relata que tuvo que trabajar y estudiar, y que recibía castigos por parte de sus padres y debía hacer sólo lo que ellos le decían. Además relata que vivió situaciones de violencia con su ex marido, padre de sus hijos.

### ***Nidia...la fortaleza***

*Nidia, 68 años, separada, y casada en segundas nupcias, madre de 4 hijos. Oriunda de un país vecino, llegó a Argentina hace 28 años.*

Recuerda que hace diez años aproximadamente recibió el diagnóstico porque tenía una herida que no cicatrizaba. Al momento de la derivación a atención psicológica, hacía tres meses que se atendía en el hospital, y se encontraba con un tratamiento que le permitiría bajar los valores de glucemia, debido a que tenía diariamente 400 mg/dl.

Se podía percibir que Nidia era una mujer sufrida, expresaba un gran monto de angustia y una necesidad de hablar de todos los conflictos que vivía con su marido y sus hijos. De todos modos, transmitía una gran fortaleza para enfrentar los problemas diarios.

Estar lejos de su país le generaba una profunda tristeza, al igual que las peleas entre sus hijos por cuestiones económicas, que expresaba con cierta impotencia. Asimismo, la relación con su marido le ocasionaba tristeza, porque él no asumía que era alcohólico, y sentía que era su sirvienta y no su esposa. Discuten por el dinero, y el alcohol. Esta paciente, asociaba los valores altos de glucemia con los disgustos que vivía en su familia. No sentía que su enfermedad fuera un problema, se ocupaba de la misma, realizaba el tratamiento, la dieta y el ejercicio diario. Así, Nidia transmitía la necesidad de recibir y contar con un espacio de escucha y contención, para poder transitar sus dificultades familiares.

### ***Emiliano... el niño del grupo.***

Emiliano, 37 años, separado y padre de tres hijos. Trabajaba con su padre en un taller metalúrgico; y vivía en la casa de aquellos.

Era un hombre que transmitía una gran tristeza en su rostro y en su forma de expresarse. Tenía diabetes desde hace 10 años, y utilizaba insulina desde el comienzo del tratamiento. Recibió el diagnóstico, cuando se realizaba los controles por los problemas de riñón que padece desde niño. Expresó que en un principio no tomó en serio la enfermedad, no se cuidaba, y tuvo un coma diabético. Presentaba dificultades para cuidarse, hacer ejercicio y comer saludable.

Sólo se realizó una entrevista individual e ingresó al grupo. Le costaba conectarse con sus sentimientos y con lo que pudo sentir en ciertas ocasiones de su vida, porque solo recordaba los hechos –como la muerte de sus abuelos y un tío; abandonar una carrera universitaria y comenzar a trabajar–.

### ***Víctor... un hombre vital.***

Víctor, 49 años, padre de dos hijos varones del primer matrimonio, y de dos hijos del segundo matrimonio. Con respecto al diagnóstico de la enfermedad, recordaba exactamente los síntomas que había sentido, y el momento en que se realizó los análisis. En relación al inicio de la misma, en un principio estaba convencido que hacía 8 años, pero al indagar a lo largo de los encuentros se dio cuenta que hacía alrededor de 15 o 20 años. No pudo precisar la fecha, y eso le generó mucho desconcierto y sorpresa.

Se percibía a un hombre fuerte, joven, que no manifestaba problemas con la diabetes, sus valores eran estables, realizaba los cuidados médicos, la dieta, y los controles necesarios. Relató que contaba con el apoyo de su familia, y que sabía que lo emocional influía en los valores, que se daba cuenta de que enojarse o rabiarse le elevaba la glucemia. De todos modos, relataba hechos de su vida sin conexión emocional. Solo en dos oportunidades, se conectó con la tristeza por la separación de sus padres en su infancia, la pérdida de su padre hacia unos años y la relación distante con su madre en la actualidad.

En cuanto al vínculo que se estableció en la etapa diagnóstica, en varias oportunidades Víctor generaba cierto rechazo e impaciencia, cuando intentaba impactar con historias de su juventud en relación a distintas mujeres, intentando mostrarse como un hombre viril y seductor.

A lo largo de los encuentros la diabetes quedó en un segundo plano. Tenía la necesidad de expresar que en ese momento no estaba bien con su esposa, que hacía un mes había perdido el trabajo, y eso le provocaba mal humor, nerviosismo e impotencia, que podía transmitirlo. Esta circunstancia implicó modificar el

encuadre diagnóstico, y extender esta fase con el objetivo de brindarle un espacio de contención y apoyo.

### ***Ceferino...el renegado.***

Ceferino, 63 años, casado, una hija. En el año 2006, le diagnosticaron diabetes. Al momento de la derivación hacía dos meses que había comenzado a utilizar insulina, y no lograba estabilizar los valores de la glucemia, motivo que le generaba un gran enojo.

Ceferino era un paciente pasivo con respecto a la enfermedad, no sentía propia a la diabetes, no se hacía cargo, delegando los cuidados y las emociones que le provocaba en su entorno –mujer, médicas, hija–. Se podía percibir el enojo, agobio y frustraciones que sentía con respecto a la enfermedad y los distintos médicos. Tenía poca tolerancia para que el tratamiento con insulina le diera resultados, y era difícil transmitirle la calma y paciencia que él necesitaba.

En relación al vínculo que se estableció en la etapa diagnóstica, fue un paciente difícil, en cuanto a las frustraciones que generaba, porque costaba establecer una relación donde él sintiera confianza para poder ayudarlo, y que se conectara con sus sentimientos. Asimismo, su salud generaba grandes preocupaciones. Cada semana había que “convencerlo” que siguiera asistiendo, porque no sentía mejorías en los valores de la glucemia.

Ceferino depositaba todo el enojo y la bronca en el afuera, el gobierno y los jóvenes. Tenía dificultades para reconocer el enojo que le provocaba la enfermedad. Así, se modificó el encuadre, y el foco fue que lograra apropiarse de la enfermedad y conectarse con las dificultades que ésta le generaba -le había afectado la visión, sistema circulatorio-, brindándole un espacio de contención.

## **Aspectos compartidos por los pacientes que Ingresaron al grupo**

- Todos comparten la misma enfermedad.
- Todos los pacientes son tratados en un Servicio Público Hospitalario.
- Todos son derivados por dificultades en la adherencia al tratamiento.
- En todos los integrantes de este grupo se observa el desarraigo al mudarse, debido a que son oriundos de otras provincias.
- Son hombres y mujeres adultos, con hijos.
- Todos dan cuenta de una infancia triste, con vivencias de desamparo.

## **Análisis de la matriz común conformada a partir del grupo**

Si bien, el trabajo terapéutico realizado en el grupo de pacientes con diabetes, ha sido analizado en trabajos anteriores (Toranzo, Fassione, Sanchez, 2016; Toranzo, Sanchez, Fassione, 2017.) reflexionar y vislumbrar acerca de la matriz común, y de la dinámica al interior del mismo, resultó ciertamente más dificultoso. Consideramos que, en este caso, la matriz tal como la concebimos – tejido vivo, flexible y dinámico–, estaría posiblemente teñida con aspectos de tenor terroríficos, y la muerte, sentimientos movilizados por la enfermedad misma. Así, este tejido vivo, aquí se complejiza por la presencia de una matrix grupal que pensamos dinámicamente como tejido necrótico que brinda un tono emocional duro y resistente para el trabajo terapéutico.

Esto nos permitiría comprender y explicar la dificultad que genera pensar la matriz de éste grupo, que tiene sus particularidades. Consideramos que dicha matriz a lo largo del proceso grupal fue ambivalente, y que quizás eso tendría que ver con la puja entre los vectores de un aspecto que polariza entre la muerte y la vida. Es decir, los pacientes se encontraban ante la necesidad de lidiar tanto con, la invasión de la muerte, como con el sentimiento de ocuparse de estar vivos.

Se caracterizó por ser un grupo, donde la expresión y circulación del afecto era complejo, había dificultad para simbolizar. De este modo, los sentimientos eran vivenciados en el cuerpo, y no se podía metabolizar al interior del grupo en “el aquí y ahora”, las coordinadoras podían conectarse con los aspectos emocionales terroríficos en las supervisiones.

Además el grupo era percibido por los miembros como un lugar, donde debían apropiarse de la enfermedad, y reconocer los sentimientos que la misma – de la que no se apropiaban con sobrados motivos dado que esta implicaba la presentificación de la muerte - les generaba.

En la primera etapa como era de esperarse, podía percibirse la resistencia de los pacientes para iniciar la tarea terapéutica y por ende para tomar contacto con su enfermedad, expresándolo en la dificultad para asistir al grupo. En esta fase, se presentaron los miembros del grupo, se expuso el encuadre de trabajo y los objetivos del mismo. Comenzaban a “conocerse” de un modo impersonal, lo hacían desde la diabetes, compartiendo los valores de glucemia, los síntomas, las dietas que seguían; intercambiando consejos sobre qué hacer ante los episodios de hipoglucemias. Cuando intentaba surgir algún problema más personal, el grupo

insistía en llevar todo a un terreno concreto, siendo difícil en este momento lograr un clima más emocional.

La fase inicial, podríamos pensarla con un clima de desconfianza. Nos encontrábamos con un grupo que de partida era ambivalente, querían recibir “ayuda”, pero ésta era mirada con desconfianza. La frustración, los temores, los sentimientos de tristeza, de soledad, de abandono eran sentimientos que circulaban en un plano que no resultaba accesible a los procesos simbolizantes. Por tanto, *la matriz común inicial*, cuya red se caracterizaba por la tensión rígida, es muy diferente a aquella matriz común inicial del grupo de madres mencionado anteriormente. Aquí la matriz ambivalente se apoyaba en sentimientos que no eran accesibles a la palabra, mensajes no verbales, no integrados, puestos en acto.

Al momento de analizar el material clínico estos sentimientos no integrados, podían traducirse a un lenguaje verbal a partir de preguntas que salían al auxilio del paciente al estilo Bioniano, como continente de contenidos no metabolizados. Por ejemplo “¿me voy a abrir, realmente? ¿Me van a dar el tiempo?, ¿Realmente se van a preocupar por mí, o son como otros médicos que no se preocupan?”.

Durante la primera etapa fue necesario trabajar focalizadamente en ese temor a entrar y a quedarse en el grupo. Dado que el mismo, se encontraba cargado de peligrosidad; estábamos ante un grupo de niños temerosos que no sabían con qué se iban a encontrar, no sabían si ir y quedarse en el grupo, no sabían si éste lograría soportar los componentes peligrosos que acompañan la enfermedad.

Así podemos pensar que, en un primer momento los pacientes hablaban de ellos desde la enfermedad en términos médicos, lo que sería funcional como defensa para de modo inconciente evitar tomar contacto con los aspectos más aterradores obturando de esta manera la posibilidad de hablar de sus temores. Recién hacia la mitad del proceso terapéutico comienzan a presentarse los mismos, ya sea de quedar ciegos, “mochos”, postrados en una cama o incluso la muerte.

De una etapa de desconfianza, de trabajar los valores de glucemia, se comenzó a abrir un espacio para incluir aspectos de sentido más afectivo. Es esperable en esta segunda fase, la posibilidad de una mayor interacción y confianza entre sus miembros por el sentimiento de pertenecer a un grupo lo que permitiría la emergencia de contenidos emocionales intensos.

Aquí se abrió un espacio de sostén que posibilitó compartir no sólo lo médico, sino también algunos aspectos personales propios de la historia de cada

uno, como la ciudad de origen. Consideramos que es de suma importancia hablar de los lugares, para constituir el grupo. Implica el compartir sus lugares de pertenencia como indicios a ir perteneciendo a este grupo-lugar. Se iniciaba así una metamorfosis del paciente diabético hacia el paciente con diabetes.

Este pertenecer, enlazado a la posibilidad de una matriz que sostiene, permite la expresión del miedo, o el temor por sufrir alguna amputación o un coma diabético mediante mecanismos defensivos muy primarios. Estas emociones se hacían presentes en la coordinadoras por identificación proyectiva en sentimientos de rechazo, impresiones físicas, asco; dando cuenta del tenor terrorífico típico de los elementos beta descritos por Bion. Así, comparten distintas experiencias de algún conocido, y también propias, sobre amputaciones, y heridas que costaron cicatrizar, haciéndolo de un modo terrible y sin ningún contacto emocional, como si no fuera su cuerpo del que hablaban. Transferencialmente, una de las coordinadoras sentía mucho cansancio, dolor de cabeza y del cuerpo, como intoxicada o envenenada y, la otra, sentía enojo, bronca, ganas de romper todo e irse, quedando de este modo externalizada la intensa disociación que acompaña esta enfermedad en su transcurso a cada uno de los pacientes. La empatía resulta un factor terapéutico difícil de instalar; se presentaba la dificultad para empatizar por parte de las coordinadoras, con los hechos que relataban sin emocionalidad manifiesta, dada la dificultad que implica para el grupo identificarse con lo enfermo y, por tanto, empatizar con lo malo.

Esto da lugar a percibir la transformación de la matriz inicial común, tanto por los aspectos fundacionales, como por los aspectos que iban conformando el grupo. Es decir, al constituirse éste, en una red capaz de sostener contenidos terroríficos de muerte, se posibilita el enlace con nuevos componentes que permiten la expresión de hechos concretos cuya emocionalidad, aún se encontraba disociada.

Si había algo que compartir hasta el momento, eran los valores. La dinámica grupal polarizaba entre compartir problemas familiares e incluir algunos aspectos afectivos; y hablar de los valores y la dieta. En otras palabras: lo concreto, la enfermedad y los afectos.

En este grupo, por el contenido orgánico que circulaba, y lo concreto que éste era, para poder pensar la dinámica y la matriz como un tejido vivo, y una estructura abstracta resultaba de suma importancia la supervisión. Allí nos encontrábamos con aquel tejido rígido, apretado en el que, para ocuparse terapéuticamente, había que despejar, destejer algunos puntos. Trabajar con lo construido, con las representaciones de la patología y sus modos de padecer, deconstruir, desbridar para construir lo nuevo.

Así, nuestro modo de concebir la matriz común a nivel simbólico es como un tejido necrótico con relación a las lesiones cutáneas y úlceras que suelen

aparecer en los pacientes con diabetes. Allí la necrosis es la muerte local del tejido, y es fundamental para la recuperación de dicho tejido el desbridamiento, que implica la remoción del tejido muerto o dañado, y la posterior creación del entorno que permita la cicatrización.

El grupo terapéutico habría trabajado en la remoción, simbolización mediante, para “limpiar” esa herida que significa la diabetes como trauma. Recuperando ese tejido y que se convierta en tejido sano y saludable.

En este afán arribamos a una última etapa donde, los miembros del grupo pudieron dejar de ser pacientes con diabetes, para sentirse personas con dificultades como cualquier ser humano. Pudieron hablar no solo de restricciones y cuidados, sino además de aquello que les gusta, les interesa o les preocupa como por ejemplo el miedo a las cirugías, tener un marido alcohólico. De este modo aparece un contenido más humano, permitiendo que los pacientes comprendan y comiencen a registrar que el ser humano siente distintas emociones todo el tiempo, y que ello no es ni malo ni peligroso, por el contrario es más sano.

Podríamos decir que en esta fase, llegando al final, cambia la matriz, los miembros perciben mayor contención por parte de las coordinadoras, y pueden comenzar a identificar y nombrar emociones, para lentamente ir relacionando episodios propios de la enfermedad (hipoglucemias por ejemplo) con situaciones de la vida diaria que los afectaban ( discusiones con el marido o los hijos )

Hacia el final del grupo terapéutico, comenzaron a registrar, identificar y expresar emociones, las cuales incidían en varias oportunidades, en la enfermedad. De modo que, en este tejido que es la matrix relacional del grupo, puede observarse hacia el final del mismo una mayor vitalidad y flexibilidad. Estos aspectos al inicio se encontraban prácticamente ausentes o de difícil acceso dado la necrosis que caracterizaba la matrix. Dicho de otro modo, la matriz que se fue tejiendo, destejiendo, volviendo a tejer; hacia el final se constituye en un tejido de mayor completud, mayor complejidad que ha incorporado otros componentes que otorgan elasticidad al mismo.

## **Conclusiones**

Cómo hemos podido analizar la matriz grupal en un sentido terapéutico, a nuestro entender, guarda relación con la complejidad y elasticidad de un tejido vivo. Se observa en su estructura como una compleja red de relaciones que responde a las particularidades de la mente grupal. Es factible adjetivar la

matriz grupal observando y analizando su estructura para luego profundizar en su dinámica.

Al analizar ambas experiencias arribamos a sus puntos en común y sus diferencias principales. La matriz del grupo de madres se encuentra impregnada por una cuestión de género, del patriarcado. Las madres toman el mando a la fuerza, porque se ven obligadas, lo que refuerza la exclusión del padre. En concordancia, también se vislumbra que hay una mayor indiferenciación madre-hijo, encontrando mayores dificultades para poder ver el problema.

Al brindar un espacio terapéutico que contiene, sin acusarlas, sin una cuestión punitiva de por medio, bajan las defensas permitiendo que empiecen a involucrarse en el síntoma del niño/a. Este movimiento que así se da, habla de una movilidad intensa, y de la elasticidad de la matriz.

En el grupo de pacientes con diabetes, la empatía resulta un factor terapéutico difícil de instalar, dada la dificultad que implica para el grupo identificarse con lo enfermo y, por tanto, empatizar con lo malo. En el grupo de madres, en cambio este proceso es más dinámico, ya que es factible un aumento en el factor empático por los distintos roles desempeñados por las mujeres y compartidos cuando cuentan sus historias. Sin embargo, en la fase media de los grupos puede observarse menor intensidad en este factor empático; dado la preponderancia del foco terapéutico, esto último posibilitado por un mayor insight.

Observamos así un gran obstáculo en ambos grupos, es muy difícil empatizar con el objeto malo, de este modo cuando no me puedo hacer cargo de la enfermedad o de las dificultades de mi hijo, es porque eso malo no es mío, no lo quiero. Este aspecto maligno de la dinámica del grupo, se percibió con características más intensas en la matriz relacional del grupo de pacientes con diabetes.

Al mirar los dos grupos en contraste, resultó significativa la vitalidad del grupo de madres, en profunda diferencia con la necrosidad del grupo de pacientes con diabetes, lo que da cuenta, en una amplia medida, de la gran dificultad que implica el trabajo con patología psicosomática. Hecho que no pretende restar relevancia al trabajo de grupo terapéutico con madres de niños en tratamiento psicológico.

En un trabajo anterior (Toranzo, Sanchez, Fassione, 2016), consideramos que el foco en el grupo de pacientes con diabetes, es muy angustiante debido al

contenido de agresión y muerte vinculado, el que surge en las sesiones (enfermedad, muerte, amputaciones) siendo ésta, una amenaza concreta y difícil de contener. Se presentan como si la enfermedad no fuera de ellos, la rechazan como si lo que les sucede fuera de otro sujeto, viene de afuera y no la pueden aceptar ni internalizar para hacerse cargo y comenzar a cuidarse, de allí la dificultad en la adherencia al tratamiento médico y por ende el psicológico corre la misma suerte. Una situación similar, ocurre en el grupo terapéutico de madres, donde el principal trabajo terapéutico con ellas es que logren involucrarse y comprender que son parte del síntoma del niño también. En ese sentido en el grupo de diabetes ¿la enfermedad sería como un hijo no deseado o enfermo que cuesta aceptar aun cuando realice todas las actividades de cuidado?

Resulta interesante afirmar que, tanto el diagnóstico de la diabetes, como el diagnóstico de la dificultad en el niño, ocuparía el lugar de la pérdida no elaborada. Debido a los significados propios<sup>2</sup> que le otorgan, es que les resulta difícil integrar las emociones y hacerse cargo de los cuidados que requiere. De allí que se considera que los *diagnóstico* serían un *acontecimiento disruptivo*, (Benyakar, 2016) y el impacto psicológico en el paciente deviene en traumático, por lo que resultaría difícil de integrar emocionalmente y así repercutiría en la fase terapéutica.

Así pensamos que el diagnóstico irrumpe y atraviesa a la persona, quien ante esto puede huir lejos por temor, por dolor, rechazo a la muerte; o indiferenciarse, adherirse, controlar.

La matriz sostiene el grupo, por eso, una vez que se constituye la matriz fundacional, el mismo no desaparece, sigue funcionando y complejizándose, dotando de mayores elementos y por tanto recursos a la mente grupal.

De este modo, el grupo se considera como un espacio y un tiempo físico que se convierte en espacio intermedio, precursor que dará la oportunidad de crear o desarrollar, mediante fenómenos de matrix grupal, potenciales recursos psíquicos en pos de la salud mental de todos y cada uno de sus miembros, dado que es el terreno en donde germina la simbolización y la subjetividad, de allí lo potencial.

---

<sup>2</sup> En relación al significado propio que se le otorga a la diabetes remitirse al concepto de “conciencia particular de la enfermedad” en: Toranzo, E., Sánchez, M.E. y Fassione, M.F. (2016). Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo como Matrix-Sostén para la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (2): 453-464. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2016.100207

## Bibliografía

- \*Bion, W. (1972). *Experiencias en Grupos*. Buenos Aires. Paidós
- \* Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo. El impacto del entorno en el psiquismo. En: E., Ramos. ; A., Taborda y C., Madeira. (Comp). *Lo traumático y lo disruptivo: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. (pp.13-39) San Luis, Argentina: Nueva Editorial San Luis. ISBN 978-987-733-054-0
- \*Foulkes, S. (1986). *Psicoterapia Grupo–Analítica. Método y Principios*. México: Gedisa
- \*Martínez Azumendi, O. (1989). El concepto de matriz grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol 9 (29), 229-252
- Pichón Riviére E. (1974) .*El proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social* .Editorial Nueva Visión. ISBN 9789506020002
- .\*Toranzo, E. y cols. (2013). *Perspectiva Psicoanalítica relacional-grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico*. *Psicoterapia Psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria
- \*Toranzo, E., Sanchez, M.E. y Fassione, M.F. (2016). Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo como Matrix-Sostén para la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (2): 453-464. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2016.100207
- \*Toranzo, E.; Sanchez, M.E y Fassione, M. F. (2017). Matrix Relacional en Psicoterapia Psicoanalítica de dos Grupos. Nuevas Familias - Nuevas Infancias. La clínica hoy. Congreso Bs As 2017.
- \*Coderch de Sans, J. (2016) Mi Visión del Psicoanálisis después de más de medio siglo de práctica psicoanalítica. Conferencia llevado a cabo en el Curso de Posgrado “*Bases Epistemológicas del Psicoanálisis Actual. El Modelo Interactivo en el Campo de la Psicoterapia Psicoanalítica Relacional*”. San Luis, Argentina. (No publicada)
- \*Coderch de Sans, J. (2016b). Las Experiencias Terapéuticas En El Curso Del Proceso Psicoanalítico Desde La Perspectiva De La No Linealidad. II. *Temas de Psicoanálisis*, 11 (pp.1-25).

Moreno, J. (1995) *Psicodrama. Terapia de acción y principios de su práctica*. Ed. Lumen

\*Taborda, A. (2012). Enfoque relacional en el diagnóstico de niños derivados desde instituciones escolares. En: Alejandra, T.; Gladys, L. y Gabriela, D. (Comp.) (2012). *Paradojas que habitan en las instituciones educativas en tiempos de fluidez* (119-142). San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.

\* Pierrehumbert, B., Karmaiola, A., Sieye, A., MC, Miljkovitch, R. y Halfon. O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant* 1: 161-206.

-Versión española del CaMir: Fernando Lacasa. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona

-Versión chilena del CaMIR: Lusmenia Garrido

-Versión piloto de adaptación argentina del CaMir. Labin, A.; Martínez, M. y Taborda, A.



El presente libro, gestado en el marco de la Carrera de Especialización en “Intervenciones Psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica y Pluridisciplinar”, es el segundo de una serie de escritos que serán próximamente editados. Las compiladoras, tal como ya lo realizaron con el primer libro, reúnen elaboraciones de reconocidos autores contemporáneos y suman los propios, con el propósito de proveer aportes de enfoques psicoanalíticos relacionales, que operan como sustrato conceptual de diversos espacios curriculares.

Desde este posicionamiento se busca promover articulaciones entre políticas públicas con hallazgos de la investigación académica y que, a su vez, esta encuentre su validación en las prácticas sociales como única fuente de verdadero impacto en la vida de niños y adolescentes que incluye a sus padres y adultos responsables de su salud mental. Implica una actualización en el pensamiento filosófico contemporáneo que resulta indispensable para una posición epistemológica consistente en la formación del psicólogo clínico, particularmente del interesado en psicodiagnóstico y en intervenciones psicológicas vinculados con situaciones especiales del niño/a, adolescente, su entorno familiar y extrafamiliar, tales como: construcciones, deconstrucciones y reconstrucciones evolutivas, resiliencia, potencialidades, traumas, futilidad, abuso, maltrato e identidad, encuentros y desencuentros con otros histórica y contextualmente situados, entre otras. Todo ello requiere de nuevos desarrollos o integraciones teóricas transdisciplinarios para una comprensión más acabada que permitan sustentar las prácticas de intervención asistenciales, de promoción y/o de prevención de la salud mental.

**ISBN 978-987-733-107-3**

