



**UNIVERSIDAD UCINF**  
LABOR CONSTANDA - TRIUMPHANS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
MAGISTER EN PSICOLOGÍA Y POSTITULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**APLICACIÓN DEL MODELO INTERSUBJETIVO AL  
ANÁLISIS DE LAS POSICIONES DEL YO: UN  
ESTUDIO DE CASO ÚNICO.**

**Melissa Orrego Serón.**

**Tesina para optar al grado de Magister en Psicología y Título en  
psicología clínica.**

**Profesor Guía: Paola Andreucci Annunziata.**

**Enero, 2015  
SANTIAGO, CHILE**

**Dedico este trabajo a quienes me apoyaron desde el inicio del camino que un día emprendí y que esperaron pacientes a que finalizara el recorrido, cediendo parte de nuestro tiempo para que pudiese concretar de manera satisfactoria esta meta. A todos ustedes; familia, pareja y amigos, por darme la fuerza y confiar en mí.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres Miguel Orrego y Malva Serón, que siempre han apoyado cada una de las aventuras que he emprendido, y quienes me han enseñado que ningún obstáculo será lo suficientemente grande como para derribar nuestros sueños, gracias por enseñarme a perseverar en pro de mis anhelos e ideales.

A mi hermana, quien siempre ha apoyado mis decisiones y proyectos brindándome una palabra de aliento cuando lo he necesitado.

A mis sobrinas, que en aquellos momentos en los que comenzaba a ceder ante el agotamiento, lograron llenarme de energía con sus sonrisas y travesuras, motivándome para seguir adelante.

A mi pareja, que a pesar del poco tiempo que hemos tenido durante este recorrido, me ha seguido esperando incondicionalmente, para que juntas construyamos nuestro propio camino.

A Paola Andreucci quien ha compartido sus conocimientos y me ha brindado su apoyo durante todo el recorrido de esta tesis y formación clínica, enseñándome a mirar más allá de lo que a veces los ojos de una sola persona alcanzan a ver, muchas gracias por mostrarme nuevas perspectivas, por su paciencia y sus buenas decisiones.

A Florencia, por permitirme conocer su historia de vida y haberme dado la oportunidad de participar en su nueva construcción, siendo parte importante de la mía como terapeuta.

***A TODOS USTEDES, MUCHAS GRACIAS POR HABER ESTADO EN ESTE CAMINO.***

## INDICE

Título	Página
<b>I. RESUMEN.....</b>	4
<b>1.1. Abstract.....</b>	4
<b>II. INTRODUCCIÓN.....</b>	5
<b>2.1. Cuadro 1.....</b>	6
<b>2.2. Cuadro 2.....</b>	7
<b>III. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....</b>	8
<b>3.1. Multiplicidad de voces e intersubjetividad para la construcción de la         subjetividad del consultante en psicoterapia.....</b>	8
<b>3.2. Niveles que influyen en la emergencia de la subjetividad.....</b>	9
<b>3.3. El paso de un yo Cartesiano a un yo Dialógico.....</b>	10
<b>3.4. Consideraciones respecto a la teoría dialógica de Bakhtin.....</b>	11
<b>IV. OBJETIVOS.....</b>	13
<b>4.1. Objetivo General.....</b>	13
<b>4.1.2. Objetivos Específicos.....</b>	13
<b>4.1.3. Preguntas Directrices.....</b>	13
<b>V. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	14
<b>5.1. Enfoque teórico metodológico.....</b>	14
<b>5.2. Diseño metodológico: Estudio de caso único.....</b>	15
<b>5.3. Criterios de rigurosidad.....</b>	16
<b>5.4. Estrategia de recogida y análisis de la información.....</b>	18
<b>5.4.1. Utilización de las viñetas clínicas en el estudio de caso único.....</b>	18
<b>VI. ESTUDIO DE CASO.....</b>	20
<b>6.1. Objetivos Terapéuticos.....</b>	20
<b>6.2. Elección de Caso.....</b>	22
<b>6.3. El paso que marca la inserción al proceso.....</b>	23
<b>6.4. El primer contacto.....</b>	23
<b>6.5. Los primeros encuentros.....</b>	24
<b>VII. EL MOTIVO DEL PRIMER PASO.....</b>	27
<b>7.1. Motivo explícito.....</b>	27
<b>7.1.1. Viñeta Clínica: “La angustia del acto de llorar”.....</b>	27
<b>7.1.2. Viñeta Clínica: “El acto de Abrir la puerta sin permitir la                 entrada”.....</b>	28
<b>VIII. LA BASE DEL DOLOR.....</b>	30
<b>8.1. Motivo implícito.....</b>	30
<b>8.1.1 Viñeta Clínica: “Lo reprimido, el escudo que permite vivir” ...</b>	30

<b>IX. EL ABUSO SEXUAL.....</b>	<b>33</b>
<b>9.1. Datos relevantes.....</b>	<b>33</b>
<b>X. CUARTA SESIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>10.1. Desde un vínculo dañino.....</b>	<b>35</b>
<b>10.2. Viñeta clínica: “Cuando la búsqueda de la cura se transforma en la enfermedad”.....</b>	<b>36</b>
<b>XI. TRANSPARENTANDO EL VÍNCULO.....</b>	<b>38</b>
<b>11.1. Hablar de la relación psicoterapéutica.....</b>	<b>38</b>
<b>11.1.2. Viñeta clínica: “visibilizando el accionar no-terapéutico”.....</b>	<b>38</b>
<b>XII. EL COMIENZO DE LA PSICOTERAPIA.....</b>	<b>40</b>
<b>12.1. Comenzando a caminar.....</b>	<b>40</b>
<b>12.2. Viñeta clínica: “Abriendo espacios”.....</b>	<b>41</b>
<b>XIII. ABUSO SEXUAL Y SENTIMIENTO DE CULPA.....</b>	<b>43</b>
<b>13.1. Lo que cierra aún más la situación abusiva.....</b>	<b>43</b>
<b>13.2. Vínculos abusivos.....</b>	<b>45</b>
<b>13.2.1. Repetición desde diferentes lugares.....</b>	<b>45</b>
<b>13.2.2. Relación con la madre.....</b>	<b>45</b>
<b>13.2.3. Viñeta Clínica: “aparición del abuso en distintas formas”.....</b>	<b>47</b>
<b>13.3. Relación con el abusador.....</b>	<b>53</b>
<b>13.3.1. Viñeta clínica: “Frente al abusador”.....</b>	<b>53</b>
<b>13.3.2. Viñeta clínica: “Confusión, realidad v/s fantasía”.....</b>	<b>54</b>
<b>XIV. REALIDAD VERSUS FANTASÍA.....</b>	<b>56</b>
<b>14.1. Confusión de lugares ¿víctima o victimaria?.....</b>	<b>56</b>
<b>14.1.2. Viñeta clínica: “De la fantasía a la realidad, un paso del dolor”..</b>	<b>57</b>
<b>XV. ACTIVACIÓN DE LA RABIA ANTE LA SITUACIÓN ABUSIVA.....</b>	<b>59</b>
<b>15.1. Movimiento defensivo.....</b>	<b>59</b>
<b>15.1.2. Viñeta clínica: “La rabia se hace presente”.....</b>	<b>60</b>
<b>XVI. GENERANDO NUEVAS PAUTAS DE RELACIÓN.....</b>	<b>63</b>
<b>16.1. Comenzando a crecer.....</b>	<b>63</b>
<b>16.1.2. Viñeta clínica: “Un acercamiento a la diferenciación”.....</b>	<b>63</b>
<b>XVII. PRODUCCIÓN ONÍRICA.....</b>	<b>65</b>
<b>17.1. El Arte de expresar a través de los sueños, lo que se hace inexpresable en la realidad.....</b>	<b>65</b>

<b>17.1.2. Continuación de la viñeta: “Lo fálico puesto en escena”</b> .....	67
<b>XVIII. NUEVAS RELACIONES ¿AMOROSAS?</b> .....	69
<b>18.1. De un papel secundario a uno más protagónico</b> .....	69
<b>18.1.1. Viñeta Clínica “Un freno a los abusos”</b> .....	69
<b>XIX. LOS CAMBIOS SE HACEN PARTE CORPORALMENTE</b> .....	72
<b>19.1. El cuerpo hablante</b> .....	72
<b>19.1.1 Viñeta clínica “El peso se hace más sostenible desde la expresión”</b> .....	72
<b>XX. CERRANDO PROCESOS</b> .....	75
<b>20.1. El término de un camino o un comienzo de otro</b> .....	75
<b>20.1.1. Un tiempo significativo que se invisibiliza</b> .....	76
<b>20.1.2. Desde el encuadre</b> .....	76
<b>20.1.3. Objetivos terapéuticos</b> .....	76
<b>20.1.4. El atraso como defensa</b> .....	77
<b>20.1.5. Desde la terapeuta</b> .....	77
<b>20.2. Viñeta clínica: “Los últimos momentos”</b> .....	78
<b>20.2.1. Continuación de la viñeta</b> .....	80
<b>20.2.2. Viñeta clínica: “Cuando la carga se vuelve más sostenible”</b> ....	81
<b>20.2.3. Viñeta Clínica: “Posibilitando nuevos espacios terapéuticos”</b> ..	82
<b>20.2.4. Viñeta clínica: “La apertura a un nuevo camino”</b> .....	85
<b>XXI. CONCLUSIONES</b> .....	87
<b>XXII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	93
<b>XXIII. ANEXOS Y MATERIAL TERAPEUTICO</b> .....	97

## I.- RESUMEN

El objetivo principal del análisis de caso, se basa en la aplicación del enfoque intersubjetivo en psicoterapia, el cual logra ser expuesto y materializado a través de la aparición de los enunciados dentro del discurso del consultante, en este intercambio relacional y dialógico, el terapeuta toma el enunciado y lo expone al paciente con la finalidad de que él lo reconstruya, a través de esto se insta a que se generen nuevas posiciones dialógicas desde el encuentro y/o reencuentro con otras voces, lo que potencia la emergencia de una perspectiva más amplia que facilita la construcción de la subjetividad, logrando un tránsito armónico a través de la visualización de nuevos lugares en los que se puede situar, como lo son la autonomía y el resguardo personal, distanciándose de aquellos de mayor vulnerabilidad y dependencia. No obstante, el proceso clínico no está exento de dificultades que se pueden generar en el mismo espacio relacional entre consultante y terapeuta, por lo que es importante saber mirar lo que se está actuando y desde donde se está construyendo aquel vínculo, de esta manera, el estar atentos puede transformar una dificultad en una herramienta que vehicule, facilite y favorezca la emergencia de nuevas posiciones y así evitar establecer un proceso que se vuelva iatrogénico para el consultante.

Durante el proceso de escritura al igual que en la terapia, son los enunciados los que facilitarán la creación de diferentes hipótesis las cuales están mediadas por los terapeutas/investigadores, quienes confluyen en ideas que arrojan nuevos enunciados, los cuales son posibles gracias a una metodología de viñetas clínicas, que muestran el proceso terapéutico con los signos y símbolos que lo constituyeron en otro tiempo y espacio, instando a la oportunidad de mirar desde una óptica diferente y enriquecida, que genera un nuevo material analítico y teórico clínico.

**Palabras Claves:** Enfoque intersubjetivo, posiciones dialógicas, enunciados, viñetas clínicas, iatrogénico.

### 1.1. ABSTRACT

The main objective of the case analysis is based on the implementation of the intersubjective approach in psychotherapy, which is exposed and materialized through the statements appearance within the patient speech. On this relational and dialogic interchange, the therapist takes the statement and expound it to the patient with a self reconstruction purpose, this urge the generation of new dialogic positions from the meeting or disagreement with other voices, which strengthens the emergence of a widest perspective that facilitates the subjectivity construction, getting an harmonious transition across the visualization of new places to situate themselves, as autonomy and personal protection, taking distance from those most vulnerable and dependent places. However the clinical process has some difficulties that can be generated at the same relational space between therapist and patient, that is why is important to know how to see what we are acting and from where we are building that bond, this way, the fact of being alert can transform difficulty in a facilitation tool that boosts the emergence of new positions avoiding the set up of a process that can become iatrogenic for the consultant.

During the writing process as in therapy, the statements make easier the different hypothesis creation which are mediate by therapists/investigators, who converge in ideas that generate new statements, those are possible as a result of clinical vignettes methodology, that shows the therapeutic process with signs and symbols who were established in other time and space, urging the opportunity to look from a different and enriched point of view, that generates a new analytical and theoretical clinical material.

**Keywords:** Intersubjective approach, dialogic positions, statements, clinical vignettes, iatrogenic.

## II.- INTRODUCCIÓN

El análisis de caso clínico, como tema, propósito y método, tiene por objetivo indagar acerca de la manera en que el consultante se imprime en el enunciado con su intencionalidad y como además los lectores y terapeutas se pueden construir una imagen acerca de él, a través del recorrido textual de las sesiones seleccionadas y el análisis dialógico del mismo (Bajtín, 2002, en Larraín & Medina, 2007). En el transcurrir de las sesiones, se logra visualizar la forma del mensaje, el contexto en el que se enmarca el enunciado e ideología o necesidad que está explícita en él, y cómo además los enunciadorez aparecen de esta misma manera (Larraín & Medina, 2007).

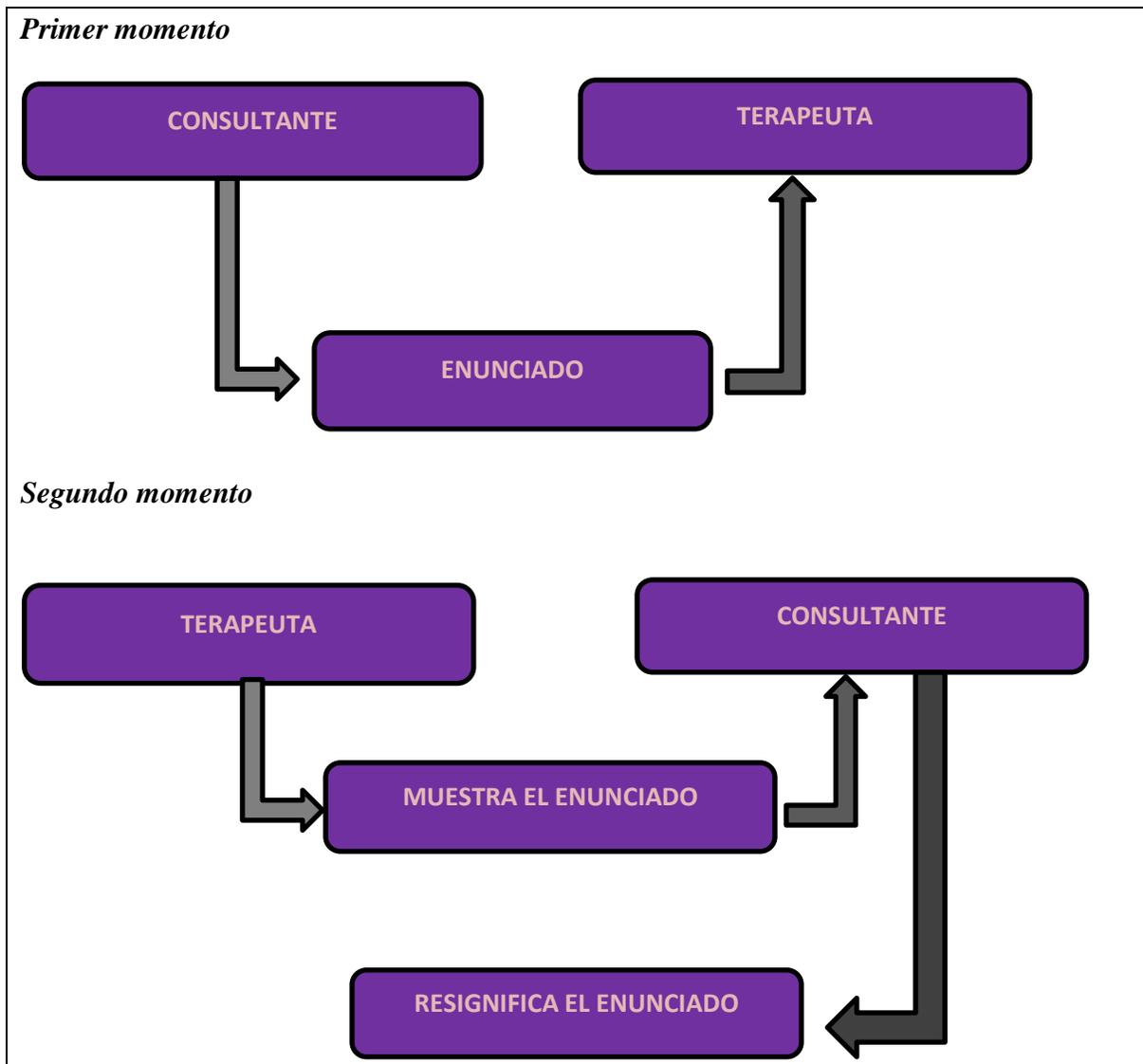
“El pensamiento ocurre en el discurso y lo hace de diversas maneras según la forma semiótica particular en que se materialice” (Vygotski, 1934-2001 & Voloshinov, 1929-1992, en Larraín & Moretti, 2011, P.62). El proceso argumentativo es el que favorece el análisis de las configuraciones que utilizan los consultantes, a través de esto, es importante comprender el proceso psicológico más allá de la interacción, como un movimiento constante de respuesta (Larraín & Moretti, 2011) en el cuál, durante las primeras sesiones se exponen las configuraciones iniciales con que llega la consultante y cómo con el avance del proceso los argumentos van modificándose en nuevas perspectivas respecto a un mismo tema.

Leitão (2002, en Larraín & Moretti, 2011, p.65) plantea que la argumentación “favorece en los individuos la reconstrucción de perspectivas sobre los objetos y fenómenos del mundo y la reflexión sobre los fundamentos del conocimiento que ellos producen”, lo anterior hace referencia a la construcción de conocimiento y a las propiedades semióticas de la argumentación (Larraín & Moretti, 2011). En base a lo anterior es central comprender los procesos en el análisis de caso clínico que se enmarcan en el discurso del consultante, bajo esta lógica, ver cómo aparecen los enunciados dentro del discurso, que a la vez permiten ser escuchados por el terapeuta para que posteriormente, este último, muestre el enunciado al consultante con la finalidad de que se reconozca en lo intersubjetivo.

Entonces, gracias al vínculo que se establece en la relación paciente/terapeuta, el consultante toma el enunciado y lo reconstruye, produciéndose el elemento terapéutico central dentro de todo proceso intersubjetivo (ver cuadro 1).

### 2.1.-Cuadro 1

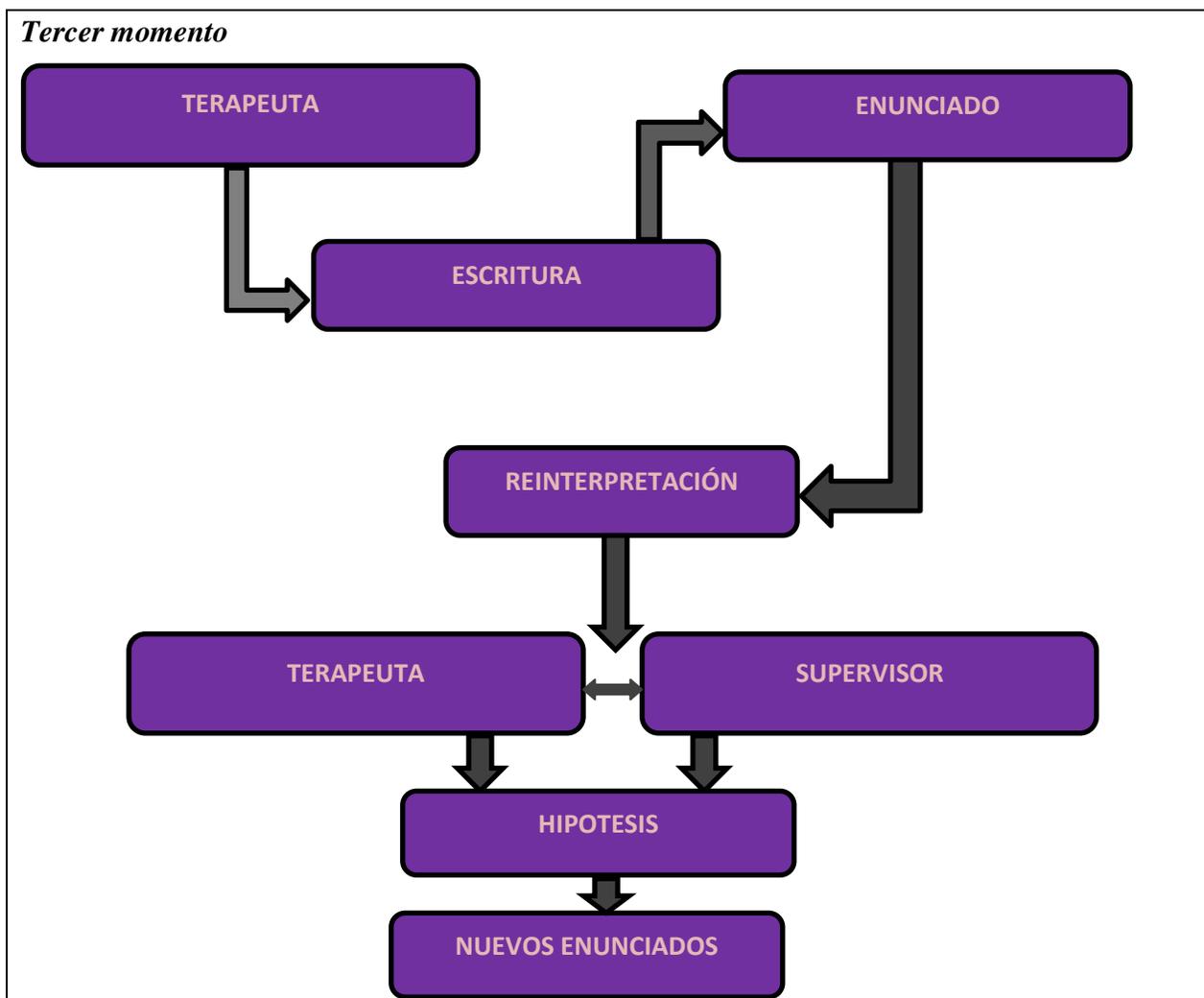
#### EL ENUNCIADO EN LA TERAPIA



Según Heidegger (1927 en Villegas, 2005, p.2) el ser humano es “lenguaje y vive en el lenguaje y crea el mundo a través de él”, es a través de la comprensión del enunciado tal cual como se explicita a través del lenguaje, que puede ocurrir la reconstrucción en el proceso terapéutico. Es además interesante cómo a través de la escritura del caso, nuevamente se toma el enunciado y se reinterpreta, apareciendo nuevas hipótesis que emergen desde una nueva óptica, reconstruyendo el enunciado desde otro lugar, generándose en consecuencia del análisis conjunto con otro terapeuta/investigador clínico, lo cual se establece en el marco del proceso de supervisión de caso/tesis (ver cuadro 2).

### 2.2.-Cuadro 2

#### EL ENUNCIADO EN LA ESCRITURA DEL CASO CLÍNICO



### **III.- MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

Es central comprender lo que va ocurriendo a nivel dialógico durante el proceso terapéutico, debido a que es a través del diálogo que se logra capturar la subjetividad del consultante, convirtiéndose entonces en un diálogo para conocer al otro (Mella, 2003; Wells, 2001; Wertsch, 1998. En Andreucci, 2013). Así como es necesaria la comprensión de la relación dialógica paciente/terapeuta, también se hace imprescindible comprender las expresiones y enunciados que emergen en esa relación (Martinez, Tomicic & Medina, 2014).

Muchas veces lo que expresa el consultante atañe explícita o implícitamente a la posición que está ocupando el terapeuta en ese momento y la multiplicidad de posiciones que logran ser expresadas durante el proceso tanto por el consultante como por el terapeuta, lo anterior se vuelve el aspecto central de polifonía de Bakhtin (Bajtín, 1982. En Martinez, Tomicic & Medina, 2014), “La polifonía referiría a la multiplicidad interna a un enunciado” (Andreucci, 2013, p.2) mientras que por otra parte la dialogicidad sería la multiplicidad externa o entre los enunciados (Andreucci, 2013).

#### **3.1.- Multiplicidad de voces e intersubjetividad para la construcción de la subjetividad del consultante en psicoterapia.**

Las múltiples voces constituirían la identidad de una persona en el diálogo con otras posiciones de su mundo interno (Martinez, Tomicic & Medina, 2014), estas posiciones muchas veces pueden tomar el control, impidiendo el diálogo y consideración de sus otras voces (Dimaggio & Stiles, 2007; Goncalves & Guilfoyle, 2006. En Matrinez, Tomicic & Medina, 2014).

La terapia fomenta el encuentro y la comprensión de las otras voces y posiciones del consultante, facilitando la emergencia de aquellas que se encuentran inconscientes y que por ende, no han logrado ser integradas, lo que traería los nuevos significados y con esto; nuevos enunciados (Angus & McLeod, 2004; Bromberg, 1998; Dimaggio & Stiles, 2007; Hermans & Hermans-Jansen, 2004; Lehmann, 2013; Neimeyer & Buchanan-Arvey, 2004;

Salvatore, Carcione, & Dimaggio, 2012; Salvatore & Gennaro, 2012; Stiles, 1999. En Martínez, Tomicic & Medina, 2014).

“El lenguaje es ambiguo y el individuo se transforma en sujeto en su discurrir” (Andreucci, 2013, p.3), desde el lenguaje se logra encontrar la identidad del sujeto, en la interacción constante con aquello de sí mismo que no ha sido escuchado y que en psicoterapia es reflejado por otro, mostrando lo subjetivo del propio consultante (Andreucci, 2013), se genera entonces el encuentro entre dos subjetividades convirtiéndose en una experiencia intersubjetiva en la que el diálogo, en tanto diferentes tipos de lenguajes convergerá en la construcción de la subjetividad (Andreucci, 2013).

### **3.2.- Niveles que influyen en la emergencia de la subjetividad**

El diálogo terapéutico se produciría en dos niveles, el dialogal y el dialógico, el primero permitiría la organización de los intercambios entre los participantes, y el segundo, hace alusión a las diferentes posiciones o voces de los participantes (Martínez, Tomicic & Medina, 2014).

La interpelación en psicoterapia puede dar cuenta de los niveles antes mencionados, la cual puede ir dirigida tanto a paciente como terapeuta y en la que se obliga al otro a tomar una posición subjetiva respecto a lo que se está interpellando (Althusser, 1971. En Martínez, Tomicic & Medina, 2014).

La interpelación permite estudiar cómo se organizan los intercambios entre el consultante y el terapeuta, además de las diferentes posiciones y/o voces de los participantes, lo que visibiliza el comportamiento en la interacción entre ellos (Martínez, Tomicic & Medina, 2014).

Según el estudio de Martínez, Tomicic & Medina (2014), en el transcurrir de las sesiones psicoterapéuticas, los turnos de los participantes se irían modificando, en cuanto se permite el paso de una relación asimétrica (inicio de la terapia) a una relación simétrica (avanzada la terapia), existiendo una transformación en la dinámica de poder que logra ser observada en; tonos para expresar el mensaje, interrupciones, terminar la idea del otro y estableciendo la finalización de un mensaje o el comienzo de otro.

Así también se le otorga al consultante un poder sobre sí mismo y sobre la construcción de su discurso, siendo el puente para que surjan diferentes interpelaciones hacia el terapeuta, con la finalidad que cambie su posición a una más fuerte y así alcanzar la construcción de su subjetividad (Martinez, Tomicic & Medina, 2014).

El terapeuta no puede situarse como autor ni comprometerse con los enunciadores, sin embargo, en la interpelación mutua, cuando se negocian las declaraciones, aparecerían otras voces y/o posiciones respecto a cómo se plantean ciertos comportamientos y/o deseos, surgiendo también voces del pasado y presente, las cuales logran ser visualizadas, integradas y/o cuestionadas desde ese lugar (Martinez, Tomicic & Medina, 2014).

### **3.3 El paso de un yo cartesiano a un yo dialógico**

Generalmente existe la tendencia de visualizar al yo como separado de otros, centrándose en una visión Cartesiana en la cual la propia construcción se realizaría de manera interna, dejando fuera el feedback con el mundo externo en el que se centra el yo dialógico (Hermans, 2003).

Descartes establece entonces un dualismo entre el yo y el otro, en donde la conciencia estaría fuera del mundo (Straus, 1958, en Hermans, 2003), lo cual implicaría que se pudiese ser conscientes de nosotros mismos, sin ser conscientes del mundo externo (Hermans, 2003).

En cambio en el enfoque dialógico planteado por Bakhtin, la construcción de la estructura espacial de la mente se construye con el yo y el otro (Holquist, 1990, en Hermans, 2003), bajo esta misma idea, Rosenberg (1979, en Hermans, 2003), señala que el yo se extiende para el medio ambiente, lo que también se puede ver en los enunciados de pertenencia, contraponiéndose a la idea Cartesiana de exclusión del mundo externo.

La separación que muchas veces hacen las personas entre yo y no-yo, no sólo se llevaría al mundo exterior, si no que a la vez se realizaría consigo mismo (Cooper, 1999, en Hermans, 2003). Los individuos no pueden entenderse como separados del mundo externo, debido a que la propia construcción estaría mediada por otro, así también, se hace importante conocer las otras posiciones y las fluctuaciones de éstas, que lo harán identificarse más con

una que con otra posición en diferentes momentos (Sampson, 1985, en Hermans, 2003). Estas voces y/o posiciones intercambian información con la finalidad de construir y/o cuestionar significados (Hermans, Kempen & Van Loon, 1992, en Hermans 2003).

Las posiciones se incorporan como un término central en la teoría del yo dialógico, abarcando lugares internos y externos, siendo la relación con el otro una exploración social de estos dos niveles (Hermans, 2003).

Hermans (2002, en Hermans, 2003), plantea que a veces las relaciones de poder y dependencia, pueden ser tan fuertes que las voces no tienen la oportunidad de ser escuchadas, el diálogo terapéutico puede facilitar la emergencia de los nuevos significados, narrativas y realidades en los que la novedad pueda surgir (Goolishian & Anderson, 1992; citados por Reichelt & Sveaass, 1994, en Hermans, 2003). El mirar las posiciones de manera simultánea permite evaluarlas y vincularlas con la historia personal (Hermans, 2003).

### **3.4 Consideraciones respecto a la teoría dialógica de Bakhtin**

Bakhtin no explica totalmente las relaciones desiguales, dejando de lado la naturaleza a veces violenta de la interacción verbal (Pollard, 2008), además, el diálogo muchas veces no expresaría la verdad y tampoco sería el medio para establecerla.

Por otra parte Fogel (1985, 1989, en Pollard, 2008) comenta que Bakhtin tenía una visión irreal acerca del diálogo, el cual era visto como libre, espontáneo y natural, sin tomar en cuenta que muchas veces éste puede ser obligado.

Existen muchas relaciones asimétricas (Pollard, 2008), como Hermans señala (1996, en Pollard, 2008), esta dimensión es la que faltaría en el análisis del yo dialógico, en el que las personas no tienen el mismo acceso al poder de las palabras. Conrad (s/a) por su parte comenta que muchas veces el diálogo sería el problema, más que la falta de éste (en Pollard, 2008).

Por su parte Bernstein (1989, en Pollard, 2008) refiere que Bakhtin no tomaría en cuenta el dolor de la experiencia humana y la presencia de voces y diálogos como tormento interior.

La mayoría de las personas no lograrían encontrar su propia voz y generalmente viven una repetición de otros “...El murmullo intolerable de otras voces, tanto fuera como dentro de la conciencia” (Bernstein, 1989, p.221, en Pollard, 2008).

Probablemente el error de la teoría de Bakhtin se centra en la extrapolación de las relaciones de la obra de Dostoievski, las cuales son trasladadas a la vida real; como señala Lodge (2006) siempre habría un hueco entre el libro y el mundo (en Pollard, 2008).

Otra dificultad que aparece en la teoría de Bakhtin, es la relación que establece entre contenido y forma, refiriendo que ambos serían iguales, así también le otorga una importancia mayor a la forma con la que se expresa un enunciado, lo cual si fuese llevado a la práctica clínica o al análisis de caso, se produciría un vacío y/o limitaciones prácticas y analíticas respecto al caso en cuestión (Pollard, 2008).

Por lo tanto, la concepción dialógica debe ser complementada con aquello que impulsa el diálogo, las intenciones que hay detrás de un enunciado, los significados y los deseos que se encuentran alojados en la expresión de un mensaje.

## **IV.- OBJETIVOS**

### **4.1.- Objetivo General:**

- Comprender la aplicación del enfoque intersubjetivo en psicoterapia centrado en un caso clínico en el marco del desarrollo de una pasantía tutorial de la facultad de ciencias humanas “UCINF”.

### **4.1.2.- Objetivos específicos:**

- Indagar las conflictivas que emergen a nivel interpersonal que pueden favorecer o desfavorecer el proceso psicoterapéutico.
- Comprender las conflictivas relacionales que afectan en diferentes niveles a la consultante.
- Conocer las problemáticas que inciden en la perpetuación de los síntomas que interfieren en las dificultades que expone la consultante como objetivos terapéuticos.
- Analizar las modificaciones relacionales que favorecen la construcción subjetiva y la emergencia de nuevas posiciones en la consultante.

### **4.1.3.- Preguntas directrices:**

- ¿Cómo influyen las construcciones relacionales en la sintomatología que expone la consultante?
- ¿De qué manera se transforman las posiciones de dependencia y/o vulnerabilidad en posiciones más autónomas y de resguardo personal?
- ¿De qué manera el proceso intersubjetivo facilita y moviliza la emergencia de una nueva posición relacional en la consultante?
- ¿Cómo la familia interfiere en la emergencia de nuevas posiciones en la consultante?

## **V.- MARCO METODOLÓGICO.**

## **5.1 Enfoque teórico metodológico: Fenomenología-Hermenéutica.**

La hermenéutica posterior a Heidegger establece que no se podría llegar al conocimiento y comprensión de sí mismo sin ser mediatizada por signos, símbolos y textos (Ricoeur, 2000), en la hermenéutica el proceso de conocimiento de sí mismo recaería en la palabra del otro y a través de esto, se generaría el conocimiento o la construcción del conocimiento.

Gracias a la escritura el discurso adquiere una triple autonomía semántica: respecto a la intención del locutor, a la recepción del auditorio primitivo y a las circunstancias económicas, sociales y culturales de su producción. En este sentido, lo escrito se aleja de los límites del diálogo cara a cara y se convierte en la condición del devenir-texto del discurso (Ricoeur, 2000, p. 204).

A través del caso se intenta mostrar entonces por medio de las viñetas clínicas y categorías establecidas en cada una de ellas, el proceso terapéutico, con todos los signos y símbolos que lo constituyeron en otro tiempo y espacio, además de generar un análisis más acabado del mismo proceso, debido a que insta a la oportunidad de mirar desde otra óptica.

Si bien, desde la hermenéutica la mediación en el texto puede ser alterada, también abre la posibilidad de enriquecerse a través de la comprensión y explicación (Ricoeur, 2000).

Desde la hermenéutica se intenta dar paso a una visión más concreta, otorgando materialidad, de esta manera, se pueden producir nuevas ópticas desde diferentes lectores acerca de un mismo caso, entrelazándose entonces la mediación con el mundo externo.

## **5.2 Diseño metodológico: Estudio de caso único.**

Se utiliza un diseño de caso único, con el fin de profundizar y comprender en mayor medida aquellas dificultades, emergentes y detalles que con otro tipo de diseño metodológico no podrían ser capturados.

El estudio de caso es una recogida formal de datos presentada como una opinión interpretativa de un caso único, e incluye el análisis de los datos recogidos durante el trabajo de campo y redactado en la culminación de un ciclo de acción, o la participación en la investigación (Mckernam, 1998, en Monroy 2003, p. 41).

Según Kadzin (1996, en Stoppiello, 2009) el estudio del individuo habría sido iniciado por Allport, quien se preocupó de estudiar en profundidad cada caso y lo recomendó para la investigación. Desde la psicología y específicamente desde el psicoanálisis, Freud también se acercó a este tipo de metodología, debido a que realizaba comparaciones de un mismo paciente (Stoppiello, 2009).

El estudio de caso único brinda la posibilidad de obtener y analizar la información en mayor profundidad que los estudios de grupos, lo que da cuenta del estado actual de las cosas (Midgley, 2006, en Stoppiello, 2009), mientras se tenga la rigurosidad metodológica (Stoppiello, 2009).

En la clínica, sirve para reproducir el mundo fenomenológico de los pacientes por medio de la descripción detallada de los acontecimientos y dificultades que emergen en un consultante, además este diseño centra su atención en el proceso, lo cual lo hace más factible para el análisis de casos terapéuticos (Monroy, 2003).

En neurología y en la clínica psicoterapéutica, el estudio de caso único es más utilizado que en otras ciencias (Stoppiello, 2009), permitiendo el estudio de aquellas problemáticas que en lo común no son abordadas, además de brindar la posibilidad de estudiar aquellos casos en los que se hace más difícil encontrar a un grupo de personas.

Sampieri, Fernandez & Baptista (2008, en Stoppiello, 2009) hacen hincapié en que lo importante de una investigación recae en la profundidad y calidad de la información, dejando de lado la cantidad y estandarización.

El estudio de caso informa acerca de un acontecimiento durante un largo periodo de tiempo, de un relato o una historia (Mckernam, 1989, en Monroy, 2003), este tipo de estudios está enfocado a un solo objeto, lo que permite un análisis intenso y detallado, además de capturar la diversidad de la conducta humana que no es posible conocer por otro medio (Monroy, 2003), centrándose más en la comprensión que en la medición y predicción (Mckernam, 1987, en Monroy, 2003), de esta manera, se orienta más al proceso que al producto, como en el caso que se presenta en este estudio (Monroy, 2003).

### **5.3 Criterios de rigurosidad**

Los criterios de rigor han sido empleados durante el estudio de caso único, lo que facilita el acceso a la “credibilidad, autenticidad, confianza e integridad” (Cornejo & Salas, 2011, p.14) del caso clínico.

Desde este estudio, se puede responder a los criterios planteados por Crawford, Leybourne y Arnott (2000, en Cornejo & Salas, 2011) en los que habría que considerar la “credibilidad”, “transmisibilidad”, “seriedad” y por último la “confirmabilidad”.

Al ser un estudio basado en las sesiones psicoterapéuticas del investigador con el consultante, se logra el desarrollo de la “credibilidad”, debido a que se suscita en el marco de la construcción de un vínculo terapéutico en el que se hace presente la validez de los enunciados desde; el reflejo, la confrontación y la indagación de detalles que envuelven el enunciado.

En cuanto a la “transmisibilidad”, la comprensión del análisis del presente caso, brinda la posibilidad de visualizar aquellas conflictivas y posiciones yoicas, que pueden ser observadas en otros consultantes durante el ejercicio profesional.

En tanto la “seriedad” logra ser contrastada durante el proceso en el que se llevaron a cabo las sesiones clínicas, debido a que la información de las posiciones yoicas, emergen desde diversos enunciados, los cuales logran ser observados en diferentes momentos, mostrando una consistencia del fenómeno en el tiempo.

En cuanto al criterio de “confirmabilidad”, la forma en que se plantea y expone el caso, permite que otros investigadores logren observar el fenómeno investigado; posiciones yoicas, y los orígenes de éstas.

Otro criterio que es importante tener en cuenta es el de triangulación (Denzin, 1978, en Cornejo & Salas, 2011), el cual está presente durante el desarrollo de este estudio de caso, debido a que incluye la mirada de dos terapeutas-investigadores (supervisor-supervisado), además de contrastar los enunciados con diferentes teorías.

Al estar la investigación centrada en un proceso intersubjetivo, necesariamente implica al investigador, lo cual se desarrolla y explica durante el análisis de caso, “en el momento en que se pone la subjetividad al servicio de la investigación (Cornejo, 2008), se inicia un proceso de autorreflexión crítica” (Cornejo & Salas, 2011, p. 26).

El mirar nuestra propia historia y contextos, promueve también la construcción de los criterios de rigurosidad necesarios para la investigación.

## **5.4 Estrategias de recogida y análisis de la información**

Para la recogida de información se realizaron grabaciones de audio de cada una de las sesiones del proceso psicoterapéutico.

Esta forma de registrar las sesiones resulta eficaz por la fidelidad de la información que se obtiene a través de estos medios (Roussos, Etchebarne & Waizmann, 2005, en Stoppiello, 2009), los cuales permiten escuchar cada una de las sesiones, entonaciones y pausas que rescatan tanto el contenido como la forma del mensaje, apuntando a obtener una descripción detallada y literal de lo que acontece en el proceso clínico, lo cual muchas veces se puede perder al tomar notas (Midgley, 2006, en Stoppiello, 2009).

Sin este método de recopilación de información, se haría difícil recordar aquellos detalles que envolvieron cada una de las sesiones, más aún cuando la información se vuelve a analizar luego de haber transcurrido un tiempo considerable (Roussos, Etchebarne & Waizmann, 2005, en Stoppiello, 2009).

Así como las grabaciones favorecen una profundización de cada uno de los enunciados, también permiten al terapeuta situarse en sesión con una escucha más activa, lo que facilita una mayor comprensión, y de esta manera, se logra generar un tipo de análisis que se encuentra más enriquecido tanto por la información detallada, como por la idea general del consultante que se está analizando.

### **5.4.1 Utilización de las viñetas clínicas en el estudio de caso único**

De las grabaciones de audio, se seleccionaron extractos de las sesiones, los cuáles evidencian las conflictivas con las que llega el consultante, así como facilitan una mayor comprensión de los modos de vincularse, reflejando el fenómeno que se está estudiando.

Lo anterior se extrae a través de las viñetas clínicas, las cuáles son apropiadas para un estudio de caso único (O'Dell, Crafter, De Abreu & Cline, 2012), debido a que permiten mostrar la información tanto personal (Barter y Reynold, 2004, en O'Dell, et.al, 2012), como no personal del consultante, según se requiera en el análisis (Hughes, 1998, en O'Dell, et.al, 2012).

Los consultantes transitan por diferentes formas y posiciones de representar la realidad (Wertsch, 1991, en O'Dell, et.al, 2012). Las viñetas clínicas logran ser el puente en la investigación que permite la visualización de estas voces, además de reflejar desde donde surgen y que es lo que quieren comunicar (Wertsch, 1987, en O'Dell, et.al, 2012).

Las viñetas, logran captar la subjetividad en tanto permiten mostrar las diferentes identificaciones de las personas, el tránsito de una posición a otra, capturar las voces que aparecen en un primer momento y cómo se van abriendo a otras con el transcurrir de la terapia (O'Dell, et.al, 2012), siendo atinentes para este tipo de estudio.

## VI.- ESTUDIO DE CASO

Para el análisis de caso, se seleccionó a una de las consultantes que fue vista durante la formación de postítulo en el proceso de pasantía clínica de adultos, las cuales se realizaron con estudiantes que solicitaban atención psicológica y pertenecían a la misma casa de estudios “Ucinf”.

El objetivo de seleccionar un caso, tiene la finalidad de mostrar aquellas temáticas que van emergiendo paso a paso durante todo el proceso terapéutico, así también, ver lo que ocurre a nivel relacional y cómo desde esta perspectiva se van transformando y modificando aquellos vínculos, posiciones desde donde se sitúan en el mundo, mecanismos de defensa que ayudan a afrontar o esquivar diferentes conflictivas, los obstáculos que pueden surgir durante el proceso y los elementos que promueven el éxito de la terapia.

La elección de este caso, se debe principalmente a la resiliencia que posee la consultante, además de ser un proceso en el que se logran visualizar las dificultades que surgen durante la terapia y cómo se logran superar los obstáculos para alcanzar los objetivos que se plantean en un primer momento.

### **6.1.- Objetivos terapéuticos:**

- Sobrellevar el duelo del término de su relación de pareja.
- Mayor confianza en sí misma.
- Desarrollo de habilidades sociales.
- Aumentar el nivel de concentración.

El método para el análisis de caso, se realiza a través de la exposición de viñetas clínicas, las cuáles logran enmarcar lo que se vivió en ese tiempo y espacio donde se realizaron las sesiones, lo que facilita además, el conocer los comportamientos reales de los consultantes (O´ Dell, Crafter, de Abreu, & Cline, 2012), de esta manera, se entrega una visión más amplia del caso, en donde los lectores pueden tener acceso al material necesario para lograr visualizar las conflictivas con las cuales llega la consultante, lo que emerge durante las

sesiones y la interacción paciente/terapeuta, teniendo en cuenta el marco intersubjetivo desde donde se sitúa la terapia.

Las viñetas son pequeñas reseñas acerca de un escenario, personaje ficticio o persona de la vida real, éstas son apropiadas para un estudio particular en la medida en que la selección de cuenta de las conflictivas (O` Dell, et al. 2012), en este caso; la historia de la paciente, los síntomas, el motivo de consulta explícito e implícito, mecanismos defensivos, gatillantes de la infancia que ahora son transformados en síntomas negativos para la consultante, el lugar desde donde se sitúa en el mundo, la emergencia de lo inconsciente y lo subconsciente, la dinámica familiar y los significados y resignificaciones que suceden durante la terapia.

Lo anterior puede visualizarse durante la exposición de las viñetas clínicas, las cuales facilitan el análisis del proceso terapéutico trayendo al presente aquellos detalles que proporcionan una nueva lectura del caso.

## **6.2.- Elección del caso**

Se eligió el caso de Florencia en el cual se presentan conflictivas de tipo relacional, académico y familiares.

El caso fue recibido al quinto mes hábil (descuento de vacaciones de verano) de iniciada la pasantía clínica. Para ese entonces, ya se habían atendido a dos pacientes, quienes desertaron de la terapia; uno de ellos por cambio de universidad mientras que la otra, por haber otorgado una tarea durante la segunda sesión (cuando aún no se había constituido el vínculo paciente/terapeuta - 4ta sesión).

Ya había iniciado el año académico y para ese entonces se estaban atendiendo a dos nuevos pacientes, cuando ingresa Florencia.

La elección del paciente no siempre es una tarea fácil, debido a que cada una de las problemáticas, conflictos o temáticas relacionales, siempre son importantes aportes para el desarrollo de la psicología clínica, aún más, teniendo en cuenta, que aunque puedan existir similitudes en los padecimientos, síntomas, pensamientos y/o sensaciones asociados a ellos, no se podrían generalizar los gatillantes, sino más bien, éstos se convierten en el puente de entrada a la vivencia subjetiva psíquica.

La elección de caso, claramente puede guardar relación con elementos transferenciales, los cuáles se activan desde la admiración por la capacidad de resiliencia de la paciente, pudiendo reconstruir y pensar un futuro luego de una historia atravesada por el dolor.

En base a lo anterior es que se redacta este caso de quien optó por llamarse Florencia, cabe destacar que este nombre lo establece luego del proceso terapéutico, y el significado que le atribuye deviene del proceso de una flor que se marchita y luego de la capacidad de florecer nuevamente.

### **6.3.- El Paso que marca la inserción al proceso**

Florencia tuvo una conversación con su directora de carrera debido a sus constantes ausencias y atrasos a la universidad, en cuanto ella le planteó a Florencia la posibilidad de asistir a una terapia, aceptó de inmediato, debido a que en ese momento no se encontraba emocionalmente bien por el término de su relación de pareja, motivo por el cual logró asistir a sesión.

El hecho de haber terminado con su pareja y el dolor que esto causaba a Florencia, fomentan la apertura y motivación para iniciar una terapia, lo que habla además de las oportunidades que generan las crisis, oportunidad que en este caso se ve reflejada en la búsqueda de alivio de aquel dolor y de otros que comienzan a aparecer durante el transcurso de la terapia, que al parecer terminan siendo el foco de reparación de Florencia.

La aceptación inmediata a esta propuesta, se puede deber a elementos transferenciales que actúan de manera inconsciente replicando y reviviendo en los nuevos vínculos aquellos sentimientos, deseos y/o expectativas del pasado, que generalmente están situados en las vivencias de la infancia. La transferencia se convierte además en un elemento importante dentro del proceso terapéutico, debido a que lo anterior, logra ser actuado en presencia del analista, resultado de la organización inconsciente del paciente (Sassenfeld, 2010).

### **6.4.- El primer contacto.**

El primer contacto siempre es crucial para la primera entrevista, debido a que la fantasía del terapeuta se interpone situándolo en un lugar desde donde intervendrá durante esta instancia, o predispone para un tipo de encuentro que en muchas oportunidades resulta no ser como se esperaba.

Muchas veces estas fantasías no se hacen reales, la imaginación del terapeuta la mayoría de las veces va más allá de la realidad de ese paciente y sería difícil que fuese de otro modo, debido a que es un contacto telefónico con alguien que hasta ese momento es un completo desconocido. Es posible que emerjan algunas ideas de cómo puede ser el paciente o incluso las posibles maneras de como resuelve sus conflictos.

La emergencia de estas ideas provienen desde el hecho que se construirá una relación con una persona que hasta ese momento no tiene voz, rostro, ni historia de vida.

Al realizar el contacto telefónico para acordar el primer encuentro, su voz parecía algo fuerte y cortante, lo que generaba el pre-juicio de que sería una paciente “difícil”.

En un principio se suelen generar ciertos rótulos con la finalidad de externalizar lo que de alguna manera puede ser angustiante para los terapeutas, en base a esto, se debe tener en cuenta que los pacientes difíciles no existen (Herrera, Fernández, Krause, Vilches, Valdés, Dagnino, 2009), más bien, o los terapeutas creemos que no tenemos las habilidades suficientes, quizás nos desviamos del foco de intervención o simplemente emergen conflictos en la relación terapeuta/paciente, los cuales si se logran visualizar, pueden incluso ser beneficiosos para las intervenciones mismas, mientras se sepa de donde provienen y lo que se está actuando.

Es común escuchar durante el proceso de formación académica que los conflictos pueden transformarse en oportunidades, sin embargo, no es hasta la práctica clínica que se logra ver aquella transformación y hacer de un obstáculo un elemento que potencie el éxito de una terapia.

### **6.5.- Los primeros encuentros**

El día que se acordó la primera sesión, pasaban los minutos y Florencia no aparecía, en ese momento un llamado no hubiese apresurado la llegada de la paciente y sólo hubiese dejado en evidencia la ansiedad de la terapeuta. Hay que considerar que el atraso a la primera sesión puede ser producto de una puesta en escena de las resistencias.

Al llegar se podía visualizar cierta distancia; Florencia se quitó lentamente los audífonos, saludó cortante y luego se sentó en el lugar que indicó la terapeuta, en ese momento una asociación que hubiese surgido es que venía cargando un saco de 100 kilos y al llegar a sesión solo se derrumbó en la silla, agotada, cerrada, sin querer más nada. En cambio si la pregunta fuese en este momento, la respuesta sería que venía con el mismo saco, cargando el mismo peso, sin embargo, llegó a descansar a sesión, a buscar un alivio, a sanar sus

heridas, con todas las energías puestas en ello y luchando con sus resistencias y defensas que en ese minuto estaban actuando.

Claramente el análisis en ese preciso instante era pesimista, lo anterior se debe a que la terapeuta estaba armada igual que la paciente, con muchas defensas que la protegieran de esa situación, sin embargo, esto no alcanzó a ser una batalla y luego de las primeras sesiones la terapeuta logró dejar las defensas que la distanciaron en un principio de Florencia, y a su vez, ella bajo las necesarias para lograr mirar y sanar, sin morir en el intento.

Bajo el pre-juicio de los pacientes difíciles, era posible pensar que la consultante desertaría pronto de la terapia, debido al desgano **que se le atribuía**, sin embargo, es probable que la terapeuta quisiera desertar antes de esa paciente.

Es importante tener en cuenta que la deserción sucede comúnmente en psicoterapia, según un estudio de la Universidad de Humanismo Cristiano, un 30.6% deserta porque se sienten bien, un 19.4% deserta por dificultades económicas, un 13.9% había tenido problemas laborales, y solo un 8.4% había abandonado el tratamiento por disconformidad con la terapia o el terapeuta. (Magaña & Torres, 2012).

Durante la primera media hora transcurrida se apreciaba cierto aplanamiento emocional, sin embargo, la segunda mitad comenzó con un llanto desbordado, el cual generó angustia y cansancio en la terapeuta, siendo evidente la contratransferencia, sin embargo, en ese momento se sentía negativa, y se hacía difícil mirarla y utilizarla como herramienta para el trabajo en sí.

Probablemente la inexperiencia a veces genera una sensación de no poder sostener al paciente y es posible que la angustia del propio terapeuta culmine con la necesidad de derivarlos a la atención psiquiátrica, en esos momentos es importante estar en proceso de supervisión debido a que nos puede llevar a tomar pasos equivocados como el querer callar la voz del síntoma, siendo por lo demás que el llanto puede ser en sí mismo un proceso aliviador para nuestros pacientes y si lo problematizamos probablemente hable más de la angustia del propio terapeuta que por una necesidad de nuestros consultantes.

El llanto de Florencia probablemente era producto de quitarse parte del saco que venía cargando, por lo demás, era mucho más adecuado o sano de lo que parecía, haciendo referencia de que Florencia era una paciente que generalmente se guardaba y resguardaba de aquellos sucesos que había vivido durante su vida. En una ocasión Florencia comentó que su familia conocía solo el 30% de su vida, que difícil debe ser el tener que ocultar un 70% de tu vida a las personas que constantemente están a tu lado en presencia física, ahora me pregunto cuán difícil sería el no haber llorado, y el no haber mostrado como se sentía en ese momento, cuando ese era el espacio que ella había elegido para liberarse.

El vaciarse durante las primeras sesiones probablemente fue lo más sano para ella, aunque para la terapeuta se tornaba cansador, por no lograr sostener los emergentes.

## VII.- EL MOTIVO DEL PRIMER PASO...

### **7.1.- Motivo explícito**

El motivo principal de la consulta estaba abocado en la ruptura de su relación de pareja, se sentía desconsolada debido a que sabía que su relación no volvería a tener un nuevo comienzo y él, era la única persona en la que hasta ese momento había depositado su confianza, no solamente contando el relato de su historia de vida, si no que a su vez mostrando aquella emoción que le era tan difícil evidenciar ante el resto; la tristeza.

#### **7.1.1.- Viñeta Clínica: “La angustia del acto de llorar”.**

*T: (...) Veo que te pones nerviosa cuando lloras y que te intentas esconder... ¿qué pasa con el llorar frente al resto?*

*P: Es que me cuesta llorar, y que me vean llorar... (Silencio)*

*T: Y ¿será por el hecho de mostrar que eres fuerte?*

*P: Yo creo, es que, es como que me vean como pobrecita es como que me tengan pena o lástima.*

*T: y ¿alguna vez te has sentido en ese lugar? ¿que te tengan pena o lástima?*

*P: No, porque nunca he mostrado como la pena que tengo o como que, o sea es que tengo mis bajones y todo, pero siempre son a solas porque cuando estoy con otra gente estoy bien y me rio y todo.*

*T: Ok, Florencia... pero quiero que sepas que aquí no solo puedes reír, también puedes llorar y no por eso te veré como alguien débil, sino como alguien que así como ríe, también sufre y como sufre también puede reír.*

*P: Si lo sé, pero es que no me gusta (llora).*

Si bien las palabras de la terapeuta implicaban una apertura a expresar la tristeza, también estaba sumida en la angustia que le provocaba el llanto de Florencia, probablemente es de esto de lo que la paciente intentaba escapar y quizás es esto lo que no quería provocar en el

resto. Si en ese momento ella hubiese percibido la angustia de la terapeuta, es probable que se hubiese convencido aún más que su ex era el único con quien podía expresar realmente sus emociones y probablemente hubiese desertado de la terapia.

La única persona que hasta ese momento la había contenido de una manera adecuada para ella, era Esteban y es por esta razón que le causaba tanto dolor su partida.

En un intento desesperado, aún después de la ruptura de su relación, Florencia continuaba contándole aquellos detalles que ante el resto quería ocultar, mientras que él, al ver que Florencia le abría las puertas de su vida, se sentía con el derecho de inmiscuirse en ella.

### **7.1.2.- Viñeta Clínica: “El acto de Abrir la puerta sin permitir la entrada”.**

#### **¿Ambivalencia o deseo de ser sostenida como antes?**

*P: (...) Ahora último... el otro día estaba hablando con mi ex, es que todavía tenemos contacto. Hace como tres semanas que no habíamos hablado y él, el lunes me empezó a hablar y, mm bueno, esta situación que tuve con la profe se la comenté a él, y él también sabe que estoy viniendo al psicólogo y **lo sabe todo**. Yo no le he dicho a nadie que estoy viniendo al psicólogo... entonces él fue, llamó a mi prima diciéndole que yo estaba yendo al psicólogo... que me apoyara y puras cosas así...*

*T: Ok, Y... ¿qué te pasa con eso?*

*P: Me sentí mal, porque se supone que si yo ya le conté mis cosas, es para que se quede callado y es como que, que destruye la confianza que le tenía (llora).*

*T: Pero parece que la confianza ¿ya estaba destruida?*

*P: m... No, no destruida, yo igual lo puedo tener como mi amigo, eso no había cambiado (quiebre en la voz).*

*T: Ok, o sea que ahora cambió... y ¿qué pasó con tu prima después del comentario?*

*P: como que me llamó al tiro preguntándome si era verdad y todo... yo le dije que sí, pero que era más como... por el tema de que no me iba bien, de repente no me iba bien por temas vocacionales y cosas así...*

*(...)*

*T: Con respecto a lo que comentaste de él... con la confianza rota, se rompió también la relación de amistad?*

*P: sí... es que tampoco éramos amigos, me molesté con él y traté de cortar la comunicación y le dije como que no se preocupara más por mi... y me decía que no, que yo era importante para él y todo. Yo le decía que yo no quería ser importante para él y que no me tuviera pena (llora), y aun así me seguía hablando, y me seguía hablando, y me seguía hablando.*

En este último relato se puede ver aún más la ambivalencia, en un acto de ser reconocida por Esteban desde el lugar de la tristeza y el dolor, ella le comenta que está asistiendo a psicoterapia, sin embargo, después que él le demuestra su preocupación a Florencia, ella le comenta que no quiere ser importante para él, con el afán de que el no siga introduciéndose en su vida, sin embargo, ella es quien deja abierta esa puerta.

A pesar de lo anterior este mismo suceso también puede tener una segunda lectura debido a que contarle a Esteban es una forma de intentar seguir siendo sostenida por él, sin embargo, se da cuenta que ahora él delega la responsabilidad de contenerla a una tercera persona (su prima) y quizás es esta la razón por la que en ese momento ya no quería seguir siendo importante para él, porque se da cuenta que él responde de una forma distinta a sus necesidades, ya no se hace cargo.

Es importante mencionar y recordar que en un principio la terapeuta al sentirse angustiada, también intenta delegar la responsabilidad a un tercero, desde ahí se puede comprender en mayor medida el tipo de vínculo que se estaba formando, Esteban delega la responsabilidad a alguien que en ese momento posee un mayor poder afectivo en la vida de Florencia, mientras la terapeuta delega a una persona que tiene un mayor poder en términos de estatus y una mayor connotación social en cuanto al área de salud mental.

## VIII.- LA BASE DEL DOLOR

### **8.1.- Motivo implícito**

Lo que el paciente muchas veces trae consigo a sesión como motivo por el que consulta, no es más que el primer paso para tratar el motivo de consulta latente, el cual es la base del dolor, sin embargo, no debemos dejar de prestarle atención al motivo de consulta explícito, debido a que es por ello que el paciente llega a consultar y es ahí, en donde deposita la necesidad de trabajar terapéuticamente.

Debemos ver tanto el trasfondo como lo que nos muestra, porque ese es su grito (motivo de consulta explícito) y nuestro trabajo recae en ver aquello que se está gritando, el motivo de consulta implícito (Martínez, 2006).

#### **8.1.1.- Viñeta Clínica: “Lo reprimido, el escudo que permite vivir”.**

*P: (...) Es que yo tengo como lagunas mentales de mi infancia, es como que, como que hubiera borrado la mitad de mi niñez y es lo que me pasa ahora en clases, como que sé las cosas pero se me olvidan, siempre se me olvida todo.*

*T: ¿pero no recuerdas nada de tu infancia?, ¿Algo del colegio, entorno familiar o algo?*

*P: m... No, nada, se me borró todo, por más que intento acordarme no puedo, como que la mitad de mi infancia se borró, es como, no sé, pero el colegio y todo, tampoco me acuerdo.*

*T: y ¿hay algo que creas que haya provocado que borraras la mitad de lo que viviste en ese entonces?*

*P: Sí, es que lo que pasa (llora/ Silencio) es que mi primo abusó de mi (llora) y fue... como desde que tenía 8 años, de ahí que no me acuerdo de nada (llora)... todo se me borró, no sé ni del colegio...*

*T: Y ¿ocurrió algo con tu primo? ¿Alguien se enteró?*

*P: No, es que no quiero que nadie se entere, porque no sé lo que pasaría en mi familia, yo creo que como que todo se caería, destruiría todo y ahora ellos están bien, entonces como que no se puede hablar de eso...*

*T: Debe ser muy difícil llevar por tanto tiempo oculto ese abuso...*

*P: (cambia la tonalidad afectiva, de la tristeza a la rabia) Es que lo traté de bloquear lo más posible, pero es que trato de no recordarlo y todo, cuando me acuerdo igual me da pena y me da rabia y todo, pero trato de mantenerlo escondido.*

*T: ¿Escondido para ti?*

*P: si, es que si tengo algún recuerdo como que me pongo a hacer otra cosa y todo, entonces se me olvida.*

*T: Pero si mal no entiendo, es como que... ¿borraste toda tu niñez pero el abuso igual lo recuerdas?*

*P: Es que no es que lo recuerde, no me acuerdo de ahí para adelante, sólo la primera vez, porque mi hermana había salido a jugar y todo, y él nos estaba cuidando, entonces me llevó a la pieza y me tiró a la cama y entonces me violó... y ahí no recuerdo más, es como que ahí borré todo y no me acuerdo tampoco las otras veces, sólo de cuando dejó de hacerlo.*

*T: Ok... y ¿a qué edad dejó de hacerlo?*

*P: Fue cuando tenía como 14, es que fui a quedarme a su casa porque yo había salido (llora), entonces mi tía me dijo que durmiera en su pieza y todo, y yo me acosté dada vuelta como a sus pies (llora), entonces como al otro lado, y desperté, y él me estaba tocando los senos y él estaba como a mí mismo lado, entonces yo como que me hice la que seguía durmiendo y todo y le empecé a pegar patadas hasta que paró.*

Se logra visualizar que aunque no es el motivo por el que llega a sesión, el abuso ha sido la base del dolor, debido a que si bien, actuaba el mecanismo defensivo de la represión, manteniendo aquellos recuerdos del hecho conflictivo (el abuso) fuera del consciente para que fuesen soportables (Kotsías, 2006), aun se replicaban las huellas de esta herida en otras

situaciones de su vida (lo cual Florencia conecta directamente con el abuso) y la represión misma, emerge ahora no tan sólo como un ente protector, si no como algo que está mermando su capacidad de retener las clases. Así también, genera otras dificultades que se analizarán detalladamente más adelante, como lo es el sentimiento de culpa, que no tan solo se sitúa en la misma relación abusiva, si no que a su vez afectaba también su manera de vestir y las formas de relacionarse.

## **IX.-El abuso sexual**

### **9.1.- Datos relevantes**

El abuso sexual supone una relación asimétrica en la cual uno de los participantes tiene más poder y ocupa un rol activo en la transgresión del otro, mientras que el segundo se encuentra en una posición pasiva en la cual recepta de forma involuntaria, debido a la imposición de aquel que tiene el poder. (Navarro 1998. citado por Quirós, 2006). El niño no puede defenderse ante un adulto debido a que no cuenta con los recursos físicos y/o psicológicos para detener la agresión.

En Chile se producirían 30.000 agresiones sexuales al año (Abarza, 2000. Citado por Quirós, 2006) siendo la mayor parte de los casos aquellos que ocurren al interior de la familia y con la existencia de un vínculo entre el agresor y la víctima. Además 7 de cada 10 casos de violencia sexual no serían denunciados. (www.policia.cl, 2008).

En este caso el agresor formaba parte de la familia, por lo que ya existía un vínculo con el núcleo familiar y con Florencia, además de esto, gran parte del tiempo él tenía el cuidado de ambas niñas, lo que lo situaba en una relación asimétrica en la cual él era quien tenía el poder.

Probablemente en ese momento a Florencia le fue difícil otorgar un significado a la experiencia vivida (Piagnatiello, 2006), siendo por lo demás una escena cargada de elementos contradictorios y doble vinculantes<sup>1</sup>, debido a que quien debía cuidar y con quien se había establecido un vínculo afectivo, ahora se transformaba en quien agredía y dañaba.

El pasar de ser cuidada a cuidarse del cuidador, claramente trae consigo una carga emocional y psíquica difícil de llevar, si no se tienen los cuidados y protección necesarios para lograr reeditarlos, ante esto, es esperable que el mejor escudo para ella en ese momento haya sido olvidar y así bloquear aquello que la podía dañar aún más, quizás por la misma razón no comentó lo que había o estaba viviendo, porque al hacerlo, hubiese revivido aquel hecho que ella quería borrar de su memoria.

---

<sup>1</sup> La doble vinculación es una comunicación en cual una demanda manifiesta en un nivel, es solapadamente anulada o contradicha en otro nivel, emitiéndose entonces dos mensajes incompatibles entre sí, ambiguos. (Soria, 2007).

A pesar de lo anterior, ahora lo trae a sesión, posiblemente con la intención de mostrar aquello que la estaba oprimiendo y que de alguna manera interfería en sus relaciones de pareja actuales. Probablemente solo quería mostrar aquella vivencia dolorosa de su vida, sin tener que tocar aquellos detalles que tal vez, la hacían revivir el abuso. Entonces se vuelve comprensible que **cambie su tonalidad afectiva de la tristeza a la rabia:**

*T: Debe ser muy difícil llevar por tanto tiempo oculto ese abuso...*

*P: (cambia el tono, de la tristeza a la rabia) Es que lo traté de bloquear lo más posible, pero es que trato de no recordarlo y todo, cuando me acuerdo igual me da pena y me da rabia y todo, pero trato de mantenerlo escondido.*

Claramente Florencia expresa su molestia ante la acción intrusiva de la terapeuta de remover aquellos detalles que necesitaban seguir a la sombra en esos momentos, y es el claro ejemplo de lo que no se debe hacer en sesión. La angustia del terapeuta no puede sobrepasar los límites del otro, porque al hacerlo, también se puede establecer un vínculo abusivo y asimétrico que si no cambia, puede victimizar aún más a nuestros pacientes volviéndose iatrogénica y no terapéutica.

## X.-CUARTA SESIÓN

### **10.1“Desde un vínculo dañino...”**

El vínculo terapéutico es un proceso relacional co-creado entre dos subjetividades (paciente/terapeuta) el cual progresa entre expresiones afectivas implícitas o explícitas, es un proceso de construcción y de fluctuaciones constantes (Molina, Ben-Dov, Diez, Farrán, Rapaport, Tomicic, 2013). El vínculo estaría creado en la cuarta sesión, sin embargo, este proceso dependería de cómo se establece la relación y los tiempos tanto del paciente como del terapeuta.

En este caso particular, el vínculo se estableció en la cuarta sesión, sin embargo, se había creado desde un lugar que podía ser dañino, debido a que los niveles de angustia e inexperiencia forjaron un apego a la técnica de intervención, más que la focalización en aquellos aspectos que Florencia había traído tanto en la cuarta sesión como en las anteriores.

En base a que la paciente comentaba no reconocerse a sí misma en ese cuerpo, se utilizó la “técnica del espejo” la cuál en ese entonces, la terapeuta pensó que podría ser beneficiosa para que Florencia lograra encontrarse consigo misma y así facilitar la aceptación física, sin embargo, resulta difícil que se genere esta conexión con lo corpóreo sin que sea negativo, siendo que éste fue el medio a través del cual se produjo el daño en su infancia.

Es por las razones anteriores que es importante darnos cuenta cuando somos nosotros quienes nos encontramos angustiados con ese otro y cuando la técnica no es más que una forma de buscar un alivio rápido, quitando a nuestros pacientes la posibilidad y oportunidad de emerger en sesión a sus tiempos y a su manera, probablemente quien se debería mirar en aquel espejo sea el propio terapeuta y a través del reflejo, lograr ver aquella angustia, que sólo le pertenece a él y así, tener la posibilidad de frenar aquellas proyecciones que se encuentran actuando.

**10.2.- Viñeta clínica: “Cuando la búsqueda de la cura se transforma en la enfermedad”.**

(Minuto 18).

T: ... ¿Qué ves en ese espejo?

P: (silencio/llora) es que siento no sé... cómo que mi rostro, cuando lo miro fijo, como que mi rostro quiere cambiar a otro (silencio) como si fuera a cambiar...

T: Ok... ¿Cambiar a qué rostro?

P: (Voz quebrada) es que no sé, pero no me gusta... por eso es que no me gusta verme en los espejos... no me siento yo (llora), es como que se quiere cambiar a otro.

T: ok... vamos a dejar de lado el espejo...

(...) **Al final de la sesión**

(Minuto 43)

P: ¿Sabe? siempre me pasa algo extraño... con el otro psicólogo también, siento que cuando me hablan, como cuando me hablan mucho, siento que mis piernas se quieren... no sé, cómo que se quieren cambiar de lugar, como si una (hace el gesto) se quisiera pasar a la otra... eso siempre me da miedo, siento que mi cuerpo se pone extraño...

T: Ok (silencio)... quizás sería bueno que yo hablara menos...

P: No, es que no se trata de eso, es que es la sensación solamente, pero no es como que quiera que, hablar más yo que usted, es que siempre me pasa lo mismo, esa sensación de las piernas que quieren cambiarse al otro lugar.

T: Pero también podríamos probar... (Haciendo referencia a hablar menos).

Claramente la técnica fue tremendamente violenta, probablemente se estaba actuando el mismo tipo de relación que ella tenía con su agresor, en la cual, el poder sobre la paciente recaía en el rol como terapeuta, y ella a su vez sólo aceptó lo que se le impuso.

Se estaba construyendo un vínculo dañino que evidentemente caía en lo iatrogénico y la paciente logró advertirlo, simbolizándolo en una transmutación del cuerpo, probablemente si se hubiese continuado con ese tipo de intervenciones, Florencia hubiese llegado a una metamorfosis, quizás volviendo a ser aquella niña dañada, víctima del abuso.

Posterior a esto y con la supervisión de caso, fue posible visualizar lo que estaba ocurriendo, se había hecho parte del proceso la contratransferencia y la terapeuta no había logrado ver que detrás de la angustia se ocultaba la rabia, disfrazada con la finalidad de no ser descubierta. ¿De dónde emergía esta rabia? es la primera pregunta que debe hacerse un terapeuta cuando aparece la contratransferencia como obstáculo, encontrar de donde emerge para lograr visualizarla y darse cuenta que lo que está aconteciendo en terapia, le pertenece a él y no al paciente.

Por lo anterior, es de real importancia el comenzar los propios procesos psicoterapéuticos antes de trabajar como psicólogos clínicos y así, lograr utilizar las contratransferencias a favor de la terapia sin transformarse en un elemento que imposibilite la sanación del otro.

Es trascendental que logremos mirar cuál es el vínculo que se está estableciendo con los consultantes, desde donde se está creando y cuál es la fuerza principal que lo moviliza. El establecer un vínculo desde la empatía y reconociendo al otro como un otro, es lo que facilita las modificaciones y potencia el motor sanador.

## **XI.- TRANSPARENTANDO EL VÍNCULO.**

### **11.1“Hablar de la relación psicoterapéutica”.**

Después de lo acontecido durante la cuarta sesión, era necesario mostrar lo que había sucedido la sesión anterior, ya que si bien, se logra ver claramente que hay una interpelación al terapeuta, aun así esta pudo haber sido una respuesta inconsciente, por lo que se hace necesario transparentar lo que sucedía a nivel relacional y de alguna manera, tener la oportunidad de enmendar el daño haciendo a Florencia partícipe de la misma reparación.

De ésta forma promover un rol protagónico en ella, además de mostrar que pueden existir nuevas relaciones con un vínculo más sano y en el que ella también es merecedora de respeto y de una reparación, sin ser siempre quien recibe el daño.

#### **11.1.2. - Viñeta clínica: “visibilizando el accionar no-terapéutico”**

(...)

Minuto 32.

T: Florencia, yo quería pedirte disculpas por la sesión pasada, porque creo que de alguna forma te agredí al ocupar el espejo...

P: Pero... ¿cómo así?

T: Es que... a ti no te gusta mirarte al espejo y creo que fue muy violento justamente el mostrarte el espejo, es como que te pusiera en juego con tu rival o algo así...

(...)

(Minuto 46)

T: Es que a veces también hay agresiones que no se ven concretamente, por lo mismo me gustaría tener la oportunidad de enmendar el daño contigo y te invito también a que me digas cuando algo crees que no está bien, o cuando hay algo que no te gusta o no te parece de la terapia porque, yo también me equivoco...

Si bien, esto surge a raíz de un error en psicoterapia, terminó convirtiéndose en una oportunidad para que hubiese una mayor apertura de Florencia y una mayor recepción por parte del terapeuta, lo anterior representa aquella oportunidad que trae consigo una crisis porque de haber seguido en la homeostasis anterior, probablemente la psicoterapia hubiese fracasado.

## **XII.- EL COMIENZO DE LA PSICOTERAPIA.**

### **12.1 “Comenzando a caminar”**

Parte de lo terapéutico, fue permitir la entrada de los silencios los cuales implicaban una mayor profundización, siendo además una invitación a la apertura.

Los silencios pueden ser el motor para llegar a esa puerta de la vida que a veces se encuentra con más de una llave y aunque no existan palabras, la persona sigue comunicando y asociando libremente a través de sus pensamientos, logrando así conectar sucesos e ideas que permiten dar un paso más hacia adelante y así lograr un mayor acercamiento a aquello que se encuentra resguardado por las represiones (Rivera, 2010).

En el intervalo silente entre dos palabras, en ese silencio ¿de muerte?, en que lo inconsciente se abre para volver a cerrarse inmediatamente, en que el acto psicoanalítico se realiza y sorprende, el sujeto, que ya está allí, que nunca dejó de estar, grita algo de la verdad de su deseo que entienda sus raíces en un ombligo inaccesible, en un real inescrutable. Grito que se prolonga y se hunde en el silencio, que lo hiende, que se confunde con él, que lo recrea, que sorprende, y que aterroriza, angustia o alivia. (Vallespir, 2000, p.134).

Muchas veces los silencios resultan angustiantes en sí mismos, sin embargo, cuando el terapeuta logra mantener la calma y resulta no ser incómodo para él mismo, puede volverse un silencio muy contenedor.

El posibilitar aquel espacio a Florencia y hacerse partícipe cada vez que ella así lo solicitaba, posibilitó una mayor apertura de la paciente, entonces la terapeuta intervenía cuando se evidenciaban algunos niveles de angustia que la paciente hace presente con frases como “y eso...” si bien es cierto, cuando la angustia emerge en el silencio, cuando al paciente le es difícil mirar más allá, es donde se encuentra aquello reprimido y aquello que

necesita ser trabajado, en este caso el intervenir cuando la paciente lo solicitaba, contribuía a que ella sintiera que podía tener parte de las riendas de su propio proceso y establecer sus propios límites en la relación psicoterapéutica.

### **12.2- Viñeta clínica: “Abriendo espacios”**

**(Minuto 7)**

*P: De repente siento que no soy bonita... (Silencio 19 seg.) Es como en general... (Silencio 40 seg) es que soy gorda, tengo las piernas gordas oh... hay ropa que me gusta y en mí no se ve bien (llora)... (Silencio 38 seg) no sé, es que no sé, no me siento cómoda con mi cuerpo (llora) cuando conozco gente ha sido porque he estado más delgada (quiebre en la voz) es que no sé, soy muy pechugona (silencio 31 seg), no me gusta ser tan pechugona porque tengo que andar siempre tapándome (llora), de repente hace calor y yo tengo que andar tapada, porque si no, no sé los viejos te miran y me da asco, no puedo andar ni con polera (llora/ silencio 32 seg.) y eso... no estoy cómoda con mi cuerpo (quiebre en la voz).*

*T: Ok... (8 segundos) siento que hay mucha culpa por lo que otros hacen, o sea, si tienes calor en vez de andar con algo cómodo para ti, te ocultas, como si fuera tu culpa que alguien mayor te mire con otros ojos...*

Se logra apreciar que permitir la entrada del silencio posibilita aquella conexión con lo que se encuentra implícito “*tengo que andar tapada, porque si no, no sé los viejos te miran*” en esta frase se puede evidenciar el sentimiento de culpa de ser objeto de deseo de un otro y posterior a escuchar estas revelaciones comunica que ha terminado de hablar (“y eso...”) probablemente el haber continuado en silencio hubiese posibilitado una mayor apertura, sin embargo, también se intenta que Florencia establezca sus propios límites en la relación psicoterapéutica y así que se fuese situando en un rol más protagónico.

Además de lo anterior, gracias a los silencios Florencia logra una conexión con aquello que era más difícil que emergiera (lo que involucra el abuso sexual), de ésta forma también se logra otorgar sentido a la experiencia vivida.

Debemos tener cuidado cuando avanzamos en dirección a establecer una relación horizontal con nuestros pacientes y no perder el foco durante el camino, debido a que podríamos terminar en el otro polo, estableciendo nuevamente una relación vertical en la que el paciente posea el absoluto control de la terapia, y por ende se puede transformar en una relación no-terapéutica.

La terapia es como un baile en que dos personas interactúan en son de un mismo ritmo, a veces uno puede direccionar más que el otro, pero posteriormente el otro también puede tomar aquel lugar, sin embargo, cuando otro guía todos los movimientos y tú solo te dejas llevar, entonces haz dejado de bailar.

### XIII. ABUSO SEXUAL Y SENTIMIENTO DE CULPA

#### 13.1.- “Lo que cierra aún más la situación abusiva”

Generalmente el abuso sexual conlleva un sentimiento de culpa en la persona que lo vivencia, lo que hace que sea difícil situarse en el lugar de víctima porque de alguna manera se piensa culpable por no haber detenido la situación abusiva.

Lo que ayuda a superar el abuso es comenzar a visualizarse como víctima y reconocer como victimario a ese otro ejecutor del abuso, externalizando la culpa a quien realmente le pertenece. “Reconocerse como víctima en el allá y entonces, es fundamental en el proceso de superar la culpa respecto del abuso. Es un aspecto central que facilita reconocerlo como tal y permite la legitimación del sufrimiento vivido” (Llanos & Sinclair, 2001, p.54).

En la viñeta clínica anterior, se logra visualizar claramente que la culpa seguía instaurada en la paciente, el hecho de ser deseada por un otro (otro mayor en edad), implicaba en ella un sentimiento de culpa que emergía cada vez que alguien observaba sus senos, entonces ella pasaba a ser culpable de no haberse cubierto. Se hace evidente que la responsabilidad de dicha acción recae en aquella persona que la ejecuta, sin embargo, Florencia se había visualizado culpable durante estos doce años de iniciado el abuso sexual, y es posible que estas situaciones la hicieran situarse nuevamente en aquel lugar de la relación abusiva, en donde ella era culpable por no haberla frenado, por ende se puede entender que comenzara a ocultar partes del cuerpo que pudiesen generar en el otro un accionar que vislumbrara una dinámica similar a la del abuso, agregando además que es una escena que posee un alto contenido sexual.

Es importante también, tener en cuenta que existe ambivalencia<sup>2</sup> entre el deseo de estar más descubierta (deseo de ser observada) y a la vez sentir rechazo por ésta acción. Florencia plantea por un lado la necesidad de sentirse deseada *“de repente siento que no soy bonita... (Silencio 19 seg.) Es como en general... (Silencio 40 seg) es que soy gorda,*

---

<sup>2</sup> **Ambivalencia:** Presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorias (Bleuler, 1961. En Novella & Huertas, 2010).

*tengo las piernas gordas oh... hay ropa que me gusta y en mí no se ve bien (llora)..."*

mientras que a su vez el sentirse deseada provoca la conexión con aquello que la puede dañar (abuso) por ende, esto se puede convertir en una situación excitante pero a la vez persecutoria (Bleichmar, 2005. en Diaz & Cruzat, 2007). Generalmente la ambivalencia estaría presente en los casos de abuso sexual. Según Summit (1983, en Butta, 2011) el abuso sexual traería consigo el sentirse elegido por el adulto (situándose en un lugar importante) y el sentimiento de culpa devendría por el placer de haber sido escogido, además del placer libidinal que pudiese haber sentido durante el abuso.

El situarse en un lugar importante para el abusador, provocaría que se mantuviera el narcisismo primario (situado en la infancia) en el cual según Freud (1914, en Martínez, 2012) la energía de la libido estaría dirigida al propio cuerpo, lo que se produce debido a que en la infancia existiría una indiferenciación con una dependencia absoluta a lo materno, lo cual también podría hacerse extensivo al otro paterno, Esta energía generaría placer al convertirse en protagonista de la vida de sus padres.

En la situación abusiva, el transformarse en un objeto deseante y libidinizado potenciaría el narcisismo primario, debido a que pasa a ser el objeto principal en la vida del otro.

Lo anterior genera entonces un sentimiento de omnipotencia por haber sido el objeto escogido por el abusador, lo que puede dar lugar a un estancamiento en el proceso de investir libidinalmente objetos externos, y como consecuencia, se podría producir una acumulación de la energía libidinal en el yo, que puede llegar a convertirse en patógena (Martínez, 2012).

## **13.2.- Vínculos abusivos**

### *13.2.1.- “Repetición desde diferentes lugares”*

Florencia aún continuaba viendo a su primo, sin embargo, esta situación no era por voluntad propia, si no por un mandato de su madre (A quien llamaremos Aurora). Es importante ver como se seguía replicando el tipo de interacción abusiva en las diferentes relaciones que la paciente establecía, me parece importante además señalar, como emerge por mi parte al escribir acerca de esto, llamar a Florencia como paciente, situándola como un sujeto pasivo en relación a un otro, mientras que al escribir acerca de otras situaciones la nombro como Florencia (nombre ficticio).

### **13.2.2 Relación con la Madre:**

Según el relato de Florencia, Aurora es una madre intrusiva, a tal punto que registraba cada cajón de su hija para ver si encontraba algo nuevo. Florencia decía estar acostumbrada a esta situación aun cuando le causaba molestia, a pesar de sus sentimientos no podía comunicarlo debido a que ésta acción podría volverse en su contra, terminando la madre aún más enfadada que ella.

Tanto la madre como su hermana mostraban el mismo tipo de relación con ella, por un lado su madre intentando averiguar todo lo que hacía Florencia, mientras que por otro lado su hermana estaba pendiente de todo lo que publicaba en sus redes sociales. Además era común que registraran el celular de Florencia y escucharan las conversaciones que mantenía a través del teléfono de casa (línea común).

Al parecer Florencia no sólo había sido objeto de su primo y de su terapeuta, si no que en todas sus relaciones pasaba a ocupar éste lugar, en el que los demás, eran los actores principales de su propia vida y ella quedaba excluida de tomar sus propias decisiones, aun cuando la afectaban directamente.

Florencia relata que la relación siempre fue así, sin embargo, comenzaron a ser más intrusivas en el momento que se enteraron que tenía una relación con otra mujer (durante su adolescencia), en ese momento, su padre, quien nunca estuvo presente afectivamente, se hace presente violentándola verbalmente, mientras que su madre ocupó un rol de espectadora, haciéndose cómplice de esta situación y posteriormente validándola y agrediendo físicamente a Florencia con golpes de puño y pies.

Posterior al hecho, Florencia tuvo que permanecer encerrada en su habitación, teniendo la prohibición de juntarse con amigas. Cada vez que salía del colegio debía llegar inmediatamente a su casa, debido a que cualquier retraso lo asociaban a que nuevamente se estaba involucrando con la chica, por lo cual, se convertía en motivo de discusión.

Debido a las restricciones, Florencia dejó de ver a la chica, sin embargo, un par de años después y durante el tiempo de las sesiones, comenzó a interactuar a través de Facebook con una de las amigas que ambas tenían en común.

La hermana de Florencia, quien le revisaba el celular constantemente, se dio cuenta que nuevamente se estaba comunicando con una persona cercana a la chica con quien había tenido una relación, por lo que alerta a la madre acerca de lo que estaba sucediendo y nuevamente se produce una discusión.

En ese tiempo las sesiones se habían cambiado para el día sábado en horas de la tarde, debido a que sus horarios de clases en segundo semestre interferían con las sesiones de la semana.

En la sesión 19, Florencia se atrasó, situación que parecía extraña debido a que hace tiempo había dejado de hacerse esperar. Por lo que era inusual que llegara tarde a una sesión. El reloj ya marcaba cerca de 20 minutos y la terapeuta había comenzado a impacientarse... de pronto aparece llorando desbordadamente con sus ojos hinchados los cuales delataban que había comenzado a llorar hace un largo tiempo, la razón; su madre la había increpado debido a que creía que venía a juntarse con la amiga mencionada

anteriormente, después de toda la discusión era sorprendente que aún ante la negativa de su madre, ella decidiera llegar a sesión, con todo lo que implicó y lo que podía implicar posteriormente y que aún después de lo que le decía su madre, ella no comentó que estaba asistiendo a terapia.

Es posible que su madre no se equivocara del todo, ya que, quizás Florencia estaba reactualizando la relación que había tenido con la chica, siendo ahora la terapeuta quien ocupaba aquel lugar simbólico, y tal vez, sea la razón por la cual ocultaba venir a terapia, el comentarlo podía significar para Florencia un nuevo encierro, imposibilitándola de asistir a sesión, mientras que el llegar, aún después de lo ocurrido, puede simbolizar la salida de aquel rol pasivo que había ocupado en ese entonces.

Es posible además que a raíz de esta fantasía, se haya establecido nuevamente la interacción con aquella persona que era cercana tanto a Florencia, como a su ex novia, debido a que era la única que había validado su relación en ese tiempo, entonces el acercamiento se convierte en una nueva búsqueda de aprobación.

### **13.2.3.- Viñeta Clínica: “aparición del abuso en distintas formas”**

**(30 segundos después de iniciada la sesión)**

*T: ¿Quieres contarme lo que ocurrió?*

*P: (llora/ 11 seg de silencio) es que donde venía para acá por no decirle a mi mamá que venía para acá, le dije a mi mamá que iba a salir con unas amigas, entonces creyó que me iba a juntar con la Isidora (nombre ficticio), y me empezó a decir; no me gusta esa amiga, no me gusta... y que aquí y que allá y piensa no sé, que por ciertas personas, que yo voy a volver a andar con esa niña con la que anduve... entonces, yo le respondí pesada también (llora) ¡porque ya estoy chata que se metan en todo! y después, mi hermana me dice ya te estay pasando Florencia y... lo que creen es que... porque, creen que por juntarme con la Isidora, creen que también voy a juntarme con la otra niña ... eso.*

*T: al parecer el tema de la homosexualidad aún es como un fantasma que ronda a tu familia...*

*P: Si, yo creo que sí, la verdad si volviera a eso... yo creo que otra vez me encerrarían (quiebre en la voz) y esperarían como que se me pase, ellos lo ven como si fuera una enfermedad... (silencio 7 seg).*

*T: ok... una enfermedad que al parecer necesitaría cuarentena para curarla.*

*P: (Voz quebrada) sí, estoy chata de eso, ya encuentro como que ya no quiero estar ahí en la casa, no sé, salir de ahí, cualquier cosa, pero como que ya, ya no quiero estar ahí (silencio 6 seg) me da rabia porque, (llorando) es que ¡no les basta! así como con todo lo que ya pasó que me... me mantuvieron encerrada en la casa, que mi papá me haya dicho todas estas cosas y que más encima mi mamá ni siquiera me haya defendido, que después mi mamá me haya pegado (silencio 5 seg) eh... después de eso, que me, que empezó a llorar por mi papá, que, por qué no me acercaba a él, y yo le dije que después de todas las cosas que me dijo y... me dijo; pero yo también te dije cosas y yo te pegué y toda la cuestión... entonces ¿Qué quiere? Que también la dejara de hablar a ella y que... (silencio 4 seg) y como que todas estas cosas, cuando pasan estas cosas como que me dan, me dan pena y me dan ganas de mandar, mandar todo a la cresta... (Silencio 16 seg) me gustaría que se dejaran de meter en mi vida, además si supieran que vengo para acá, que ni siquiera me voy a juntar con la Isidora... (llora/ 7 minutos de silencio) pero tampoco les puedo decir, y por eso tengo que soportar que me digan cosas que al final ni siquiera me merezco (voz quebrada/ silencio 3 seg), y esas palabras que me dijo también (llora)...*

*T: y... ¿Quieres contarme qué palabras?*

*P: si (llora/8 seg) es que me dijo (llora), me dijo que como era así... y que si había sido así (llora/ 4 seg), que si era así porque me había pasado algo cuando chica (llora), como que si era así porque alguien me había abusado (llora), entonces, yo tenía la culpa (llora)*

*porque yo no les había contado (llora/silencio 10 seg), entonces es que, como que yo no les había contado, entonces yo tengo la culpa (llora/ silencio 7 seg), pero ellos ni siquiera me conocen, yo en realidad en la casa no tengo a nadie, ni siquiera con mi hermana puedo contar (voz quebrada) entonces ¿cómo quieren que les cuente lo que me pasó? si ellos tampoco me han dado confianza (llora), de hecho es que ni lo que conocen de mí, es, es porque lo han buscado, ni siquiera porque les he dicho (llora/ 9 seg), tampoco les puedo contar que vengo al psicólogo para que sepan que no me voy a juntar con la Isidora.*

*T: y ¿Qué impide que les cuentes? ¿La confianza?*

*P: Si... es que no, es que empezarán de nuevo mucho... o sea, es que empezarán a preguntar por qué (silencio 5 seg) y el por qué, ya después de tanto tiempo eh... yo ya tampoco quiero hablarlo (silencio 3 seg) y es por todo, por todo, porque yo sé que (respira agitada) eh... por todo lo que viniera es un problema (silencio 2 seg) es como, como mi hermana, ella cree que yo vengo al psicólogo solamente porque después de mi término con Esteban quedé mal... y entonces ¿qué pasó? le agarró mala al Esteban (2 seg) emm si mi mamá yo creo que le cuento lo mismo, entonces mi hermana le va a decir que es por eso...*

La madre de Florencia le enrostra el abuso “... **(llora) como que si era así porque alguien me había abusado (llora), entonces yo tenía la culpa (llora) porque yo no les había contado**” de ésta manera sitúa nuevamente a Florencia como culpable por no haber contado lo que estaba sucediendo, contribuyendo de ésta forma a la traumatización secundaria. Si ya le era difícil develar el abuso sexual, la posición y comentarios de la madre obstaculizan aún más el camino, debido a que las fantasías negativas que tenía respecto a la develación, ahora pasaban a tener un grado de realidad, en la cual, ya no sólo se generaría una destrucción a nivel familiar, sino que además, ella pasaba a ser partícipe directa del caos que se generaría, en el cual, debía cargar con la “culpa de haber sido abusada” y a su vez con la “culpa de no haber contado” lo que estaba sucediendo.

El trauma entonces no sólo se sitúa en el acto abusivo, el que puede ser o no fantaseado sino que deviene de todo lo que envuelve al abuso sexual, las reacciones de las personas

que se encuentran alrededor de la víctima, pueden facilitar o dificultar el proceso de sanación del abuso, convirtiéndose así en una cicatriz pequeña o en una herida profunda con mayor dificultad de sanar.

Benyakar & Lezica (2005) definen que lo traumático no sólo proviene de las cualidades internas, sino que es un conjunto entre el mundo exterior y el mundo interno. Así también el vivenciar estaría compuesto de dos ejes; el vertical y el horizontal. El vertical es el que daría cuenta del modo en que el psiquismo procesa su propia actividad, mientras que el horizontal sería la elaboración del sujeto con el medio (Benyakar, 2000. en Benyakar & lezica, 2005).

El eje vertical entonces, habla del mundo interno que impregnaría de lo propio la experiencia vivida, así también le otorga un sentido y da continuidad en el tiempo desde lo pulsional y lo afectivo, mientras que el eje horizontal es aquel que entra en juego con el mundo externo, con el objeto y con lo que confluye alrededor de él.

En base a esto, podemos decir que la situación traumática se transforma psíquicamente dándole un sentido propio a través de los afectos, y posteriormente la misma situación tomaría forma al mezclarlo con lo externo, lo que podría convertir el hecho en algo aún más traumático al estar ambos ejes en oposición, generando una “pugna psíquica”, convirtiendo el conflicto en algo mayor que obstaculiza la experiencia, la confunde y cuestiona.

Los ejes que plantea Benyakar se relacionan con lo ocurrido a Florencia debido a que existe dificultad en develar el abuso, asociándolo directamente a que se generaría una ruptura a nivel familiar en donde la culpa se direccionaría hacia el abusador, sin embargo, con la respuesta de la madre, hace que la realidad transforme lo imaginario en algo similar pero opuesto, en el sentido que no tan solo se generaría una ruptura familiar, sino que a la vez, Florencia pasaba a ser el sujeto cuestionado, entrando en oposición el eje vertical con el horizontal, “agravando” el abuso y finalmente generando la re-victimización.

Según estos autores una situación nunca sería traumática en sí misma, ya que al hablar de traumático estamos diciendo que habría una “falla” en la elaboración psíquica no vinculada a ningún hecho especial.

Entonces el término traumático se suele mal utilizar, empleándolo para cualquier situación dolorosa o un hecho que altere la vida cotidiana de las personas.

Muchas veces se incurre en lo anterior, debido a que el analista puede vivenciar el trauma a través del relato de su paciente, por lo cual invierte la terapia a su urgencia personal.

Una experiencia se convertiría en traumática, cuando “impida la normal articulación entre afección de desvalimiento psíquico, angustia automática, incapacidad psíquica de dominar la experiencia, los modos de repetición de la experiencia en el pensamiento, la fantasía, los sueños o las acciones compulsivas” (Benyakar & Lezica, 2005).

Si bien, concuerdo con los autores que muchas veces en la clínica se suele mal utilizar el término traumático, generalizándolo a situaciones que para el propio terapeuta tienen un efecto negativo mayor que para el mismo paciente, considero bajo esta misma lógica, que debemos dar prioridad a nuestros pacientes en la diferencia misma y subjetiva que los caracteriza como un sujeto otro, no podemos generalizar los “síntomas” o formas de vivenciar lo traumático, más bien creer, sólo confiar cuando nuestros pacientes expresan que no pueden sobrellevar esa experiencia y ver desde donde se ha generado ese efecto, que muchas veces puede ser lo que envuelve la vivencia (lo externo) sea o no lo que lleva por nombre “traumático”.

Winnicott (1996) por otra parte establece el rol de una *“madre-ambiente que media entre las necesidades del sujeto, facilitándole el desarrollo. Desde los aportes de Winnicott las situaciones traumáticas se constituyen como una falla del medio ambiente en su rol de mediador de estas necesidades”* (en Alvarez, 2003, p.18).

Comenta además que el trauma estaría asociado a fallas intrusivas, la madre o el ambiente ya no estarían como mediadores sino que la madre se vuelve impredecible e interrumpiría la continuidad de la existencia del bebé, lo que se puede extender también a la adultez, se destruiría entonces la pureza de la experiencia individual, lo que amenaza la estabilidad mental de la persona, que se puede manifestar como derrumbe o caída (Alvarez, 2003).

En el caso de Florencia, la madre no solamente fomentaba que el ambiente se hiciera más insostenible (en cuanto a la situación abusiva) sino que también, era un agente activo que luchaba por mantener la simbiosis con su hija, impidiendo la diferenciación lo que no sólo agobiaba a Florencia sino que ella aceptaba de manera pasiva, repitiéndose una vez más la relación abusiva.

### **13.3.- Relación con el abusador**

#### **“Interactuando con el agresor”**

Cada vez que Florencia debía visitar al abusador, se tornaba una situación angustiante en la cual nuevamente la culpa se apoderaba de ella, mientras que su primo reaccionaba de manera “normal” ante su presencia. “Normal” en el sentido que establecía el mismo tipo de comunicación verbal y no verbal tanto con Florencia como con los otros familiares.

#### **13.3.1. Viñeta clínica: “Frente al abusador”**

*T: a mí me parece algo súper difícil de llevar... (Refiriéndome a la situación de ir a visitar a su primo).*

*P: si (silencio 7 seg), es que cuando voy no estoy con él, saludo y voy a jugar con los niños y ahí me quedo (silencio 5 minutos), trato de irme rápido, de repente mi hermana se quiere quedar y yo le invento, no sé, que tengo que estudiar o hacer algún trabajo, siempre se me ocurre algo, es que me carga estar con él (quiebre en la voz), no me gusta que se acerque, ¡no sé cómo!... a veces no sé cómo me habla o se acerca, y yo, no sé, es que ni siquiera soy capaz de mirarlo a los ojos (quiebre en la voz / silencio 30 seg), y eso...*

*T: Me parece curioso que seas tú quien no pueda mirarlo a los ojos, siendo que fue él quien ejerció el daño... Florencia, tú fuiste la víctima, no él...*

Si bien, en el último párrafo de la viñeta, se logra observar que nuevamente la terapeuta toma el control de la terapia, también se hacía necesario reflejar a Florencia que ella era quién debía estar en aquel lugar de víctima, más allá de emitir un juicio por no haber mirado a Rodrigo (Nombre ficticio/ referencia a su primo) a los ojos.

Ante ésta situación pueden emerger diferentes hipótesis, el no poder mirar a los ojos a quien había infringido aquel daño podía significar que aún estaba actuando el sentimiento

de culpa, además de ser una forma de ocultarse, de no mostrar su vulnerabilidad para que él no pudiese dañarla nuevamente, o como un gesto de sumisión.

Es importante tener en cuenta que las emociones son adaptativas a pesar que en ocasiones se transformen en problemáticas debido a exacerbaciones, somatizaciones, entre otras (Perea, 2005). Para Florencia, el no mirarlo a los ojos funcionaba como un mecanismo protector para no seguir sintiendo en ese momento aquellas emociones que podía albergar el sentimiento de culpa *“es que no sé, me da como cosa, no puedo, lo miro y bajo la mirada al tiro, es... no sé si es miedo, o puede ser, pero no lo puedo mirar es como... no sé como que me da vergüenza...”* (Sesión 8) Quizás como aquel dicho “los ojos son la ventana del alma” a través de ellos nuevamente podía haber quedado descubierta, sin herramientas para defenderse, pero ese era su límite, la forma de frenar cualquier tipo de contacto o interacción con él.

Los verdugos, incluido su padre, sólo habían pensado en las maldiciones que podían brotar de la "hermosa boca", por eso se la habían sellado con la mordaza, pero habían olvidado el hecho de que **con los ojos** la víctima también podía **gritar** su desventura (Neill, 1998. En Flores 2004, p.2).

Así como en el párrafo expuesto, Florencia también gritaba sus emociones; angustia, miedo y rabia, sin embargo, no lograba ser escuchada por su interlocutor, quien sólo se mostraba impávido o conservaba el mismo tipo de tono que con otras personas, lo que hizo que Florencia en muchas ocasiones cuestionara si realmente había vivido el abuso o sólo era producto de su imaginación.

### **13.3.2.- Viñeta clínica: “Confusión, realidad v/s fantasía”**

*P: (Refiriéndose a las actitudes de su primo) después en el momento volví a pensar y dije y si... ¿y si yo me lo imaginé todo?*

*T: Y ¿tú realmente crees que te pudiste haber imaginado todo con tanto detalle?*

*P: Es que a veces por la misma manera como actúa o por la misma respuesta, y si... me lo imaginé todo, o no sé, a lo mejor tuve un sueño y creí todo eso, pero después digo ¿cómo me voy a poder imaginar tantas cosas a esa edad también poh?, ¿cómo voy a poder pensar tantas cosas, o como voy a poder tener imágenes tan claras también de algunas cosas? (silencio/15 seg).*

*T: Es que... probablemente él quiera hacer como que nada pasó y así, mantener la misma dinámica que ha mantenido todos estos años y claro, es desestabilizante que él actúe de esa manera, porque la verdad, yo tampoco comprendo que actúe con tanta naturalidad.*

*P: Si, me da rabia que haga eso, como todo natural, además también cuando me operé me llamó, yo no quería hablar con él, pero me lo pasó mi mamá, y ahí él me pregunto; cómo había salido todo, y yo le dije ¡yo no tengo tiempo pa' recibir tus llamadas! y eso, y ahí le colgué.*

## XIV.- REALIDAD VERSUS FANTASÍA

### 14.1.- Confusión de lugares: ¿víctima o victimaria?

El establecer el abuso como un hecho fuera de la realidad se tornaba aún más violento para Florencia, debido a que la culpa se acrecentaba más, al sentir que el abuso podría estar situado en un ámbito imaginario. En base a esto, ya no sólo no existiría un responsable externo sino que además, comienzan los cuestionamientos de si esto podía ser producto de estar perdiendo la cordura. Entonces la rabia que había sentido hacia el abusador, ya no tiene donde sustentarse, y se transforma en un conflicto mucho más difícil de llevar debido a que se convierte en una “anormalidad” interna, negativa, que queda fuera de su control y por ende genera más angustia que la situación abusiva debido a que no la puede detener, además de cuestionar el haber llegado a imaginar un hecho tan perverso y con gran cantidad de detalles violentos asociados, entonces lo perverso del abuso se convertiría en una perversión propia de Florencia de la cual no podría escapar.

Bajo el concepto de fantasía inconsciente de Paula Heimann, el yo invertiría al objeto con su hostilidad debido a que estaría basado en la pulsión de muerte, entonces el abuso se situaría desde la psiquis hacia el mundo exterior, transformando y distorsionando la realidad, por lo cual, de haberse producido, el abusador entonces pasa a ocupar aquel lugar de víctima, debido a que se convierte en el objeto investido, afectado por la hostilidad de Florencia, quien al crear la fantasía pasa a ser la victimaria, en el sentido de imaginarlo con la finalidad de dañar a ese otro. Por ende se entiende que sea tan difícil situar al abuso como producto del mundo interno, el cual pasa a adquirir todo el poder sobre la persona y sobre su realidad, sin tener el control e invadiendo el pre-consciente con imágenes y pensamientos que desestructuran por el contenido perverso de ellos (en Heimann, Issacs & Riviere, 1962),

Si bien, en esta situación el abuso no era fantaseado, en algunas oportunidades luego de haber visto a su primo, surgían dudas a causa del comportamiento de él, las cuales herían a Florencia al pensar el abuso como una fantasía inconsciente, sin embargo, pronto se daba

cuenta que era parte de la realidad y comenzaba a defenderse, situando la culpa en quien debía cargar con ella.

**14.1.2.- Viñeta clínica: “De la fantasía a la realidad, un paso del dolor a la rabia”**

(5 minutos de comenzada la sesión)

*T: No sé... siento que vienes diferente hoy...*

*P: mmm no, es que no vengo diferente (silencio 11 seg), es que no sé, puede ser (silencio 14 seg) es que el fin de semana que pasó fui... bueno fuimos donde mi primo, no iba a ir pero como pasamos a ver a mis otros tíos entonces era como... cómo no íbamos a pasar a verlos a ellos si viven ahí mismo poh, entonces yo le dije antes a mi hermana que no quería ir porque estaba cansada, igual era verdad que estaba cansada, quería puro llegar a mi casa, pe, pero ella como que insistió y al final fuimos igual poh... y eso... (Silencio 17 seg) y eso, es que estuvimos como una o dos horas ahí y él empieza a hablar como que estoy pesadita y todo y como que antes de eso me preguntaba cosas y no sé, es como que actúa igual que con mi hermana (quiebre en la voz), no sé qué le pasa, es como si no se acordara todo lo que me hizo, es como, como no sé, como que no... es que no entiendo cómo puede (quiebre en la voz)... no entiendo cómo, es que, ¿cómo puede actuar así después de todo?, como después de todo lo que me hizo (llora)... entonces a veces siento... no sé, que me lo imaginé (quiebre en la voz) y ¿si me lo imagine todo y alomejor me estoy volviendo loca? (llora/ 8 seg) entonces es como que... y ¿si no pasó y me lo imaginé? (llora/ silencio 18 seg) pero después me acuerdo y no, no puede ser porque (quiebre)... igual yo me acuerdo de todo, como... como empezó y... (silencio 7 seg) y me acuerdo de todo (quiebre)... entonces no sé, no sé cómo puede ser así, no sé, por último que no me hable (cambia tonalidad afectiva a rabia) , pero habla normal, no sé cómo puede, es que no sé no me cabe que pueda ser así, no sé a lo mejor está loco... porque, es que de verdad como que no encuentro mucha explicación, no sé, que haga como si nada o que se comporte así o como... y todo eso...*

Si bien, en ocasiones sitúa al abuso como algo proveniente de lo imaginario, inmediatamente cambia de posición instalándolo nuevamente en la realidad, así también surge la rabia hacia el abusador, lo que a su vez trae consigo consecuencias que abren un nuevo momento en la terapia.

## **XV.- ACTIVACIÓN DE LA RABIA ANTE LA SITUACIÓN ABUSIVA**

### **15.1.-“Movimiento defensivo”**

En un principio Florencia bloqueaba la situación abusiva, siendo pocas las ocasiones en que emergían las imágenes del abuso. Claramente lo anterior guarda relación con los mecanismos de defensa que se encuentran instaurados en un primer momento, con esto no me refiero al inicio de la terapia, sino que acompañan posterior a la vivencia traumática como agentes protectores que permiten la sobrevivencia psíquica y, probablemente, fueron su compañía por años. Es posible que durante ese tiempo (12 años) hayan cambiado de forma, sin embargo, el contenido seguía siendo el mismo; proteger del daño, aún cuando esto trajera en sí mismo algunas dificultades, sin embargo, en ese momento se hacían más tolerables que la situación abusiva.

Ante este bloqueo, Florencia comentaba que podía vivir con el abuso mientras lo mantuviera al margen de sus pensamientos, por ende no existía más que vergüenza al ver al abusador, mientras que la rabia tampoco emergía porque el sentimiento de culpa se encontraba instaurado en ella.

El proceso de desculpabilización y exteriorización del abuso trajo consigo la rabia hacia el abusador la cual le fue difícil de aceptar, claramente porque implicaba un tránsito y un movimiento de las defensas que ahora permitían que aparecieran estas nuevas emociones y el sentirlas significaba traer el abuso al presente pero a la vez legitimar su experiencia.

### 15.1.2 Viñeta clínica: “La rabia se hace presente”

(Minuto 8)

*P: no quiero verlo, como que ahora tengo más rabia... de hecho la otra vez fue para la casa y... y me habló y... yo le contestaba súper mal... no sé de repente me dan ganas de patearlo, ¡ganas de patearlo así!... me da rabia, ganas de pegarle un combo en la cara...*

*T: y ¿qué pasa con esa rabia?*

*P: No sé, no me gusta, no quiero sentir eso, porque antes igual estaba como más tranquila... y, como que igual antes me daba pena y todo pero... igual seguía adelante y ahora como que no... siento rabia y estoy sacando la rabia y... tratando de quitarla de alguna forma (silencio 8 seg) de repente me habla y yo soy súper pesá, súper cortante... no lo pesco, a sus hijos tampoco... la diferencia entre los hijos de mi prima y los hijos de él eh, es bastante, o sea con el Bastián (nombre ficticio/ hijo de prima) salgo, juego, me tiro al suelo con él, y todo, pero con los hijos de él de repente les hablo o juego pero ahí nomás y mi hermana igual como que se ha dado cuenta de eso...*

Se produce entonces un cambio en la sintomatología, la pena y la vergüenza se transforman en rabia, lo que la hace más difícil de llevar debido a que implica cambios en la manera de relacionarse con el abusador y con el entorno más cercano a él (sus hijos), logrando ser percibido por el resto, entonces la situación abusiva podría quedar al descubierto, lo que implica que se eleven los niveles de angustia debido a que se hace más patente el miedo a que se destape la situación abusiva y con esto, la ruptura familiar a la que Florencia tanto teme.

Con el movimiento de las defensas se instala también la situación abusiva en el presente, lo que claramente también es angustioso y doloroso, sin embargo, ahora se vivencia desde una nueva posición en la que Florencia deja de ser culpable, y la culpa se deposita en quien cometió el abuso.

Llanos & Sinclair (2001) comentan que si bien es necesario validar las emociones de las víctimas de abuso sexual, también hay que tener especial cuidado con la rabia y la necesidad de confrontar al abusador, debido a que se podría crear una sobreexposición en la cual la víctima no solamente se arriesgue a una desilusión, sino también que se exponga a riesgos reales, es por esta razón que debemos estar atentos a lo que nuestros pacientes nos están expresando, en este caso particular, la rabia implicaba que Florencia no continuara un diálogo con el abusador o que en ocasiones le respondiera de forma cortante, mientras que las agresiones físicas, quedaban solo al nivel de los pensamientos.

**(Continuación de la viñeta)**

*T: Al parecer está siendo difícil llevar esa rabia...*

*P: Es que siento que... como una barrera es que de repente siento... de repente pienso que... no sé (silencio 10 seg) que él pensará como que donde yo estaba chica, como que olvidé todo y él como que olvidó todo también... entonces como que, no siento como que... ir a la cara y enfrentarlo... como que no puedo, entonces como que soy pesá y todo y... hacer como, no pescarlo... (silencio 11 seg) no sé es que trato... como que yo de repente pienso no sé (silencio 8 seg), él, es tan cara raja que de repente me mira... y como si no hubiese pasado nada (quiebre en la voz,) entonces digo cómo, ¿cómo no siente culpa?, no es capaz de mantener un límite quizás como por el daño que me provocó... quiero decirle tantas cosas (llora), quiero pegarle, me dan ganas de pegarle, yo creo que de alguna forma me cagó la vida... creo que de ahí como que partió todo, siento que no sé, las relaciones van a estar mal siempre (voz quebrada/ silencio de 8 seg), el otro día me di cuenta que, no sé, tantas cosas estúpidas que aguanté, como cosas tontas que no debería haber aguantado, no sé... mi ex me empujaba, me aheoneaba y como que... me decía que yo era tonta y ahueoná cuando pasaba algo, y yo como siempre he sido despistada no me daba cuenta y ahí me decía que era ahueoná... como que todas esas cosas yo no las debería porque haber aguantado y él tampoco tenía ningún derecho a hacerlo.*

En esta viñeta se logra observar que han desaparecido los cuestionamientos de que el abuso pudiese haber sido una fantasía, debido a que independiente de la forma en que actúa el abusador, ya no lo cuestiona como un hecho fuera de la realidad.

Además, el lugar de objeto que había ocupado en sus relaciones de pareja comienza a ser pensado y cuestionado, abriendo también la posibilidad de una nueva posición dentro de las relaciones interpersonales en la cual intenta emerger como sujeto **“(..) como que todas esas cosas yo no las debería porque haber aguantado y él tampoco tenía ningún derecho a hacerlo (...)”** (refiriéndose a su ex pareja). A pesar de lo anterior sigue apareciendo la posición de objeto **“(..) y yo como siempre he sido despistada no me daba cuenta (...)”** volviendo a invisibilizar sus capacidades y reiterando lo que su pareja decía aunque con otras palabras, replicaba los mismos significantes que la posicionaban en el lugar que había comenzado a cuestionar; la posición de objeto.

## XVI. GENERANDO NUEVAS PAUTAS DE RELACIÓN

### 16.1 “Comenzando a crecer”

Si bien, Florencia sigue ocupando la posición de objeto, se visualiza un intento por modificar sus pautas de relación, dando así los primeros pasos para la búsqueda de la diferenciación, a través del establecimiento de sus propios límites.

(Sesión N° 17)

#### 16.1.2.-Viñeta clínica: “Un acercamiento a la diferenciación”

(22 minutos de iniciada la sesión)

*P: (...) El otro día mi hermana estaba con mi celular porque me lo había pedido para hacer algo, y... y después me di cuenta que estaba mirando las fotos que tenía con Esteban, entonces se lo quité y le dije que no tenía por qué mirar mis cosas, igual no peleando ni nada, así que ayer le puse clave, y... y ahora no va a poder mirar más mis cosas (ríe)...*

*T: Ok, como que de alguna manera le pusiste un límite también a tu hermana.*

*P: Si o sea no sé si sea como poner un límite... pero es como... como lo de la semana pasada (a la sesión anterior) yo necesito crecer, necesito... quiero ser grande, pensar como grande y tener, no sé, cómo todo más claro, entonces creo que como que se estén metiendo tampoco me ayuda, y pucha ellas igual tienen su espacio y todo y yo no me meto, entonces yo igual necesito mi espacio, es como, no necesito que estén mirando o no sé, cómo que me tengan que cuidar de todo si al final yo sé lo que tengo o no tengo que hacer, además cuando mi mamá lo hace es como, como que desconfiara de lo que me enseñó, y encuentro como nada que ver... si claro, yo sufrí y todo, pero igual es como... yo me tengo que equivocar y si me equivoco, no sé me equivoco nomás.*

Se logra evidenciar que intenta establecer un límite, tratando de modificar aquellas pautas que la hacen situarse en una posición de objeto, además de comenzar a visualizar la simbiosis como algo que no le permite “crecer” lo que genera además la necesidad de establecer un freno a la intromisión de su hermana.

La relación con su madre y las acciones de ésta por continuar la simbiosis, habían sido naturalizadas por Florencia y aunque en ocasiones le generaban incomodidad, no poseían un efecto tan negativo como para intentar detenerlas.

Según Winnicott (s/a en Pollock, 1964) en una simbiosis patológica entre madre/hijo, ambos actuarían como objeto para el otro, de ésta forma la gratificación entonces nace de la relación de volverse para otro, de sentirse parte del otro y a la vez internalizándolo como parte de sí mismo. Probablemente la madre de Florencia quería mantener el sentimiento de unidad con su hija, para que ella le siguiera “perteneciendo” (Burlingham, 1944, en Pollock 1964), sin embargo, Florencia había comenzado a visualizar la relación como contraproducente, lo que hace comenzar a romper este tipo de relación intentando establecer su propia identidad, separada, lo que conlleva además que este tipo de vínculos se vuelva extensivo para otras relaciones y situaciones.

## XVII.- PRODUCCIÓN ONÍRICA

### 17.1.-“El arte de expresar a través de los sueños, lo que se hace inexpresable en la realidad”

*P: Soñé como algo súper raro, es, estaba hablando con mi prima y le conté que mi primo había abusado de alguien y como que había quedado la embarrá... yo no le dije de quien y había quedado la embarrá y como que todos lo andaban buscando y como que la pareja de él se había... se había ido, y como que al rato se había ido con los hijos y todo, y yo estaba caminando por acá así como más acá, como saliendo de la U y no podía tomar ninguna micro para la casa, como que no pasaban micros, y... de repente me encontraba con él, y... y yo le decía que él, que sabían todos que había abusado de mí y él... y como que él se hacía como el indiferente y me decía que sí sabía, pero que no le importaba... y después estaba como en un mall y como que él, como que había algo y estaba, como que lo agarró un niño chico y después él fue y lo agarró y como que lo quería quitar al niño chico, entonces yo les decía a las personas y después como que se armó todo algo raro así y después cuando... llego un momento en que viene como un policía y le disparó (ríe) ... y yo después llegué, como que estaba en mi casa y le había, le conté, mi mamá sabía y o sea mi mamá sabía que, me había llamado por teléfono y como que se había enterado que me había pasado algo y quería que como que me fuera para la casa y que no estuviera con él, y después cuando llegué a la casa ahí le contaba que sí había sido y como que mi mamá se había desesperado, quería salir a como pegarle y todo, y después de eso pase como a otro sueño, en que yo estaba como con unos tíos y estaba como buscando vestidos y a mí como que ningún vestido me quedaba bueno, todos me quedaban apretados, hasta que encontré un vestido para mí y eso, eso es todo.*

En el caso de Florencia, desde lo imaginario logra dar una respuesta sanadora, que a la vez perturba desde lo real y preconscious, significándolo en un principio como una pesadilla, debido a que este encuentro también posibilita una nueva apertura y una nueva respuesta a aquello que en la realidad bajo su mirada le es difícil que ocurra.

Claramente la develación en la realidad, tenía una dificultad mayor para Florencia y en general para las víctimas de abuso sexual, dar este paso conlleva un proceso largo en el cual muchas veces las víctimas deciden no contar debido a las implicancias emocionales que esto tiene (Capella, 2010), sin embargo, Florencia lo hace desde lo imaginario, un lugar en que si bien, la carga emocional puede ser tan alta como la real, se vuelve un lugar protegido debido a que para Florencia ambos mundos; el real y el onírico no se han mezclado y con esto, no me refiero a que en la producción onírica no se actúe la realidad, si no, que en la realidad logra diferenciar entre lo que vive y lo que sueña.

El hecho de develar lo sucedido, guarda relación con el intento de cambiar de posición, sumado además que al ver al otro niño (otro niño quizás proyectado desde el inconsciente para que la escena tuviese un contenido emocional menos destructivo) que es atacado por su primo, logra dar aviso a las personas que se encontraban en el lugar, entonces ella evidencia la situación y logra ser frenada, culminando con la muerte del abusador.

La muerte también ocupa un lugar simbólico, el lograr develar el abuso sumado además a que la culpa se había situado fuera de ella, generaba una experiencia liberadora, además de haber accionado desde lo concreto y no volver a visitar a su primo, independiente de los intentos de su madre por persuadirla y hacer ley su palabra, Florencia ya había decidido y cortado uno de los yugos que la oprimían, quizás seguía unida al cordón umbilical de su madre y repitiendo las relaciones de objeto en otras relaciones, pero había dado un paso, frenando una de las situaciones que la hacían revictimizarse como las visitas al abusador, y con esto, su primo dejaba de tener presencia física en su vida.

Luego de este sueño se superpone un segundo en el cual después de varios vestidos que no le quedaban, logra encontrar el adecuado. Florencia lo relaciona con lo corporal y la comodidad con su cuerpo, probablemente y en base a lo anterior el vestido simbolice la necesidad de ir aceptando ese cuerpo, algo que para Florencia le era difícil luego de las heridas y huellas que había dejado el abuso, éstas habían llegado a tal punto que imposibilitaba la maternidad, provocándole dos abortos, sin la existencia de una causa biológica.

Chodorow (1978) refiere que la maternidad comenzaría desde la sexualidad infantil y estaría cargada de fantasías que posteriormente facilitarían o dificultarían el ser madre, lo anterior puede ser extensivo al abuso sexual, debido que probablemente desde la fantasía inconsciente, el abuso haya generado una ruptura en sus órganos reproductivos, debido a que al ser violentada sexualmente es posible que genere la sensación de sentirlos destruidos y por lo tanto, cuando existe un mal funcionamiento orgánico es difícil que pueda generarse vida.

El útero de Florencia había sido dañado durante todos los años del abuso, lo que generó además que psíquicamente se dificultara su maternidad, sumado que el ser madre se relacionaría directamente con el ser mujer, y el ser mujer había significado ser dañada irremediablemente.

#### **17.1.2.- Continuación de la viñeta: “Lo fálico puesto en escena”**

*T: Cuando estaban en el mall, él... ¿se quería llevar al niño?*

*P: No, es que, tenía como algo raro, había como no sé, era como amarillo, como algo amarillo o no sé y era como largo, no sé, era como... como una especie de plátano que tenía el niño y después venía él y se lo quería quitar al niño, y ahí como que quedaba la embarrá porque tiraba y el niño era chiquitito, entonces como que no se podía, como que igualar la fuerza.*

Esta especie de plátano puede ser el símbolo fálico del poder desde lo sexual del abusador, por un lado a través de la lucha, puede ser que el niño intenta tener el poder, quedándose con el falo, sin embargo, llega el abusador quien es mayor y logra arrebatárselo con todo lo que implica, debido a que a través del poder y lo sexual vulnera a este niño, lo que tiene directa relación con el abuso sexual.

Por otro lado y basándonos en la teoría de la castración, si el niño fuese Florencia puede ser que la escena remita al periodo en que como niña se da cuenta que no posee un falo y esta falta hace que lo quiera poseer, entonces llega el abusador y se lo arrebató, probablemente esto da cuenta de cuando se produjo el abuso sexual, no solamente se encuentra con la visión de haber sido castrada sino que concretamente la castración hace que se produzca el daño (basándonos en el abuso sexual).

Por otra parte, manifiesta nuevamente que la culpa ya no se sitúa en ella *“y el niño era chiquitito, entonces como que no se podía, como que igualar la fuerza”*. Mostrando entonces las diferencias entre un adulto que abusa, que posee más fuerza y que por ende es culpable, frente a un niño que no se logra defender ni física ni psicológicamente por ende no tiene culpa alguna frente a la situación abusiva.

Desde Melanie Klein (1921-1945) se puede reflejar que el niño intenta introyectar el objeto, de poseerlo debido a que puede estar presente la culpa persecutoria, entonces de no tenerlo da paso a las fantasías de ser abandonada. El temor de perder el objeto bueno en su totalidad está presente en el sueño de Florencia, la pérdida se asocia entonces con la culpa de haber destruido al objeto y el abuso pasa a ser el castigo por intentar destruirlo, castigo que es infringido por el abusador y que en este caso posee una fuerza mayor a la del niño.

En base a lo anterior también puede dar cuenta de la reparación cuando comenta que no se puede igualar la fuerza con la del niño, por ende puede ser que las fantasías de destruir al objeto se sitúen en un plano más real en el que a pesar de los deseos destructores se da cuenta que no podía dañar al objeto debido a que como niña no posee una fuerza tal que implique el daño hacia un adulto.

## XVIII. NUEVAS RELACIONES ¿AMOROSAS?

### 18.1.- “De un papel secundario a uno más protagonista”

Florencia había comenzado a ampliar su grupo social lo cual le abrió la posibilidad de salir de aquel lugar (su habitación) en donde se había mantenido confinada durante años, como una especie de auto-castigo que a la vez le proporcionaba confort, sin embargo, comenzó a disfrutar de salir de su habitación a otros lugares y de la interacción social con otras personas, perdiendo el miedo a ser enjuiciada por dar una opinión que no le agradara al resto, debido a que al estar tan sumida en la posición de objeto, se le había hecho difícil mantener un diálogo con otras personas si no era desde la complacencia, y ahora comenzaba a dar los primeros pasos para hacerse presente y partícipe en su propia vida, por ende sus opiniones comenzaban a tener valor principalmente para ella misma.

En uno de sus encuentros sociales conoció a “Tomás” (nombre ficticio) con quien luego de algunas citas comenzó a establecer una relación amorosa, si bien, no trascendió en tiempo, demostró a Florencia que podía ser parte activa de una relación, sin tener que estar sometida y dependiendo de manera absoluta de otro como había sido con Esteban y que se comprende desde la relación de objeto, debido a que si deja de existir la otra persona de quien se cree parte, también muere una parte de sí misma, ya que Esteban se hacía cargo tanto de sus actos como opiniones y pensamientos (Klein, 1921-1945).

#### 18.1.1.- Viñeta Clínica “Un freno a los abusos”

*P: El otro día me quedé sola con Tomás en la casa, asique, nada, nos, bueno nos empezamos a dar besos en el living, estábamos ahí y bueno empezamos a tocarnos y todo, y él como que quería tener relaciones como ahí mismo, como que tuviéramos relaciones en el living ahí como en el sillón, pero le dije que nos fuéramos a mi pieza, asique nos fuimos a mi pieza y todo bien (silencio 10 seg) igual hubo como algo raro... es que, es que en una estábamos teniendo relaciones y todo y de repente me empezó a apretar el cuello como que si me fuera a ahorcar, así que le dije que, como que, qué onda, que a mí no me gustaba así*

*y ahí bueno ahí después no lo volvió a hacer... bueno después igual lo hablamos y le dije que esas cosas no, es que a mí no me gustan y él igual me entendió y me dijo que no lo iba a hacer más a sí que igual bien y todo.*

*T: ok... siento que es como un paso súper importante, porque además es importante que los dos se sientan cómodos y bueno no solamente en ese aspecto sino que en todo, porque a la larga son ambos los que están en la relación.*

*P: si, si igual pensaba eso, pero lo bueno que con él desde un principio hablamos de todo, como no sé, las cosas que nos gustan, las que no y como que no tengo como ese miedo de como de... no sé cómo de que le vaya a molestar algo y si le molesta le molesta nomás, pero igual ya no quiero tener como que hacer cosas que no me gustan porque ya sería como volver a lo mismo y volver a lo mismo, como con Esteban, que igual ahora me he dado cuenta que como que igual me basureó harto y no tenía por qué haberlo aguantado tampoco, en cambio no sé, igual ahora estoy bien y con el Tomás hablamos de todo y como que no sé, igual siento que como que todo va bien.*

El “ahorcamiento” dentro del acto sexual puede dar cuenta de una intencionalidad del otro por posicionarse en un nivel superior en donde el que ahorca de alguna manera se convierte en el poseedor del poder, vulnerando de alguna manera a la otra persona, quizás también puede dar cuenta del sadismo desde lo sexual, debido a que pasa a una interacción de victimario/víctima de ahorcador a ahorcado, en donde se hubiese vuelto a producir un tipo de relación en la que nuevamente Florencia hubiese sido el objeto y Tomás pasaría a ser el sujeto que sostiene al objeto y por ende lo puede vulnerar, en este caso desde lo sexual.

Si bien, la acción de ahorcar puede tener una significación como la anterior, desde Florencia el significado se centra en un tipo de acto sexual y en otras formas de obtención de placer, recalcando que lo trascendente no era lo que Tomás había hecho, sino más bien, el lugar que ella había ocupado al detenerlo, por lo cual, el foco se sitúa en la necesidad de dejar de ser el objeto de placer del otro y el haber establecido un límite a un acto que para ella no era gratificante. Se hace presente entonces el propio placer, logrando

visualizarse como una persona que puede gratificarse con un otro en el acto sexual y hacerse parte también de éste.

Probablemente si Florencia no hubiese dado este paso nuevamente se imprimiría el mismo tipo de relación abusiva que había establecido con sus otras parejas y probablemente reaparecería el abuso sexual que había inferido su primo, sin embargo, logra establecer un límite, frenando la acción y poniendo voz a sus sentimientos y necesidades, dando entonces estas pequeñas pero trascendentes apariciones como sujeto y forjando poco a poco relaciones más horizontales.

## **XIX.- LOS CAMBIOS SE HACEN PARTE CORPORALMENTE**

### **19.1“El cuerpo hablante”**

El comenzar a comunicar sus sentimientos y pensamientos tanto a nivel familiar como social probablemente favoreció el funcionamiento biológico de Florencia, debido a que comenzó a regularizarse su sistema digestivo, desde lo simbólico el acto de tragar y guardar sin poder excretar, también puede estar asociado a tener que hacer y soportar lo que el resto quería de ella, teniendo que guardar-se sin que pudiese aparecer Florencia frente al resto ni comunicar o establecer sus propios límites.

Jorge Ulnik (2004) nos dice que de alguna manera las palabras o en este caso las no-palabras incidirían frente al cuerpo marcándolo y modificándolo, si bien, el autor hace referencia a las marcas en la piel, lo podemos llevar también al hecho de que aparezca el soma de manera interna y simbolizando aquello que está produciendo el daño, aparece entonces la voz del síntoma que comunica que algo no está bien y si no se repara aquello que lo provocó y que hizo que se internalizara, entonces difícilmente el síntoma desaparecerá y si lo hace, probablemente sea sustituido por otro.

#### **19.1.1.- Viñeta clínica “El peso se hace más sostenible desde la expresión”**

(Minuto 28)

*P: Es que igual yo siento como que ahora pienso que igual cuando subí de peso fue cuando pasaron como todas esas cosas, entonces como que no salía a la calle y prefería quedarme viendo tele y empecé como a comer más y además como más como comidas como malas como rápidas.*

*T: O sea ¿era como tragarte literalmente como todas las emociones que viviste en ese momento?*

*P: claro, yo creo que tiene, he pensado que tiene que ver con eso, entonces ahora igual me trato de preocupar por eso, entonces en la casa no sé, ahora estoy como preocupándome más por eso, además estoy como por ejemplo en el cómo, en lo de la retención ahora igual estoy como yendo más al baño, entonces igual estoy como más no sé me siento como más liviana e igual no he visto como que he bajado de peso, pero igual me siento como más liviana.*

*T: Claro este acto de evacuar la comida igual debe hacer como que el cuerpo se sienta más liviano, y me pregunto igual si tendrá alguna relación como con esto de poder decir más las cosas, como de poder de alguna forma sacar las emociones y ponerle palabras?*

*P: Es que desde como que de eso siento que igual por ejemplo antes es como que estuvieras retenida en todos como en todos los aspectos, como que no podía sacar como nada... igual ahora me cuesta y hay veces que como que me cuesta decir algunas cosas, pero es como menos que antes, entonces eso igual me hace como estar más liviana como no sé en todo, como en esto de ir al baño también y me trato de ayudar igual como con comidas como más sanas, verduras y cosas así, porque igual la lechuga y esas cosas como ensalada las encuentro como más fome.*

Es importante detenerse en la intervención terapéutica debido a que en este caso más que la expresión de las emociones, la conexión entre el sistema digestivo y el proceso emocional guarda mayor relación con la elaboración, en este sentido Florencia tenía dificultad para analizar aquello que iba sintiendo en diferentes momentos, por lo cual, se hace comprensible que no lograra expresar sus emociones, debido a que éstas no podían focalizarse ni distinguirse, por lo tanto, sería casi imposible dar voz a algo de lo cual se desconoce.

Otro punto fallido de la intervención se produce con la siguiente frase **“Claro este acto de evacuar la comida igual debe hacer como que el cuerpo se sienta más liviano”** lo anterior establece entonces que eliminar todo tipo de comida durante el proceso digestivo haría que el cuerpo se sintiera mejor, sin diferenciar entre aquellos alimentos sanos que son

necesarios para el organismo desde la adquisición de sus nutrientes, de aquellos que son insanos y que son necesarios eliminar tanto del cuerpo como de la dieta. Lo anterior entonces induce la respuesta de Florencia ***“me trato de ayudar igual como con comidas como más sanas, verduras y cosas así, porque igual la lechuga y esas cosas como ensalada las encuentro como más fome”*** por ende es posible que se hubiese generado una visión errada respecto a la alimentación.

En base a lo expuesto anteriormente, me parece relevante que como terapeutas estemos constantemente analizando y supervisando nuestras intervenciones, debido a que nuestro quehacer se basa principalmente en el diálogo y los silencios, y es ahí en donde debemos seguir afinando nuestro trabajo para lograr una psicoterapia adecuada con cada uno de nuestros pacientes.

## **XX.- CERRANDO PROCESOS**

### **20.1.-;El término del camino o un comienzo de otro?**

A medida que el tiempo pasaba y las sesiones transcurrían también se acercaba la finalización de la terapia, de a poco se fue preparando a Florencia para ese momento, mostrando la importancia de que ella continuara su proceso con otro terapeuta (lo cual lo especificaré más adelante), además de recalcar que este no era un abandono sino que debía permitir que lograra continuar su camino, quizás acompañada de otro profesional.

También para la terapeuta era difícil terminar un proceso en el que sentía que los avances habían sido mínimos, a pesar de esto, creo que fueron las apariciones de las sonrisas de Florencia, no como defensa maniaca si no como un disfrute real por la vida, lo que facilitó el inicio del cierre de la terapia, además de los avances que ella había logrado visualizar y que en ese momento era difícil verlos, no fue sino hasta la escritura del proceso y retomar las grabaciones de las sesiones con ella, que se logra ver que los objetivos que Florencia se había planteado durante la terapia, se habían cumplido.

## **Sesión de cierre**

15 minutos de atraso.

### **20.1.1.- Un tiempo significativo que se invisibiliza.**

Antes de analizar la viñeta, es importante detenerse en el atraso a esta última sesión, como solía suceder al inicio de la terapia, en el que, el hacerse esperar y poner a prueba el vínculo se volvía una constante, quizás con el atraso nuevamente estaba probando a la terapeuta.

Florencia había comunicado que le sería difícil comenzar una terapia con otra persona y a pesar de los intentos por mostrar que era beneficioso para ella, con este atraso, es probable que pusiera a prueba este último momento, quizás para ver si la terapeuta la seguiría esperando, o si estaría tan atenta a lo que ella decía como lo había hecho antes y así probablemente comprobar que el vínculo no se había transformado.

### **20.1.2.-Desde el encuadre...**

Asociado al encuadre, la terapia debía concluir ya que se habían establecido un número de sesiones no mayor a veinticinco por ser una terapia breve, que además se relaciona con ser finales de Enero, la universidad cerraría pronto sus puertas debido a vacaciones de Febrero, Florencia había decidido trasladarse a otra institución académica y la terapeuta finalizaba su pasantía clínica.

### **20.1.3.- Objetivos terapéuticos...**

En cuanto a los objetivos terapéuticos:

- Sobrellevar el duelo de su relación de pareja.
- Mayor confianza en sí misma.
- Desarrollo de habilidades sociales.
- Establecimiento de relaciones de pareja más sanas.

Estos ya se habían cumplido, Florencia había logrado sobrellevar el duelo del término de su relación de pareja anterior y ahora comenzaba a establecer nuevas relaciones con otras pautas que no se sustentaban desde la dependencia.

En cuanto a la confianza, la consultante comenzaba a creer más en sí misma, lo que se logra ver reflejado al comenzar a aceptar su cuerpo, además de expresar sus opiniones sin el miedo a ser juzgada por otras personas.

Con respecto a las habilidades sociales, había logrado salir de su habitación y comenzaba a establecer sus propias relaciones (sin su hermana) con vínculos más estables que no se situaban en la dependencia si no que se convertían en más genuinas.

En tanto las relaciones de pareja habían comenzado a transformarse, debido a que lograba establecer sus propios límites y se situaba desde un plano más horizontal.

#### **20.1.4.- El atraso como defensa...**

Quizás el atraso también puede ser una expresión simbólica de abandonar antes a la terapeuta y así establecer que ella dejaba la sesión antes, con esto, además acortaba el tiempo de la última sesión, lo que puede tener relación con protegerse de aquel momento que quizás pudiese ser angustioso.

#### **20.1.5.- Desde la terapeuta...**

La razón de no profundizar y pasar por alto algo tan significativo como aquel atraso, puede deberse a que el marcar el inicio de la terapia, involucraba también una carga emocional para el analista, debido a que las primeras sesiones habían estado marcadas por las contratransferencias, las cuales habían generado un cansancio emocional y físico para la terapeuta.

Una segunda hipótesis desde la dificultad para profundizar en lo que se expresaba a través del atraso, puede deberse a que la terapeuta quería centrarse en el cierre, entonces de alguna manera se bloquea el intento de Florencia por traer las primeras sesiones, con el fin de que esto no se convierta en un nuevo comienzo y así lograr llevar a cabo el cierre, con el foco puesto en él.

**20.2.- Viñeta clínica: “Los últimos momentos”**

(Minuto 7 de iniciada la sesión)

*P: Igual cuando llegue hablaba súper poco y ahora estoy hablando hartito... de hecho me gusta venir a las sesiones es como que como cuando me pasa algo o recuerdo algo es como que una necesidad de repente de venir y hablarlo contigo, siento que me ha ayudado mucho eso, como de darme cuenta de las cosas, es como, desde que estoy viniendo acá a las sesiones como que he logrado cambiar como las cosas que me dificultaban... socializo más, como esas cosas como que, tengo más confianza... en realidad siento que me ha ayudado muchísimo (quiebre en la voz).*

*T: La verdad Florencia, siento que tienes muchas herramientas, y el que logres esos cambios habla de eso, como de tus capacidades de superación, no sé, te encuentro una persona admirable, uno siempre habla como esto de ponerse en los zapatos del otro pero siento que tus zapatos me hubiesen quedado grandes, de alguna manera es como que logras sobrepasar todos los obstáculos que te pone la vida y tienes la valentía y la fuerza de superarlos.*

La intervención terapéutica focaliza el cambio en las herramientas propias de Florencia, lo que fomenta el paso de una posición a otra (objeto a sujeto), en que el movimiento y accionar para establecer modificaciones facilitadoras en la construcción y reconstrucción de su historia de vida, devienen desde ella misma y no desde la terapeuta o desde un tercero.

Me parece importante que los terapeutas veamos a los pacientes como aquellos agentes de cambio que son, ya que si dejamos de creer en ellos, si desconfiamos de sus capacidades, o

si los visualizamos como pasivos, entonces somos nosotros los que de alguna manera estaríamos discapacitados por no poder mirar las potencialidades que cada una de las personas posee, y que sin lugar a dudas los consultantes traen consigo en el momento de entrar a terapia. Si nos detenemos un poco, bastaría con mirar que la persona llegue a consultar, lo que habla de una disposición y posición de caminar hacia la “cura”, así también, si nos encontramos disponibles durante las sesiones, entonces podremos encontrar aquellas herramientas que traen consigo los consultantes y de esta manera, permitiríamos la construcción de un vínculo direccionado a la horizontalidad lo que favorece y facilita el proceso terapéutico. También debemos tener en cuenta que en un primer momento los consultantes necesitan mayor contención y el terapeuta debe situarse desde un rol más protagónico, debido a que el asistir a terapia generalmente deviene de una necesidad de encontrar respuestas a sintomatologías, formas de resolución de conflictos, expresiones, entre otras, idealizando de alguna manera al terapeuta. Lo anterior se vincula con la necesidad de que se establezca al inicio de la terapia una relación más vertical, así se facilita la adherencia al proceso y posteriormente se comienza a crear un vínculo más horizontal, cuando el paciente ya ha comenzado a crear sus propias herramientas y con esto, sus propias transformaciones, es en este momento que el terapeuta debe salir de aquel lugar, y así abrir el espacio para que el consultante logre su propia construcción.

Lo anterior también se puede ver reflejado al inicio, cuando se comenzó a escribir acerca de este caso, en el que en un primer momento se llamaba a Florencia como paciente, quizás en las primeras páginas se reflejaban aquellas sesiones en que Florencia era un sujeto padeciente y cómo en la continuación del caso esto va transformándose al llamarla por su nombre y ahora último, utilizando el concepto de consultante. Me parece importante también que en la clínica se logre hacer esta reflexión, acerca de cómo nos posicionamos y a la vez desde qué lugar se construye y constituye la relación terapéutica, y así posteriormente como y cuando podemos dar un paso al lado para permitir que emerja como sujeto principal aquella persona que llegó padeciendo y que sin embargo, posteriormente comienza a utilizar sus propias herramientas y se convierte en él o la protagonista de su nueva historia.

### **20.2.1.- Continuación de la viñeta:**

*P: Si, o sea igual me ha costado y todo, si cuando empecé sentía que no sé, como que me han vuelto las ganas de vivir, como que igual es como si uno renaciera y ahora siento como que puedo lograr más cosas... el otro día me junté con un amigo y le pude contar lo que me había pasado con mi primo y como que me di cuenta que ya no tengo como no sé, como que ya no como que eso de... como que ya no me pesa contarlo como a otras personas, que no sea mi familia (ríe), a otras personas como que ya no es como un peso si no que no sé, lo veo como parte ya de lo, de lo que soy y no tengo problema en contarlo a otras personas.*

*T: la verdad que eso me, me alegra harto escuchar eso...*

*P: si, si de hecho cuando lo conté no me pasó, de hecho Francisco (nombre ficticio) me dijo no te creo y le dije no si es verdad y todo, y después se puso a llorar y a mí me dio pena verlo llorar a él, pero en realidad me sentí cómoda contándolo.*

Se logra observar que existe un refuerzo de sus funciones yoicas, debido a que logra integrar el abuso como parte de su historia de vida.

Aun siendo un hecho angustioso y negativo para Florencia, deja de situarlo a nivel de la fantasía y logra verlo de manera más objetiva y concreta, estableciéndolo como un suceso vivido que no podrá borrar pero que sin embargo, debe enfrentar, generando entonces herramientas que le permitan vivir con él, sin tener que generar defensas para borrarlo o apartarlo de su propia realidad (Piccone & Passalacqua, 2010).

Es importante además cómo el contar y asumir su realidad, Florencia lo relaciona con sus capacidades “*ahora siento como que puedo lograr más cosas...*” y su vitalidad “*como que me han vuelto las ganas de vivir*”, las funciones yoicas entonces, lograrían actuar de manera transversal. El asumir y aceptar la realidad, también genera un movimiento a nivel interno que fortalece al yo también de un modo realista.

### 20.2.2.- Viñeta clínica: “Cuando la carga se vuelve más sostenible”.

*P: Otra cosa que siento que me ha ayudado también es que hace unas sesiones atrás, bueno hace hartas sesiones atrás, como que me preguntaste como que, algo así como que de que me dejaba como de lado, o algo así, y la verdad que después de eso como que deje de hacer cosas que antes como que hacía pero como que hacía por los demás, o sea, yo me sentía incomoda y todo, pero igual las hacía, entonces ahí me ponía a pensar en eso y me daba cuenta como que no poh, no tenía que hacer cosas como que no me gustaran y como que las fui dejando de hacer y me ha servido hartito eso, pensar en mí primero, como que también me ha quitado como un peso grande de encima.*

*T: y... ¿de qué forma lo notas?*

*P: Es que por ejemplo, el mismo ejemplo de mi hermana con la relación que tuve ahora, como antes si hubiese visto como estos problemas y todo (refiriéndose a que la hermana no quería que tuviese una relación con su última pareja) yo hubiese cortado la relación para que mi hermana estuviera bien y feliz y sin tener problemas, pero siento que no tiene por qué ser así, entonces ahora ya no hago las cosas como por los demás... igual antes también tenía que ir a ver a mi primo como obligadamente y ahora he dejado de ir por lo mismo, porque es como, ya no voy a hacer las cosas que a mí me afectan y tampoco las tengo porque hacer por los demás, entonces igual como que ahora me siento como, más relajada y de hecho es como un logro para mí eso de poder contarle.*

En la viñeta anterior quizás se puedan ver los primeros pasos para intentar emerger como sujeto, sin embargo, el hecho que actúe desde lo que la terapeuta había planteado, nuevamente la posiciona en el mismo lugar.

Desde otro lugar, aquellos intentos por emerger como sujeto se logran ver cuando Florencia realiza un movimiento para detener la situación que le era más angustiosa como lo son las visitas a su primo, lo cual no sólo envolvía la vulneración o sensación de vulneración, sino

que además se concretizaba desde el hecho de tener que mantener una relación con aquel portador del daño que la re-victimizaba.

El cambio de esa pauta relacional establece también un acercamiento a la diferenciación tanto de su madre como de su hermana, alejándose lentamente de la simbiosis y de la sensación de ser parte de, comenzando a adquirir protagonismo en su vida, explorando el mundo y haciéndose responsable de sus consecuencias.

### **20.2.3.- Viñeta Clínica: “Posibilitando nuevos espacios terapéuticos”**

*T: La verdad Florencia también siento que es como un gran logro que lo puedas contar, porque al principio era como un secreto que lo querías guardar como con mil llaves y de a poco como que vayan saliendo esas cadenas me imagino que debe ser tremendamente aliviador, como en el sentido de poder compartir también con el resto esa vivencia y desde ahí me parece importante, que vayas con otro psicólogo para que además de seguir trabajando, puedas contarle también lo que te ocurrió y así ojalá que eso pudiese concretarse después en una denuncia que siento que te ayudaría también en el sentido como de hacer justicia.*

*P: Si también lo he pensado como más adelante poder contarle a mi familia, pero es como un paso que aún no me atrevo a dar y la verdad, es que no sé si lo daré y la idea como de ir con otra persona y empezar como todo de nuevo, como, no me agrada mucho en realidad, como que ya estoy súper acostumbrada a venir a las sesiones y hablar contigo y todo eso, entonces como que ver a otra persona y todo eso, lo pensé la sesión cuando me lo dijiste, pero después dije, no, porque no, quizás más adelante lo llegue a hacer, pero como que ahora no, no es mi opción, no.*

*T: Ok, me parece bien que tomes tus decisiones, pero te dejo la puerta abierta también para que lo pienses, creo que sería bueno seguir trabajándolo para que tu trabajo de hasta ahora no quede hasta ahí.*

*P: Quizás más adelante lo pueda hacer de nuevo, como plantearme buscar otro psicólogo y todo, pero la verdad es que igual no me gusta la idea como de buscar otro psicólogo y hablar como todo de nuevo... la verdad es que si lo hablara como todo de nuevo no creo que me afectaría tanto como cuando lo hablé la primera vez, pero igual sería fome empezar todo de nuevo.*

*T: Claro, es como empezar un nuevo camino, pero a veces uno puede caminar varios caminos y aunque a veces es cansador, el llegar a la meta debe ser súper gratificante también, es como cuando corres una maratón y te cansas, pero el llegar a la meta debe ser como un sentimiento súper enriquecedor.*

*P: Si, si igual es como que te sientes mejor, yo siento que he obtenido como hartos logros y puede ser que más adelante también lo haga, no sé qué tan mas adelante tampoco, pero yo sé que es posible, es muy posible que tal vez más adelante eh... pueda visitar a otro psicólogo, porque igual esto de venir a las sesiones me ha servido harto y me gustaría continuar, pero también creo que podré ir a otro psicólogo, pero es que, yo creo que más adelante lo voy a hacer igual.*

La mayor parte del relato, Florencia lo expresa con una tonalidad afectiva desde la rabia, por lo que además se genera la ambivalencia entre la negación absoluta de asistir con otro psicólogo y posteriormente la posibilidad de hacerlo, probablemente lo anterior surge debido a que nuevamente emerge el sujeto y se defiende y expresa su oposición por una decisión que no se había generado desde ella.

Quizás el cierre debió haber sido trabajado desde mucho antes que las tres últimas sesiones, comprendiendo además que no todos nuestros consultantes son iguales y dependiendo de cada uno de ellos y de las temáticas que traen consigo, nos direcciona no solamente a cómo se establece el proceso terapéutico, sino que además cuando se genera la apertura a la terapia (establecimiento de vínculo) y el proceso de cierre.

Si bien, desde la mitad de la terapia se fue mostrando el número aproximado de sesiones que quedaban, quizás era importante profundizar en esto por lo menos cinco sesiones antes de concluir, para no obstaculizar el paso de una posición a otra, que era lo que justamente se venía trabajando.

Los intentos por situarlo como una posibilidad y no como una imposición quizás da paso para que ella comience a pensar acerca de esto y a su vez disminuyera la rabia. En base a lo último hubiese sido importante también, reflejar la tonalidad afectiva que la terapeuta estaba percibiendo, y así profundizar en sus emociones respecto al cierre, sin embargo, quizás nuevamente la terapeuta se situaba desde un lugar culposo entonces al sentir que la podía dañar no logró reflejar la tonalidad afectiva de Florencia, perdiendo además un momento que quizás hubiese sido significativo para el mismo cierre.

El hecho de que continuara su proceso con otro profesional, abre la posibilidad de contar nuevamente lo que le había sucedido, lo cual es reparador en sí mismo y Florencia también lo había visualizado de esta manera en el momento que lo comenta a su amigo, además, si bien, se dieron los primeros avances en el trabajo terapéutico (dejar de visualizarse culpable, término de la relación con el abusador, situar el abuso en la realidad y como parte de su historia de vida), aún seguían algunas secuelas que actuaban en diferentes contextos, además de la dificultad de contarle a su entorno más cercano, su familia.

El abuso sexual generalmente deja huellas profundas y aunque lo traumático del abuso emerge desde diferentes contenidos, las expresiones de las huellas mnémicas generalmente poseen una carga emocional mayor con estas vivencias, lo que hace que muchas veces sea un proceso largo, que no se pueda lograr con una terapia breve sino en varias de éstas. Por lo demás este tipo de terapia se basa en diferentes focos, que en este caso se centró en la externalización de la culpa y situar el abuso en la realidad, además de los objetivos terapéuticos que se plantearon en un primer momento.

Al cumplirse estos objetivos, si se hubiesen seguido tratando las mismas temáticas, la terapia pasaría a ser iatrogénica, debido a que los puntos inicialmente establecidos ya se

habían cumplido y ahora para seguir avanzando, ella debía continuar con otros focos temáticos del abuso, por ende, estos deben establecerse con otro terapeuta.

#### **20.2.4.- Viñeta clínica: “La apertura a un nuevo camino”**

*T: Bueno Florencia, ya estamos casi en la hora y... bueno primero que todo te quiero decir que para mí ha sido importante este proceso, siento que así como tú dices que ha modificado ciertas cosas, a mí también me ha ayudado como, el caminar contigo y creo que tienes mucha garra, tienes esa fuerza como para poder avanzar en la vida, y espero que sigas avanzando y que encuentres más herramientas (emocionada).*

*P: Yo quiero darte las gracias, quiero darte las gracias porque me ha servido ene venir a estas sesiones, me gusta harto venir, porque ahora estoy mejor de ánimo y me gustaba venir, la verdad de verme como todo lo que fue el año pasado, a principio de año que lo pasé pésimo y todo, a verme ahora como estoy, más feliz... es todo gracias a ti y a las sesiones que hemos tenido (emocionada).*

*T: Bueno, los avances son tuyos y como te digo, también me ha servido, pero sobretodo está la fuerza interna que tienes, de hecho si te tuviese que retratar como con un concepto te pondría fortaleza, por eso de verdad cuando decías no puedo, era como mirar tu historia para darse cuenta que podías...*

*P: Si, es que siento que me tiraba mucho pa abajo, pero ahora he ido cambiando como ese pensamiento que tenía como tan negativo de mí.*

*T: Bueno todavía queda mucho camino, así que a seguir caminando.*

*P: si, yo creo que igual veré eso de seguirme atendiendo.*

En esta última viñeta nuevamente se retroalimenta, mostrando aquellas herramientas que posee Florencia, y con las cuales ha logrado enfrentar aquellas dificultades que obstaculizaron su camino y que sin embargo, ella logra sobrepasar.

Es importante señalar como Florencia después de haberse situado poco tiempo atrás (durante la misma sesión), desde la negativa de asistir a una nueva terapia, y como ahora cambia de posición y abre la posibilidad de seguir en nuevo proceso. Lo anterior emergería ya que la sesión estaba concluyendo y con esto, al ver frustrada la posibilidad de extender la terapia, cambia el discurso desde la reticencia a una nueva posibilidad de extender su proceso con un nuevo terapeuta.

Es importante además señalar, que en la viñeta anterior cuando se plantea nuevamente la importancia de iniciar un nuevo tratamiento, esto emerge desde otra situación, por lo que la aparición del mensaje es de manera violenta, y Florencia lo pudo haber sentido como algo impositivo. Si lo anterior ocurrió de esa forma, entonces es comprensible que Florencia respondiera con negativas y mostrando su oposición, por lo demás la acción de no aceptación bajo esta lógica y centrándonos en las posiciones (objeto/sujeto) se convierte en un logro terapéutico.

## **XXI.- CONCLUSIONES**

Al inicio, cuando se comienza a escribir acerca de este caso, se percibía a Florencia como alguien que venía cargando un saco de 100 kilos, probablemente desde una distancia bastante larga que simbólicamente puede representar todo el trayecto desde los 8 años (inicio del abuso) o quizás desde mucho antes, por la relación simbiótica con su madre, añadiendo además el peso de ir configurando nuevas relaciones con la misma tópica, en la cual ella debía someterse y depender de otros.

Quizás Florencia no tomó este saco, sino que lo había llevado toda su vida, haciéndolo parte de sí misma, comprendiendo entonces que la posición no pasa de haber sido un sujeto que se transforma y sitúa en una posición de objeto, sino más bien, que ha existido, se ha percibido y no comprende otra forma de estar en el mundo si no desde el constituirse como objeto.

El proceso terapéutico genera entonces una apertura al mapa individual de vida, aportando con nuevos espacios en el cual los consultantes logran mirar más allá de lo que habían logrado ver hasta ese momento, en donde emergen cuestionamientos, vacilaciones, expresiones y emociones respecto a un mismo tópico que antes sólo se vivenciaba, o se resolvía de una manera diferente, en este caso aceptando como si fuese parte de las circunstancias, sin poder activarse para modificar aquellas pautas de relación que la victimizaban.

El mirar más allá no es un proceso que se acepte, y genere de inmediato un cambio en los consultantes, es más bien desequilibrante y muchas veces puede tener una connotación negativa. Desde Florencia, el mirar desde otro lugar el abuso, lo había percibido como dañino, debido a que traía consigo nuevas emociones frente al abusador, por lo cual, las modificaciones que se generaban de manera interna y que a nivel externo se representaban con la rabia, la desestabilizaban, expresando su preferencia por haber seguido como antes, impávida ante el abusador.

Lo que se produce entonces puede llamarse el “shock” a lo nuevo, extendiéndolo no sólo a una nueva percepción de los acontecimientos o sujetos que interfieren en la vida de los consultantes, sino como el “shock” a las nuevas representaciones, emociones y al nuevo lugar que se empieza a actuar.

Como terapeutas, al facilitar este paso o cuando direccionamos para que las defensas dejen de actuar, debemos hacernos cargo y estar preparados para sostener posteriormente al consultante, funcionando como amortiguador de aquel “shock” que se hace presente, y así, facilitar una nueva construcción.

En cuanto a Florencia, luego de haber superado esta dificultad, comenzó a visualizar que existía una posición diferente para relacionarse, y así, dio los primeros pasos para ir constituyéndose como sujeto. Es desde ahí que comienza a realizar modificaciones que marcan la terapia y la posicionan desde un lugar más sano en el que logra utilizar sus herramientas para establecer sus propios límites, alejarse de la dependencia y situarse con mayor protagonismo y autonomía dentro de su historia de vida.

Así también el abuso logra ser traído a la realidad, una realidad que aunque sigue siendo difícil de llevar, mitiga los niveles de angustia, comprendiéndola como un suceso que no podrá borrar ni evadir, pero que si puede sanar.

Al situarlo desde lo real, logra ser narrado, debido a que ya no entra en pugna con lo imaginario, entonces no sólo se comparte en el ámbito terapéutico, si no que a la vez es narrado a nivel social, lo que potencia la reparación al establecer un reconocimiento de haber sido víctima.

Los cambios de Florencia dieron lugar a un nuevo estado de ánimo que probablemente era desconocido para ella, comenzó a aparecer un disfrute genuino por sus nuevas construcciones relacionales, además de la motivación por realizar diversas actividades, lo cual tiene principio en la activación de la energía vital.

Las modificaciones que se generaron a nivel relacional, potenciaron el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, los cuales tenían directa relación con la posición de objeto.

Desde la confianza en sí misma, no era posible construirla sin una diferenciación, ya que, ese sí mismo no existía, debido a que se encontraba fusionado con otros o construido por un otro que no era la consultante, por ende la emergencia de sujeto, hizo que Florencia comenzara a visualizarse y a creer en aquella persona que estaba emergiendo y en ese sí mismo que se estaba constituyendo.

Por otra parte, el desarrollo de habilidades sociales también guarda relación con la posición de objeto, debido a que no lograba relacionarse si no era desde la intermediación de un otro, en este caso de su hermana, en cambio, cuando empieza a aparecer el sujeto, Florencia logra iniciar interacciones sociales genuinas en las cuales se sentía cómoda y segura, sin tener que forzarse a generarlas.

Por último las relaciones de pareja comenzaron a construirse de una manera más sana, Florencia comenzó a establecer sus propios límites, haciéndose presente y participe de sus propias relaciones, apareciendo nuevamente una posición que la sitúa en el lugar de sujeto.

Respecto al abuso sexual, si bien es cierto, la situación en sí misma enmarca la dinámica de sujeto /objeto, con las diferencias obvias de un adulto que obliga a un niño, quien independiente de su lucha no puede defenderse y se somete ante el abusador de manera obligada. En la juventud, Florencia continuaba bajo esta imposición, el cual se refleja con el mismo hecho de bajar la mirada o la imposibilidad de revelar el abuso. Son las apariciones de sujeto y el ir situando el abuso como un hecho real lo que facilitó que Florencia lograra establecer un límite para no continuar sometiéndose a la visitas.

Si bien Florencia fue forjando sus propias herramientas, se hace necesario que ingrese nuevamente a un proceso terapéutico, para seguir sanando las huellas del abuso y continuar el camino hacia la construcción y constitución como sujeto.

Desde un punto de vista teórico es importante comprender los diferentes niveles que fomentaban el lugar de objeto en Florencia, desde Winnicott se logra establecer la relación simbiótica entre madre e hija, convirtiéndose en una relación traumática desde la intrusividad (en Alvarez, 2013), sin embargo, madre e hija actuaban como objeto del otro, y se gratificaban a través de esto (en Pollock,1964), entonces la madre sigue potenciando el mismo tipo de relación con el fin de que Florencia le siguiera perteneciendo (Burlingham, 1944, en Pollock,1964).

Se logra comprender entonces, que a nivel familiar se hacía difícil romper las cadenas que la ataban a la posición de objeto, así también, Florencia se resistía a salir de este lugar, probablemente porque al convertirse en objeto, mitigaba la fantasía de ser abandonada, sin embargo, también se percibe como negativo lo cual se podría ligar con la culpa persecutoria que plantea Melanie Klein (1921-1945), que además aparece también en el abuso, lo cual, logra ser recreado en la producción onírica de Florencia.

Como se logra ver a lo largo del análisis, el abuso sexual no sólo había marcado la infancia de la consultante, sino que irrumpía constantemente en su juventud y la re-victimizaba a través de la culpa y de hechos tan concretos como la obligación de mantener un contacto con el abusador, produciéndose múltiples situaciones abusivas en un mismo acto, que se direccionan desde el abusador, de la madre de Florencia y de la propia consultante, lo cual tiene su lugar en la posición que seguía manteniendo.

Probablemente los más curativo de la terapia respecto al abuso fue haberse reconocido como víctima de una situación que en ese momento no podía detener (Llanos & Sinclair, 2001), lo cual se logra después de ubicar el abuso en la realidad, y no en la fantasía inconsciente planteada por algunos autores, en la cual lo perverso, era pensado como propio de la consultante, desde ahí la dificultad de Florencia de poder mirarse como víctima del abuso (Heimann, Issacs & Riviere, 1962).

El encuentro con las otras posiciones y miradas no tan solo del abuso, sino en diferentes ámbitos relacionales, se logra gracias al diálogo que captura la subjetividad de la

consultante (Mella, 2003; Wells, 2001; Wertsch, 1998. En Andreucci, 2013), en el que la multiplicidad de posiciones son expresadas tanto por Florencia como por la terapeuta, haciendo parte la polifonía planteada por Bakhtin (Bajtín, 1982. En Martínez, Tomicic & Medina, 2014). Se establece entonces una interacción con nuevos parajes de su mundo interno (Martinez, Tomicic & Medina, 2014) los cuales se encontraban obstaculizados por la vivencia abusiva e interferencias familiares. La terapia fomenta el encuentro y la comprensión de estas nuevas posiciones, facilitando la emergencia de las que estaban inconscientes y que por ende no lograban ser integradas, lo que trajo consigo nuevos significados y con esto nuevos enunciados (Angus & McLeod, 2004; Bromberg, 1998; Dimaggio & Stiles, 2007; Hermans & Hermans-Jansen, 2004; Lehmann, 2013; Neimeyer & Buchanan-Arvey, 2004; Salvatore, Carcione & Dimaggio, 2012; Salvatore & Gennaro, 2012; Stiles, 1999. En Martinez, Tomicic & Medina, 2014) emergiendo la construcción de su propia subjetividad (Andreucci, 2013).

En la efectividad de la terapia, también influyó el re-construir un vínculo sano entre la terapeuta y la consultante (Molina, et.al. 2013), reparando aquellos errores que pudieron haber convertido la terapia en iatrogénica, lo que hizo posible que Florencia lograra alcanzar los objetivos terapéuticos que se había planteado en un principio.

Desde el punto de vista metodológico es gracias a las viñetas clínicas que se hace posible narrar este caso, debido a que logra enmarcar todos los detalles que ocurrieron en el espacio terapéutico, facilitando un análisis en profundidad, tanto de los tiempos, expresiones, forma y contenido de un mensaje.

Así también se logra reconstruir la historia de Florencia y reproducir aquellas sesiones que son más ilustrativas de la posición en la que se situaba y era situada no sólo por la familia de la paciente, sino también por la terapeuta.

Las viñetas hicieron posible identificar la tonalidad afectiva con que se expresaron los mensajes, lo que facilitó el análisis de aquel contenido que emergía, dando el espacio

necesario para lograr distinguir su procedencia y así profundizar en el análisis del proceso intersubjetivo.

Desde una reflexión clínica global el caso de Florencia permite comprender el campo de la psicología clínica desde un paradigma intersubjetivo, mostrando aquellas interacciones entre paciente/terapeuta que incidieron en la terapia, así también, fomenta el desarrollo de herramientas clínicas, debido a que durante el desarrollo del caso, aparecen elementos y dificultades que logran ser observadas por la terapeuta y así, generan un giro que potencia un proceso efectivo.

Es gracias a lo anterior, que se logran internalizar aquellas herramientas que debemos adquirir como psicólogos clínicos, tanto con la práctica como con el análisis posterior del caso, además del proceso continuo de supervisión, el cual, se debe seguir desarrollando, teniendo en cuenta que una segunda voz facilita el trabajo terapéutico, entregando una visión más amplia de un mismo caso.

Una de las situaciones que se logra ver reflejada en la escritura del caso, es la dificultad que genera la utilización de la técnica y como ésta violenta a Florencia, probablemente si la consultante no hubiese mostrado a la terapeuta lo que esto producía, la terapeuta se hubiese mantenido en sesión desde un plano más defensivo, generando sesiones actuadas y no centradas en los emergentes, por lo tanto, las herramientas alcanzadas con Florencia facilitan un cambio transversal, que potencia una nueva posición para estar en terapia, tanto con Florencia como con otros pacientes.

El caso de Florencia permite una construcción y una nueva constitución como terapeuta, identificando las propias herramientas para el desarrollo del trabajo clínico, lo cual en este caso se basa en el diálogo más que en la utilización de técnicas o tareas. De esta manera, construir en sesión en base a lo que se va formando en ese espacio, facilita la apertura y de esta manera una escucha realmente activa.

## XXII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarez, K. (2003). *Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible?*. Boletín sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia. Santiago, 14, 1 - 68.
2. Andreucci, P. (2013). *Alteridad, intersubjetividad, subjetividad*. Documento de trabajo no publicado. Universidad Ucinf, Santiago de Chile.
3. Benyakar, M. & Lezica Á. (2005). *Lo traumático clínica y paradoja*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
4. Butta, J. (2011). Del silencio a la palabra en el abuso sexual infantojuvenil. Informe de Avance N° 1 de maestría, *Universidad Argentina John F. Kennedy*, Buenos Aires.
5. Capella, C. (2010). Develación del abuso sexual en niños y adolescentes: un artículo de revisión. *Revista Chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 21(1), 44-56.
6. Chodorow, N. (1984). *El Ejercicio de la Maternidad*. Barcelona: Editorial Gedisa.
7. Cornejo, M & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas individuo y sociedad*. 10(2), 12-34.
8. Díaz, F. & Cruzat, C. (2011). Anorexia Nerviosa: Reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 1-9.
9. Flores, E. (2004). Paralenguaje de los ojos en Esquilo. *Synthesis (La Plata)*, 8(11), 55-76.
10. Heimann, P. Isaacs, S. Riviere, J. (1962). *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Hormé.
11. Hermans, H. (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self. *Brunner-Routledge*. 16, 89-130.
12. Herrera, P. Fernández, O. Krause, M. Vilches, O. Valdés, N & Dagnino, P. (2009). Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de

- un Modelo Ordenador. *Terapia psicológica*, 27(2), 169-179. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200003&Ing=es&tIng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200003&Ing=es&tIng=es). 10.4067/S0718-48082009000200003.
13. Klein, M. (1921-1945). *Amor, Culpa y Reparación y otros trabajos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
  14. Kotsías, B. (2006). Freud acertó con la represión. *Medicina*. 4(66), 372-374. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802006000400017&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000400017&Ing=es&nrm=iso). ISSN 1669-9106.
  15. Larraín, A. & Medina, L. (2007). Análisis de la enunciación: Distinciones operativas para un análisis dialógico del discurso. *Estudios de psicología*, 28(3), 283-301.
  16. Larraín, A. & Moretti, R. (2011). *Análisis dialógico de habla privativa argumentativa*. *Psicoperspectivas*, 10(2), 60-86. Recuperado desde <http://www.psicoperspectivas.cl>.
  17. Llanos, M. & Sinclair, C. (2001). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales. *Psykhe*, 10 (2), 53 - 60.
  18. Magaña, P. & Torres, C. (2012). La deserción de pacientes del Centro Atención psicológica (CAPS), desde un punto de vista en primera persona. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago.
  19. Martínez, C. Tomicic, A & Medina, L. (2014). Psychotherapy as a discursive genre: A dialogic approach. *Culture & Psychology*. 20 (4), 501-524.
  20. Martínez, N. (2012). El narcisismo... Freud y Lacan. *Revista de Psicología GEPU*, (1), 79 - 89.
  21. Martínez, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. 2216 (26) 53-69.
  22. Molina, M. Ben-Dov, P. Diez, M. Farrán, Á. Rapaport, E. Tomicic, A (2013). Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de clínica psicológica*. 22 (1), 15-26.
  23. Monroy, S. (2003). El estudio de caso: ¿Método o técnica de investigación? *Revista de la asociación Mexicana de metodología de la ciencia y de la investigación*. 1(1), 38-63.

24. Novella, E. & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21 (3), 205-219. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso)>. ISSN 1130-5274.
25. O'Dell, L. Crafter, S. Abreu, G & Cline T. (2012). The problem of interpretation in vignette methodology in research with young people. *Qualitative Research*, 12 (6), 702-714.
26. Perea, A. (2005). Terapia centrada en la emoción. *Aperturas Psicoanalíticas*, 20. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000791&a=Terapia-centrada-en-la-emocion>.
27. Piccone, A. & Passalacqua, A. (2010). Algunas observaciones para evaluar las funciones yoicas de realidad con la aplicación de una técnica gráfica. *Anu. Investig*, 17, 185-194. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862010000100063&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100063&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1851-1686.
28. Pignatiello, A. (2006). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una Perspectiva psicoanalítica. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. 25 (11), 161-168.
29. Policía de investigaciones de Chile. (2008). Agentes preventivos estratégicos. Recuperado de <http://www.policia.cl/jenafam/paginas/dacom/dacompresentaciones/Delitos%20sexuales%20profesionales.pdf>.
30. Pollard, R. (2008). *Dialogue and Desire: Mikhail Bakhtin and the Linguistic Turn in Psychotherapy*. London: Editorial Karnac.
31. Pollock, G. (1964). Simbiosis y neurosis simbiótica. *Revista Uruguay de psicoanálisis*, 6, 3-65. Recuperado de: [www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196406020304.pdf](http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196406020304.pdf).
32. Quirós, P. (2006) Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familias. Tesis de magister no publicada, Universidad De Chile, Santiago.
33. Ricoeur, P. (2000). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. *Análisi*, 25, 189-207.
34. Rivera, J. (2010). Tratamiento del silencio en la clínica psicoanalítica: de la charla palabarrera a una ética. *Pensando Psicología*. 6(10), 136-140.

35. Sassenfeld, A. (2010). Un analista fenomenológico-contextual: La teoría de los sistemas intersubjetivos y la práctica clínica. Entrevista a Robert Stolorow. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria: Temas y controversias*, 6 (3), 278-283.
36. Soria, R. (2007). Simetría y doble vínculo en relaciones de pareja. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 2, 1-10. Recuperado de <http://journals.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/19107/18134>.
37. Stoppiello, L. (2009). Estudio de caso único: vicisitudes en la selección de la muestra de una investigación doctoral. *UCES*, 224-246.
38. Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires: Paidós.
39. Vallespir, N. (2000). *La muerte y otros comienzos*. Montevideo: Editorial Trilce.
40. Villegas, M. (2005). Análisis del discurso y negociación del significado en psicoterapia. *Interpsiquis*, 1-30. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/3311>.

## **ANEXOS Y MATERIAL DE TRABAJO**