



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

MALTRATO EN LA INFANCIA, TRAUMA Y CUERPO:  
EL CASO DE SOFÍA

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
MELISSA RIVERA MOTA

DIRECTORA:  
DRA. ANA MARÍA FABRE Y DEL RIVERO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M  
DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M  
DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M  
MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

MARZO, 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Resumen.....  | 1  |
| Introducción .....  | 2  |
| Marco Teórico.....  | 4  |
| Capítulo 1. El Maltrato En La Infancia .....  | 4  |
| Abuso Sexual Infantil.....  | 7  |
| Violencia en los lazos familiares.....  | 14 |
| El Maltrato Infantil: una lectura desde el psicoanálisis.....                               | 17 |
| Capítulo 2. El Trauma .....   | 23 |
| El concepto de trauma desde Freud.....  | 24 |
| El concepto de trauma desde Ferenczi .....  | 32 |
| Nuevos aportes a la concepción del trauma: el acontecimiento traumático.....                | 35 |
| Capítulo 3. Efectos Traumáticos del Maltrato Infantil y su manifestación en el Cuerpo ..... | 38 |
| La ausencia de la palabra y la vivencia del maltrato .....                                  | 39 |
| El concepto cuerpo .....  | 41 |
| La manifestación psicósomática.....   | 44 |
| El cuerpo violentado y la manifestación somática .....                                      | 50 |
| Historia Clínica .....  | 54 |
| Método .....  | 63 |
| Planteamiento del Problema.....   | 63 |
| Pregunta de investigación .....   | 68 |
| Objetivo general .....  | 68 |
| Objetivos específicos.....  | 68 |
| Supuesto .....  | 69 |
| Definición de categorías.....   | 69 |

|  |     |
|--|-----|
| Tipo de estudio .....  | 70  |
| Instrumentos .....   | 72  |
| Participantes .....  | 73  |
| Escenario .....  | 73  |
| Procedimiento .....  | 73  |
| Consideraciones éticas .....   | 74  |
| Resultados y discusión .....   | 76  |
| La vivencia del maltrato en la infancia de Sofía .....                   | 76  |
| El maltrato como experiencia traumática en Sofía .....                   | 87  |
| Las heridas del trauma y su manifestación en el cuerpo de Sofía.....     | 94  |
| Análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales ..... | 100 |
| Conclusiones .....   | 103 |
| Referencias.....   | 110 |

*Y, por sobre todo,  
¿Cómo hacer para que esta palabra inaugure un campo de inscripción  
y no un ruido sobreimpreso, en un pesado silencio,  
que no deja de reforzarlo?*

## Resumen

En el presente trabajo se desarrolló el análisis de caso de una joven de 18 años quien vivió maltrato en la infancia, el cual constó principalmente de violencia intrafamiliar y abuso sexual por parte de figuras de confianza. Durante todo el tiempo que vivió estas formas de maltrato, no habló de ello debido a que no contaba con los recursos para hacerlo y por las amenazas de los agresores. Se halló que mientras tuvieron lugar los episodios de violencia y abuso sexual, a la par se presentaron una serie de malestares físicos, que afectaron diversas áreas como el sueño, la alimentación y la salud. A partir de estas evidencias, el objetivo fue analizar como el cuerpo fue portavoz de las experiencias de maltrato vividas en su infancia. Se realizó una investigación cualitativa con estudio de caso, donde se analizaron más de 100 sesiones de tratamiento psicodinámico psicoanalítico. Se encontró que el maltrato que sufrió en la infancia fue un evento traumático que quedó sin elaboración debido a que no contó con recursos psíquicos para ello. Tanto la violencia física y emocional como el abuso sexual, los experimentó como un sometimiento del cuerpo físico y un avasallamiento psíquico que la anuló como sujeto, y esto terminó siendo mediado por el cuerpo físico en forma de desorganización somáticas y una imagen del cuerpo devaluada.

*Palabras clave:* Maltrato infantil, violencia intrafamiliar, abuso sexual, psicossomático, trauma, psicoanálisis, adolescencia

## Abstract

This work expounds on the case study of a young 18-year-old woman who experienced child abuse, consisting primarily of domestic violence and sexual abuse inflicted on her by her primary caregivers. Throughout the period during which the abuse persisted, she did not broach the subject, as she lacked the resources to do so and was deterred by the abuser's threats. It was observed that, as long as the episodes of violence and sexual abuse ensued, several maladies appeared, affecting various areas such as sleep, appetite, and health. From the evidence outlined above, the objective was to analyze how the body manifested the consequences of the prolonged abuse suffered during childhood. A qualitative investigation with case-study was performed, in which over 100 sessions of psychodynamic psychoanalytic treatment were analyzed. It was found that the abuse suffered during childhood was a traumatic event that remained untreated due to a lack of psychological resources. The experiences of physical and emotional violence, as well as the sexual abuse, were perceived as domination of the physical body and subjugation of the mind that invalidated her as a subject which ultimately became mediated by the physical body in the form of somatic disorganization and a devalued body image.

*Keywords:* Child abuse, domestic violence, sexual abuse, psychosomatic, trauma, psychoanalysis, adolescence.

## Introducción

Una realidad alarmante es que las infancias están expuestas a múltiples formas de maltratos en diversos contextos como lo son la familia, escuela, comunidad e instituciones. El maltrato, en sus distintas formas, deja huellas psíquicas profundas con efectos persistentes que condicionan la constitución de la subjetividad del individuo. Una de las formas más alarmantes y poco visibilizadas de maltrato es el abuso sexual en la infancia. El abuso sexual tiene repercusiones devastadoras en el infante y lo introduce en espacio donde la palabra no media, un vacío de representación psíquica, dejándolo atrapado en sentimientos de odio, vergüenza, hostilidad, sumisión y culpa, que persiste con el paso del tiempo. La adolescencia es el momento en que se reviven y reelaboran experiencias de la infancia. A partir del proceso de reorganización, se da paso a la manifestación de algo nuevo, aunque esto no implica que el pasado quede borrado por completo, sino que lo transforma y adquiere nuevos sentidos y significados.

Este fue el caso de Sofia, una adolescente quien durante su infancia vivió violencia física, emocional por parte de sus familiares y abuso sexual por parte de figuras de confianza. Estos acontecimientos traumáticos terminaron por desbordar sus resistencias psíquicas, pues no contaba con los recursos psíquicos ni físicos para defenderse o alejarse de las agresiones, además de haber estado sometida a un pacto de silencio impuesto por el agresor. De esta forma, las experiencias de maltrato quedaron resguardadas en el silencio por mucho tiempo.

¿Cómo pudo una niña transitar en silencio tan devastadora realidad? Esta fue una pregunta que guió el trabajo clínico desarrollado con Sofia. Fue en el espacio psicoterapéutico donde se

halló que, durante ese difícil tiempo lleno de secretos y silencios, hubo varios intentos de tramitación, particularmente puestos en el cuerpo, tanto en lo físico como la imagen.

Es así como en el presente trabajo se explorarán, tanto teóricamente como por medio del análisis de caso, los siguientes puntos: el impacto del maltrato infantil en la subjetividad de Sofía, el desarrollo del trauma generado por las vivencias de maltrato durante su infancia, y los efectos traumáticos de la violencia y abuso sexual y su manifestación en el cuerpo. Si bien este caso puede tener múltiples puntos de análisis y lectura, la perspectiva desde donde se va a pensar dicho caso será el papel del cuerpo como portavoz del maltrato.

## Marco Teórico

### Capítulo 1. El Maltrato En La Infancia

*“La infancia, esa desnudez terrible”.*

*Lyotard.*

“His majesty the baby” (Freud, 1914, p. 88) una reconocida frase de Freud donde se plantea que, durante la infancia, los padres esperan que el niño tenga mejor suerte que ellos, “realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación” (p.88). Sin embargo, a lo largo de la historia, los niños han sido objeto de posesión sometida a la voluntad e intimidación de los adultos, ya sea a partir de su explotación, intercambio u ofrendas. Por mucho tiempo, los niños no eran reconocidos por su condición lógica de infante, sino de un “mini adulto”.

Es hasta el año 1990, por medio de la Convención sobre los Derechos del Niño, donde al niño se le dio un estatuto distinto al del adulto con el cual cambió la forma de pensar las infancias y adolescencias. En este tratado se reconocen los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes.

Un hecho es que, a lo largo de la vida, las personas han llegado a estar expuestas a diversas formas de maltrato. Una realidad es que las infancias y adolescencias no son ni tan cuidadas y ni resguardadas en sus derechos. Por lo tanto, este capítulo tiene el objetivo de abordar el alarmante panorama del maltrato infantil y sus diversas manifestaciones.

Para ello, es importante definir qué es el maltrato infantil. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (1999) define como *maltrato infantil*:

Toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (p.15).

El maltrato es un fenómeno muy complejo, donde la dinámica, los factores de riesgo y sus estrategias de prevención difieren en función de la edad de la víctima, su entorno y el tipo de relación entre la víctima y el perpetrador (OMS, 2006).

El maltrato infantil está relacionado a otras formas de violencia, por lo que este se inserta en una clasificación más general. Según la OMS (2006) la violencia se clasifica en tres grandes grupos, y dependiendo del contexto en que es llevada a cabo, estos son: violencia autoinflingida, violencia interpersonal y violencia colectiva.

La *violencia autoinflingida* es aquella en que el perpetrador y la víctima son una misma persona. Puede clasificarse en: autocastigo y suicidio (OMS, 2006).

La *violencia interpersonal* es aquella que se ejerce entre distintas personas. Puede clasificarse en: violencia familiar y/o de pareja, y violencia de grupo. La *violencia familiar* se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y generalmente acontece en el hogar. Esta abarca el maltrato infantil, la violencia de pareja y el abuso de ancianos. La *violencia de grupo* es aquella que se ejerce entre distintas personas, conocidos o desconocidos. Esta abarca

la violencia juvenil, los asaltos, la violencia asociada a los delitos contra la propiedad, y la violencia en los lugares de trabajo y otras instituciones (OMS, 2006).

La *violencia colectiva* es aquella que es ejercida por grupos de personas más numerosos y puede clasificarse en tres grupos: social, política y económica (OMS, 2006).

A partir de esta clasificación, se puede plantear que los actos violentos tienen distintas formas de expresión. Estas pueden ser: físicos, sexuales, emocionales o psicológicos, y desatención. En el caso del maltrato infantil, también se clasifican en cuatro tipos: abusos físicos, sexuales, emocionales o psicológicos, y desatención (OMS, 2006). En este apartado no se desarrollará el concepto de abuso sexual, pues este tendrá una sección exclusiva debido al propósito de este trabajo.

Los *abusos físicos* se definen como el uso deliberado de la fuerza física contra un menor y que como resultado ocasione perjuicios para la salud, el desarrollo o la dignidad del niño. Estos constan de golpes, palizas, patadas, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos, abrazamientos, quemaduras, envenenamiento y asfixias. Es importante resaltar que gran parte de la violencia infantil en el hogar tiene el aparente propósito de castigar al menor como una forma de educarlo (OMS, 2006).

Los *abusos emocionales o psicológicos* se entienden como incidentes, ya sean aislados o recurrentes, donde el cuidador mantiene al infante en un entorno inapropiado y carente de apoyo para su desarrollo personal. Estos comportamientos tienen impacto en la salud física y mental, y en el desarrollo, físico, mental, moral y/o social del menor. Estos constan de restricciones, menosprecio, culpabilización, amenazas, los actos de terror, discriminación o ridiculización, rechazo o trato hostil (OMS, 2006).

La *desatención* se define como eventos, ya sean aislados o reiterativos, de abandono por parte de un progenitor u otro miembro de la familia en condiciones de ofrecérselo, con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en uno o más de las siguientes áreas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, hogar y condiciones de vida seguras (OMS, 2006).

### ***Abuso Sexual Infantil***

De acuerdo con varios autores, uno de los tipos de violencia más alarmantes y poco visibilizadas es el Abuso Sexual Infantil [ASI].

La OMS (2006) define el *abuso sexual infantil* como:

La participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima. (p. 10).

El abuso tendrá como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona. Esto puede incluir: la coerción del menor para realizar una actividad sexual ilegal, la explotación del infante para que se prostituya o realice prácticas sexuales ilegales, y/o la explotación de menores en espectáculos y productos pornográficos (OMS, 1999).

La dinámica del ASI se basa en una interacción abusiva, donde no necesariamente se incluye un contacto sexual. Estos contactos pueden ir desde tocamientos, penetración o su intento,

hasta exhibicionismo, voyerismo, actitudes intrusivas sexualizadas, comentarios lascivos, exhibición de pornografía, participación en pornografía o contacto vía internet con propósitos sexuales (*grooming*) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2016).

A partir de esto, podemos observar que el abuso sexual se da en tres niveles: a nivel sexual, de poder y de confianza. Estos ocurren en un “contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación” (Orjuela y Rodríguez, 2012, p. 7).

Summit (1983) refiere que los estudios sobre ASI coinciden que el común denominador de las víctimas es que son niñas y adolescentes abusadas por hombres adultos a lo que se les confían sus cuidados. Sin embargo, esto no quiere decir que los niños varones no estén expuestos a este tipo de maltratos, estos suelen ser tan frecuentes, en igual estado de indefensión, pero más reservados a admitir que son víctimas de abuso sexual que las niñas y adolescentes.

Estos datos se obtienen a partir de las denuncias que se realizan, aunque generalmente estas son muy escasas “en tanto que hay alguna capacidad pública para creer que las niñas pueden ser víctimas desamparadas de abuso sexual, existe un repudio casi universal de la víctima niño-varón” (Summit, 1983, p. 180).

Pero ¿a qué se debe esto? El ASI es una forma de abuso que afecta la sexualidad del individuo. La intimidad de una persona se compone de múltiples aspectos, entre ellos la sexualidad que a su vez no se restringe a la genitalidad. Como anteriormente se describió, el abuso sexual no se limita a realizar conductas genitales, sino que abarca un espectro mucho más amplio de conductas sexuales. La detección del ASI es dificultada por los miedos y mitos respecto a la sexualidad (Save the Children, 2001).

Por mucho tiempo el abuso sexual ha quedado capturado en un estatuto de *tabú*. Y en tanto tal, se calla, pues se ha transmitido de generación en generación que debe ser secreto, privado y vergonzoso (Cacho, 2009).

Para ello, Ronald Summit (1983) desarrolló el concepto de *Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil*. Dicho concepto surge a partir de la experiencia clínica colectiva de centros donde se ofrecen tratamientos para la atención del ASI, y de los informes y denuncias de las víctimas.

El síndrome se compone de cinco categorías, de las cuales dos son precondiciones para que tenga lugar el abuso sexual, y tres son contingentes en la agresión sexual, estas son: 1) el secreto, 2) el desamparo, 3) el atrapamiento y acomodación, 4) la revelación tardía, conflictiva y no convincente, y 5) la retractación (Summit, 1983).

#### 1. *El secreto.*

La iniciación, la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, el desamparo y la auto-culpa dependen de una realidad aterradora del abuso sexual infantil: “Este ocurre sólo cuando el niño está solo con el adulto ofensor, y jamás debe ser compartido con nadie más” (Summit, 1983, p.181).

Ningún niño está preparado para el acoso por parte de un adulto en quien confía. El adulto le da al niño una serie de explicaciones “inadecuadas, ilógicas, auto-complacientes o auto-protectoras” (p.181) con el cual justifica el secreto. Dicha intimidación puede ser gentil o amenazante. Sin embargo, el estatuto de secreto, le deja claro al niño que lo que ocurre es malo y peligroso.

El secreto puede cumplir tanto la función de atemorizar como la de una promesa de seguridad, adquiriendo proporciones mágicas y horrorosas para el infante. Un niño que no posee la conciencia de la sexualidad como la de un adulto, e incluso sin dolor o vergüenza de la experiencia sexual en sí misma, quedará capturado por el sentimiento de maldad y peligro a partir de sostener el secreto del abuso (Summit, 1983).

## *2. Desamparo.*

Existe una expectativa sobre la función del adulto: brindar protección al niño. Sin embargo, encontramos que en las relaciones autoritarias se da la subordinación y el desamparo. A los niños, generalmente, se les educa para desconfiar de los adultos extraños, pero se les pide obediencia y afecto hacia los adultos de confianza que se encuentren a su cargo (Summit, 1983).

Es mayor la posibilidad de que un adulto conocido y en posición de confianza agrede a un menor, a que esto suceda por un extraño:

La realidad predominante para la víctima más frecuente de abuso sexual no es la experiencia de la calle o el patio del colegio, ni tampoco alguna vulnerabilidad a las tentaciones edípicas, sino la intrusión implacablemente progresiva, sin precedente, en actos sexuales por parte de un adulto dominante en una relación unilateral de víctima-perpetrador (Summit, 1983, p.182).

El sentimiento de desamparo y de asimetría de poder queda reforzado por el hecho de que el abuso es ejercido por un adulto al que el menor le tiene confianza y cariño. Los niños son fácilmente intimidados por su desamparo y por la incomodidad de comunicar sus sentimientos hacia otros adultos (Summit, 1983). En estudios recientes se han encontrado relaciones entre el

ASI y otros tipos de maltrato como lo es la violencia física, psicológica y negligencia en los lazos familiares (Vitriol et al., 2007). En este sentido, Losada (2011) señala la presencia de ciertos elementos que propician el desarrollo de vulnerabilidad y desamparo, terreno fértil para que se presente abuso sexual, estos son: “convivencia sin uno de los padres biológicos, una madre poco o nada disponible, negligencia, una percepción de la propia familia como no feliz, niños con discapacidades emocionales, sensoriales, físicas o cognitivas, familias poco cohesivas, no organizadas y disfuncionales” (p.41).

### *3. Atrapamiento y acomodación.*

Generalmente, el abuso sexual que experimenta el niño no ocurre solo una vez:

Tiende a desarrollarse un patrón compulsivo, adictivo el cual continúa ya sea hasta que el niño alcanza autonomía o hasta que el descubrimiento o la prohibición forzada se impone sobre el secreto. Si el niño no buscó o no recibió una intervención protectora inmediata, no hay opción para detener el abuso. La única opción saludable que le queda al niño es aprender a aceptar la situación y sobrevivir (Summit, 1983, p.184).

Diversos autores han encontrado que el niño emocionalmente resiliente aprenderá a acomodarse a la realidad constante de abuso sexual, no sin dejar rastros de las dolorosas habilidades de sobrevivencia ejercidas, por medio de las cuales se exponen el daño causado en su integridad tanto física como psíquica.

Algunos de esos rastros son el autocastigo, las autolesiones, la reestructuración selectiva de la realidad y las personalidades múltiples (Summit, 1983). A su vez, suele presentarse el miedo y la desconfianza, o su opuesto, una dependencia absoluta al objeto amado, una dificultad profunda

para confiar, un apego irracional al objeto del que se enamoran, el escenario de la sexualidad se vive muy conflictivo, sensación de vergüenza, estima baja, y también hay casos donde las víctimas se identifican con lo sufrido y pueden ser abusadores o abusadoras (Insua, 2023). Otros síntomas psicológicos pueden ser: “fatiga, falta de concentración, comportamientos no convencionales (fugas, crisis de cólera, insolencia, provocaciones, súbitos reproches y rechazo), repliegue, bloqueo, desinterés, pérdida de la curiosidad, trastornos mnésicos” (Perrone y Nannini, 1997, p. 142). Asimismo, también pueden presentar una serie de conducta erotizadas que son exteriorizadas en el contexto escolar o familiar: “búsqueda imposible de un compañero sexual, seducción caricaturesca o provocación frente al adulto, exhibicionismo, mimetización y adultomorfismo, constituyen la fase oculta del abuso que siempre es vivido de una manera confusa y traumática” (p. 142).

Otra forma de la acomodación es la idea donde el menor termina creyendo que ha provocado los terribles encuentros, y sostiene la idea de que solo cuando aprenda a ser bueno, podrá obtener amor y aceptación: “la suposición desesperada de responsabilidad y el fracaso inevitable de obtener alivio establece el fundamento para auto-odiarse” (p. 184).

#### *4. Revelación tardía, conflictiva y no convincente.*

Los casos donde el abuso sexual es revelado, tratado, informado o investigado son la excepción, no la regla: “La revelación es una consecuencia ya sea de un conflicto familiar arrollador, el descubrimiento incidental por una tercera parte o el resultado de la educación de la comunidad por parte de las agencias de protección” (Summit, 1983, p. 186).

En muchos casos se ha encontrado que si el conflicto familiar es el que devela el abuso, esto acontece después de algunos años de constantes agresiones y del eventual quiebre del

mecanismo de acomodación. En otras situaciones, este se da cuando el menor ya puede hablar (Summit, 1983).

Muchas veces la revelación del abuso, hacia miembros significativos del grupo familiar u otras figuras de confianza, deja como resultado que estos duden o nieguen de la veracidad de las palabras de la persona agredida, generando un conflicto entre los miembros de la familia y hacia la víctima, donde se cuestiona y desconfía del relato, y a su vez, no se ofrece ningún tipo de apoyo o de ayuda para éste (Summit, 1983). En muchas ocasiones, la imposibilidad de ver las situaciones de abuso entre los miembros de la familia puede deberse a las propias situaciones de abuso que atravesaron los padres en su infancia, de los cuales nunca han hablado o fueron silenciados por adultos responsables de su crianza (Losada, 2011).

##### *5. Retracción.*

Quizás uno de los momentos más duros y desesperanzadores es el de la retractación. Generalmente esto ocurre cuando las víctimas de abuso no reciben apoyo después de la revelación del abuso sexual, no se abordaron los sentimientos de culpa o vergüenza, o por el cese del abuso. La respuesta, ya sea del adulto o de las instituciones, suele ser indiferente o dubitativa, en el cual consideran que lo dicho por la víctima, y más si este es un menor, es una invención o fabulación, lo cual orilla a la persona a retractarse. Lamentablemente muchas veces se cree más en la retractación que en el relato del abuso que rompe el silencio (Summit, 1983).

La ambivalente culpa, el enojo por la revelación, la obligación por preservar la estabilidad de la familia, el descubrir que los temores y amenazas que sostenían al secreto son ciertas, generará devastadores estragos psicológicos. Y de esta forma:

La chica “admite” que inventó la historia. Esta simple mentira tiene más credibilidad que las quejas más explícitas de entrapamiento incestuoso [...] Los niños aprenden a no quejarse. Los adultos aprenden a no escuchar, y las autoridades aprenden a no creerle a los niños rebeldes quienes tratan de utilizar su poder sexual para destruir (Summit, 1983, p. 188).

Sin embargo, si se ofrece un apoyo especial y una intervención pronta ubicando la responsabilidad en el agresor, esto podrá ofrecer el sostén, compañía y apoyo durante el proceso de revelación, y, en algunos casos, de denuncia del abuso (Summit, 1983).

### ***Violencia en los lazos familiares***

La familia ha sido considerada como un sistema nuclear desde el cual se constituye la socialización primaria de los individuos. Es un grupo que tiene la función de asegurar la supervivencia del infante, crecimiento, desarrollo individual y social que facilite la creación de nuevos vínculos a lo largo de su vida. De igual forma, se espera que dicho sistema brinde cuidados y protección a sus integrantes de la violencia del exterior. Sin embargo éste también puede llegar a ser un escenario donde se ejercen actos de violencia, incluso con mayor impunidad para los agresores (Ulloa, 1996).

La *violencia familiar* se define como:

Todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por

acción o por omisión, ocasionan daño físico y psicológico a otro miembro de la relación. Cuando hablamos de violencia familiar nos referimos a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo intrafamiliar (Corsi, 1999, p. 30-31).

La violencia en los lazos familiares es un fenómeno social, que se presenta a nivel mundial y que ocurre en todos los niveles socioeconómicos, y se describe como:

Toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios miembros que de forma permanente ocasionen daño físico, psicológico o sexual a otros de sus miembros, que menoscabe su integridad y cause un serio daño a su personalidad y/o la estabilidad familiar (Quiñones, Arias, Delgado y Tejera, 2011, p. 3).

Las principales víctimas de violencia en el seno familiar son aquellos integrantes quienes se encuentran en posición de vulnerabilidad ya sea por su condición física o mental, dependencia física y/o afectiva, falta de recursos económicos y el desconocimiento de sus derechos (Corsi, 1999).

La violencia infligida a los infantes por adultos de su propia familia es una de las formas más recurrentes de maltrato en la infancia, pues socialmente se refuerza la idea de que los hijos son propiedad de los progenitores: “ implica que éstos tienen el derecho a actuar y utilizar el castigo como medida disciplinaria ante el niño, cada vez que lo estiman conveniente, situación en la que, por ser un “asunto privado”, nadie puede ni debe intervenir” (Ulloa, 1996, p. 185).

A su vez, la violencia puede ser de dos tipos: directa e indirecta. En su forma *directa*, al ser el receptor de actos violentos, o de forma *indirecta*, ya sea como observador, testigo o estar

informado de los actos violentos, “debido a que la violencia entre los padres y el abuso infantil coexisten, las consecuencias suelen ser acumulativas para el niño al ser a la vez observador y víctima” (Ulloa, 1996, p. 186).

Existen cuatro condiciones predisponentes para que el maltrato infantil se presente, particularmente dentro del núcleo familiar (Ulloa, 1996). La primera precondition es *la presencia de un abusador potencial, con una motivación para ejercer abuso*, algunos factores de riesgo que pueden motivar el ejercicio del abuso son la carencia de estrategias propias para: “enfrentar las necesidades y las demandas de los niños -en sus diferentes etapas de desarrollo-, para enfrentar los retos de la relación entre generaciones en la época actual y sobrevivir ante el estrés que les impone el ambiente” (p. 185). La segunda condición es el *bloqueo de las inhibiciones del maltratante en potencia*, que emerge como producto de emociones intensas, consumo de alcohol o drogas, mismas que propician el pasar del deseo a la acción de la agresividad.

Otros autores también proponen otros factores como: “la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente” (Quiñones, Arias, Delgado y Tejera, 2011, p. 4). La tercera condición es *el bloqueo de los inhibidores externos*, el abusador se encontrará en la mejor posición para ejercer los abusos si este se encuentra “inserto en una comunidad, familiar o social no preparada para intervenir inhibiendo el proceso abusivo” (Ulloa, 1996, p. 185). Este a su vez, necesita tener acceso y/o estar en una relación de poder con el niño o adolescente vulnerable.

La cuarta condición es la *vulnerabilidad de ciertas personas menores de edad*, cabe señalar que no todas las personas menores de edad son igualmente vulnerables, pues los factores que

contribuyen a dicha condición, además de los anteriormente detallados, son: “la falta de información, el aislamiento, la situación social desventajosa” (p. 185).

Los efectos de la violencia familiar sobre el niño se pueden expresar en distintos ámbitos, a corto y largo plazo (Ulloa, 1996). A corto plazo, se manifiestan de forma física, psiquiátrica, y en el desarrollo. Entre ellas se destacan:

Cogniciones sociales alteradas, baja autoestima, falta de empatía y depresión. También son frecuentes los síntomas de estrés postraumático, agresividad, problemas de conducta, dificultades de aprendizaje, pesadillas con contenido de violencia y aumento de la angustia cuando el niño recuerda algún episodio abusivo. Estos niños pueden ser inhibidos en el plano emocional, y su conducta puede ser regresiva. Otros síntomas son los trastornos del sueño e irritabilidad (p. 186).

A largo plazo, por medio de la transmisión intergeneracional de la violencia, aumento de la criminalidad, desordenes psiquiátricos y otras complicaciones a nivel psicosocial (Ulloa, 1996).

### ***El Maltrato Infantil: una lectura desde el psicoanálisis***

Desde la mirada del psicoanálisis, diversos autores han coincidido en la necesidad de distinguir entre la agresividad y la violencia. Allegue, Carril, Kohen y Tejería (2014) plantean que la agresividad o la disposición agresiva es innata en el ser humano. El acto agresivo se transforma en violento cuando se sostiene por una intención de dominar al otro y existe una asimetría de poder. De esta forma, la violencia implica el dominio de un ser humano sobre otro, donde se presenta una

indiscriminación ilusoria, hay un rechazo de la diferencia, no se tiene en consideración al sujeto y se busca anular su singularidad.

Por otra parte, Bassols (2012) propone abordar el término *violencia* “como la vertiente comportamental de la agresividad de tipo destructivo, al abuso de la fuerza o del poder para maltratar o subyugar a los demás” (p. 2).

Cuando en un entorno predomina la violencia, los más afectados son los infantes y adolescentes. Allegue, Carril, Kohen y Tejería (2014) señalan que “la familia, por la cualidad y función de sus vínculos, constituye un espacio privilegiado para la expresión de ese dominio que pretende moldear al otro a imagen y semejanza del propio yo” (p. 63).

La violencia tiene la particularidad de provocar en el otro malestar, sensaciones inelaborables, donde el cuerpo queda en posición de objeto. El ejercicio de la violencia por parte de los adultos se debe a una transmisión generacional, “habrá huellas, al menos en síntomas que continuarán ligando a las generaciones entre sí, en un sufrimiento del cual les seguirá siendo desconocida la apuesta que sostiene” (Kaës, 1996, como se citó en Janin, 1997, p. 7).

En el maltrato infantil hay una dificultad para distinguir el psiquismo parental del propio, en el cual el infante vive el rechazo de aspectos tanto de sí mismo, como de su propia hostilidad hacia los que lo maltratan. Los padres que no pueden ubicar a sus hijos desde la diferencia atentan contra él como una forma de eliminar un pedazo de ellos que no les gusta. De esta manera, el infante queda capturado por una serie de ideales parentales que, al no ser cumplidos, se vive de forma terrorífica, lo cual se busca acallar o controlar por medio de los maltratos (Janin, 1997).

¿Cuáles son los efectos de la violencia en la constitución de la subjetividad del infante?  
Para responder esta pregunta, es importante diferenciar entre las violencias *estructurantes* de las *desestructurantes* (Janin, 2002).

Las *violencias estructurantes* son aquellas que propician un corte, límite o investidura. Entre ellas se encuentran: la violencia identificatoria, la violencia de la amenaza a la castración y la violencia primaria. La *violencia identificatoria* es aquella que, a partir de la identificación con el otro, instaura la posibilidad de verse a sí mismo: la estructuración del yo. La *violencia de la amenaza a la castración*, es aquella por la cual se constituye el superyó y el ideal del yo (Janin, 1997). La *violencia primaria* es aquella que otorga un sentido a partir de la inevitable pero necesaria intrusión humanizante del otro, con la finalidad de estructurar el mundo de las representaciones (Castoriadis-Aulagnier, 1977). La autora señaló lo siguiente:

Una violencia primaria, que designa lo que en el campo psíquico se impone desde el exterior a expensas de una primera violación de un espacio y de una actividad que obedece a leyes heterogéneas al Yo. [...] La acción mediante la cual se le impone a la psique de otro una elección, un pensamiento o una acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario (pp. 34-36).

En cuanto al fenómeno de la violencia, Castoriadis-Aulagnier (1977) planteó que genera una diferencia que propicia la separación entre un espacio psíquico materno, el cual ya ha pasado por la represión y así fue implantada la infancia Yo, de la organización psíquica del infante. Dicha violencia refuerza en el infante una división preexistente la cual tuvo su origen en la bipolaridad originaria que escinde los objetivos, si bien contradictorios, del deseo. De esta forma, se puede

observar que la violencia estructurante, es una intrusión necesaria, no dañina, que favorecer la instauración de instancias psíquicas, a favor del deseo y de la vida.

Por otra parte, las *violencias desestructurantes* son “aquellas que trabajan al servicio de la pulsión de muerte, en tanto tienden a romper conexiones” (Janin, 1997, p. 9). Es una irrupción avasallante por parte del otro que provoca dolor y malestar, que deja al infante carente de toda satisfacción.

En el acto agresivo, el que lo ejerce, agrede desde el dominio o el desborde, a alguien que no considera como un igual, sino en una posición inferior y de sometimiento “es la diferencia entre pegar una palmada suponiéndola una medida educativa y descargar la agresividad o la desesperación sobre el otro” (Janin, 1997, p.9). En la violencia deshumanizante se arrasa con la subjetividad del otro “en la violación, sometimiento, tortura, abandono, hambre, son formas del desconocimiento del otro, del avasallamiento de la singularidad del otro” (p. 9).

Existen diferentes tipos de violencias desestructurantes: la *violencia por ruptura de barreras* y la *violencia por ausencia* (Janin, 1997).

En la primera, se rompen las barreras de protección antiestímulo, de tal forma que no hay una inscripción de huellas mnémicas sino una expulsión de lo inscrito, una imposibilidad de elaboración, lo cual se experimenta con un gran dolor y malestar del cual se busca huir. En caso de que se llegue a dar una inscripción, de lo que no se podrá huir es de la necesidad de repetir ese vínculo que agrede. Este corresponde a experiencias donde el dolor arrasa con el entramado psíquico del sujeto (Janin, 1997).

En la segunda, el individuo queda a expensas de sus propias sensaciones y exigencias internas, y la indiferenciación de las urgencias pulsionales, las cuales derivan en catástrofes anímicas. La libido no puede ligarse a nada y no se puede construir un mundo representacional. Estas corresponden a las experiencias de situaciones de abandono (Janin, 1997). Existe una tercera forma de violencia que se da cuando se fuerza al infante a romper sus soportes identificatorios o se desconocen sus posibilidades y su historia (Janin, 2002).

Según Janin (2002) algunos de los efectos de la violencia en la infancia, mismos que no son excluyentes entre sí, son los siguientes: anulación de la conciencia en tanto registro de cualidades y sensaciones, tendencia a la desinscripción, a la desinvestidura, a la desconexión, confusión identificatoria, repetición, y ligazón del dolor con el erotismo.

En la *anulación de la conciencia en tanto registro de cualidades y sensaciones* se plantea que cuando el maltrato tiene lugar desde los primeros años de la infancia, se pierde la posibilidad de diferenciar sensaciones. Los infantes maltratados quedan “anestesiados”, en búsqueda de sensaciones fuertes. Y lo pueden llegar a buscar en situaciones de peligro, accidentes, drogas, repliegue narcisista, deprivación que puede llevar a la delincuencia (Janin, 2002).

La *tendencia a la desinscripción, a la desinvestidura, a la desconexión*, implica el excorporar o expulsar violentamente toda investidura, dejando un vacío de representaciones. Esto puede traer como resultado perturbaciones mentales como lo son desorganizaciones somáticas graves o pobreza de actividades psíquicas (Janin, 2002).

En la *confusión identificatoria*, el infante no puede reconocer quién es. Se plantean dos formas de salida de esta confusión: al ubicar un enemigo o un mundo externo como peligroso, o adquiriendo una identidad por identificación con aquello que los otros suponen que lo define,

muchas veces propiciando que se instale en el niño la idea de *ser malo* como una forma de justificación del maltrato vivido (Janin, 2002).

En el *repliegue narcisista*, los infantes se recluyen de diferentes formas, algunos se sobreadaptan, mientras que el influjo libidinal inviste órganos de su cuerpo de forma patológica. En otros casos, viven en un estado permanente de apronte angustioso, una alerta permanente (Janin, 2002).

La *repetición* de la vivencia se puede dar de forma activa o pasiva. En la primera forma, se da una identificación con el agresor. En la segunda forma, se busca una repetición textual por medio de otro agresor. En ambas vías, se lleva a la repetición de la vivencia, como un intento de ligadura de la experiencia traumática (Janin, 2002).

La *deprivación que puede llevar a la delincuencia*, está fuertemente vinculada con una actitud de venganza, acompañado de una dificultad de construir soportes éticos (Janin, 2002).

Por último, en la *ligazón del dolor con el erotismo*, se plantea que se instaura una co-excitación libidinal que puede llevar a un goce masoquista (Janin, 2002).

## Capítulo 2. El Trauma

*“No solo existen las fantasías,  
sino lo efectivamente acontecido”.*

*Gabriela Insua.*

Por mucho tiempo, las infancias y adolescencias han sido objeto de maltratos. El maltrato se caracteriza por su condición de *abuso*. ¿A qué llamamos *abuso*? Este presenta algunas características: darse en un contexto de lo familiar o lo cercano, el agresor está presente de forma constante en la cotidianeidad del infante, y se sostiene a partir una posición abusiva en relación con un poder asimétrico que se da en el terreno de una relación de confianza (Insua, 2023).

Como vimos en el capítulo anterior, el abuso sexual infantil forma parte de una de las caras del maltrato infantil. Es posible que sea una de las formas de maltrato más difíciles de reconocer debido a los tabús sociales.

¿Qué es lo que sucede en el abuso sexual? Se presenta un abuso de poder que se juega en la escena sexual. Una situación que es impuesta al infante, atípica y sin su consentimiento. El niño queda capturado como objeto del otro, es expropiado de su cuerpo y a su vez, violentado. Este fenómeno se le define como *trauma*.

Para ello comenzaré abordando su concepto. El *trauma* se define como:

Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se

caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 447).

Lo traumático no es el acontecimiento en sí, sino el efecto que tiene en el psiquismo. No necesariamente generará patología, pero siempre exige un trabajo psíquico. El que se produzca una patología o no está relacionado al modo de resolver lo traumático que a su vez depende de la fortaleza del yo (Cohen, 2019).

Este capítulo tiene como finalidad abordar qué entendemos como trauma desde diferentes posturas del psicoanálisis.

### ***El concepto de trauma desde Freud***

Dentro de la obra de Freud, se encuentra el desarrollo del concepto del *trauma* como núcleo de su propuesta teórica.

Freud (1894) en “*Psiconeurosis de defensa*”, desarrolló una propuesta donde planteó que el síntoma en la neurosis tenía su origen en un suceso de tipo sexual, que violentaba de manera abrupta el desarrollo normal del niño. A partir del estudio de las histerias, encontró que en éste se presentaba una reacción frente a un estímulo traumático.

En estos casos detectó que eran personas que gozaban de salud psíquica “hasta el momento en que sobrevino un caso de inconciliabilidad en su vida de representación” (Freud, 1894, p. 49). La presencia en el yo de una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto penoso el cual se decide a olvidar. Freud encontró que generalmente esto ocurría en las mujeres y

que las representaciones inconciliables estaban relacionadas a vivencias y sentires de índole sexual, mismas que las afectadas buscan empujar lejos de sus pensamientos y sofocarlas.

Más adelante, en su obra "*Proyecto de psicología*" (1895), Freud mencionó que las representaciones inconciliables, tienen el estatuto de ser muy intensas y estas se reprimen, desarrollándose un desplazamiento al cuerpo, a un objeto o a otra representación. Esta representación inconciliable e intensa tiene que ver con la vida sexual del paciente.

Por medio del análisis del caso Emma, Freud (1895) planteó que el origen del trauma se da a partir de la presencia de dos acontecimientos: la *primera escena*, que ocurre en la infancia en donde el infante sufre un ataque sexual por parte de un adulto, y la *segunda escena*, que suele presentarse después de la pubertad, la cual tiene un rasgo asociado a la primera escena. Aunque en la infancia no se cuentan con los elementos para poder significar lo ocurrido, en la adolescencia sí se tendrán. Sin embargo, el recuerdo de la primera escena emerge sin que exista la posibilidad de representarse y desencadena un influjo de energía libidinal que desborda las defensas del yo, dando lugar al síntoma.

Las vivencias de lo traumático quedan inscritas de forma anacrónica y surgirán en el presente de esa misma manera. En otras palabras, es aquello que tiene que ver con el allá y entonces, una huella muy pasada en la vida del sujeto "el recuerdo despierta un desprendimiento sexual que se transpone en angustia" (Freud, 1895, p. 401).

En "*Nuevas puntualizaciones sobre las neurosis de defensa*" (1896), Freud colocó el acento en la etiología de las neurosis. En la histeria, el síntoma histérico sostiene las vivencias traumáticas y estas son de índole sexual, tienen su origen en la niñez temprana, su contenido consiste en una irritación de los genitales y esta experiencia se da de forma pasiva. Freud realizó

un análisis de sus 13 casos graves de histeria donde descubrió que todos sus pacientes presentaron “influjos sexuales nocivos, a veces eran cosas directamente aborrecibles” (p.165).

En estos casos encontró abusos sexuales por parte de figuras que cuidaban a los infantes, que iban desde personal de servicio, niñeras, gobernantas hasta figuras familiares como lo son los hermanos. Las edades en las que se presentaban dichos abusos iban desde el año de edad hasta los 10 años, y puntualizó que, en varios de sus casos, el trauma sexual, o la serie de traumas, se daban dentro de los 3 y 4 años de edad (Freud, 1896).

El 21 de septiembre de 1897, en la correspondencia que tenía Freud (1897) con Fliess escribió:

Ya no creo más en mi «neurótica» [...] Después, la sorpresa de que en todos los casos el padre hubiera de ser inculcado como perverso, sin excluir a mi propio padre, la intelección de la inesperada frecuencia de la histeria, en todos cuyos casos debiera observarse idéntica condición, cuando es poco probable que la perversión contra niños esté difundida hasta ese punto (p. 301).

Es en esta carta donde Freud planteó sus dudas con respecto a la teoría de la seducción, para dar paso a su propuesta teórica de la realidad psíquica. Él mencionó que las escenas de seducción de sus pacientes eran un invento producto de sus deseos inconscientes incestuosos y no acontecimientos reales. En otras palabras, concluyó que el trauma tiene que ver con las fantasías y la trama edípica. Freud sostuvo que el trauma es constitutivo en las neurosis y dejó de lado la realidad alarmante que desde sus tiempos tiene lugar: el abuso sexual infantil. Será a partir de la lectura de otros autores donde concluirán que el trauma en el ASI desgarró la trama edípica del

sujeto y la sexualidad que se juega es la del agresor, pues el infante lo vive como una acción violenta.

En “*Más allá del principio del placer*” (1920), un texto que Freud publicó en postguerra, desarrolló el concepto de *neurosis traumática*. Esta surge a partir de un suceso agudo y sorprendente, donde la integridad del sujeto se encuentra en riesgo y éste reacciona con temor. Aunque este cuadro presenta similitudes al de la histeria, la diferencia radica en un debilitamiento y una destrucción general de las operaciones anímicas.

De la vivencia del suceso se desprende miedo, terror y angustia. Es importante diferenciar que no son sinónimos. La angustia surge como una reacción ante un peligro y la preparación para él, indicando una perturbación económica en el aparato psíquico. En el miedo se requiere de un objeto determinado para despertar el sentimiento. Y el terror es un estado que se desencadena cuando se corre un peligro sin estar preparado, el factor sorpresa. La angustia tiene un papel de proteger contra el terror (Freud, 1920).

De esta forma, se define *traumáticas* “las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo” (Freud, 1920, p.29). ¿A qué se refiere con la protección antiestímulo? Para ello es necesario recordar una de las funciones del aparato psíquico: “dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación” (p.29).

Freud (1925) explicó que la entrada de los estímulos al aparato psíquico, pasan por *dos estratos*: la *protección antiestímulo* externa, destinada a rebajar la magnitud de las excitaciones que llegan y la superficie receptora de estímulos, el *sistema percepción-conciencia (P-Cc)*. La barrera antiestímulo tiene el propósito de averiguar la orientación y la índole de los estímulos

exteriores. Esta “busca preservar el influjo nivelador y por tanto destructivo, de las energías hipergrandes que laboran fuera” (Freud, 1920 p. 27). Ambas operaciones se vinculan entre sí, siendo esta la forma en cómo el aparato psíquico tramita la percepción, las recibe acompañadas de consciencia y transmite la excitación hacia los sistemas mnémicos inconscientes. La entrada de nuevas percepciones modifica las huellas mnémicas (Freud, 1925).

Cuando el cuerpo experimenta dolor se debe a que la protección antiestímulo fue perforada. La reacción en la vida anímica ante esta intrusión llevará a que se movilice la energía de investidura con la finalidad de crear una investidura energética de un nivel correspondiente, a esto se le conoce como conrainvestidura. Por medio de ello, se empobrecen los otros sistemas psíquicos, lo que trae como resultado una parálisis o rebajamiento de cualquier operación psíquica (Freud, 1925).

De tal forma que, a mayor investidura, mayor capacidad tendrá el aparato para recibir los aportes de energía fluyente para así poder ligarlos psíquicamente. Por el contrario, a menor investidura, menor será la capacidad del sistema para recibir energía y más violentas serán las consecuencias de la perforación de la barrera antiestímulo (Freud, 1925).

Sin embargo, en el trauma hay una descarga muy fuerte que no puede ser procesada y la barrera antiestímulo se rasga. Esto provocará una perturbación en la economía energética del organismo y activará los medios de defensa. Freud (1920), plantea que la neurosis traumática es el resultado de “una vasta ruptura de la protección antiestímulo” (p.31). En toda serie de traumas, el factor más importante para el desenlace es la diferencia entre los sistemas no preparados y los preparados por sobreinvestidura. Por ejemplo, los sueños traumáticos buscan reducir la evocación de la situación traumática, intentando recuperar el dominio sobre lo pulsional no-ligado por medio del desarrollo de angustia (Freud, 1920).

Dentro de los aportes que Freud ofrece en esta obra para la concepción del trauma, se resaltarán particularmente dos: si un estímulo es demasiado intenso, el aparato psíquico no puede ligarlo y da lugar a un proceso de repetición. Y el fenómeno traumático no se da como resultado de la magnitud del evento, sino de la relación entre el evento mismo y la resistencia del aparato psíquico, de la barrera antiestímulo, en otras palabras, el encuentro del mundo externo y el interno como determinante de la subjetividad.

Más adelante, en su obra *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud desarrolló el concepto del *desamparo*, para explicar el encuentro entre lo psíquico con los hechos de la situación traumática, y cuando se presenta la imposibilidad de tramitar la excitación de dicho choque.

Para ello, el autor se remontó a la etapa de la infancia, donde el bebé se encuentra en un estado de total dependencia e invalidez, a dicho estado lo nombra *desvalimiento*. Éste potencia la influencia del mundo exterior, en tanto hay la existencia de peligros y a su vez, objetos protectores que habitan en él. La madre es el prototipo de objeto protector, “desde entonces, repetidas situaciones de satisfacción han creado el objeto de la madre, que ahora, en caso de despertarse la necesidad, experimenta una investidura intensiva, que ha de llamarse «añorante»” (Freud, 1926, p. 159). Dicha condición coloca al bebé en una posición de desvalimiento ante el incremento de los estímulos. La ausencia de la madre, aunque esta sea temporal, el bebé la experimenta como definitiva y habita en él el temor de no volver a verla. Será a través de la repetición de dicha experiencia donde aprenderá que las desapariciones de su madre estarán acompañadas de nuevas apariciones. De esa forma, anhelará a la madre, pero sin desesperación (Freud, 1926).

A partir de ello, Freud (1926) planteó la existencia de dos experiencias amenazantes: de peligro y traumática.

Con la experiencia de que un objeto exterior, aprehensible por vía de percepción, puede poner término a la situación peligrosa que recuerda al nacimiento, el contenido del peligro se desplaza de la situación económica a su condición, la pérdida del objeto. La ausencia de la madre deviene ahora el peligro; el lactante da la señal de angustia tan pronto como se produce, aun antes que sobrevenga la situación económica temida (p.130).

¿Qué sucede con la angustia? La angustia que se experimentó en el nacimiento pasa a ser el prototipo de un afecto de angustia que compartirán los destinos de otros afectos. De igual forma, se reproduce en situaciones análogas a las originarias como una forma de reacción inadecuada, que en su primera situación de peligro fueron las adecuadas: “el yo adquiriría poder sobre este afecto y él mismo lo reproducía, se servía de él como alerta frente al peligro y como medio para convocar la intervención del mecanismo de placer-displacer” (Freud, 1926, p. 151).

De esta forma, la angustia tiene dos génesis: la *angustia automática*, que es involuntaria, se da como respuesta a una situación de un gran incremento de la tensión psíquica que el aparato psíquico no puede metabolizar “una situación de peligro análoga a la del nacimiento” (Freud, 1926, p. 152). Esta se relaciona con la neurosis traumática. La *angustia señal* es generada por el yo como señal de peligro y tiene la finalidad de “movilizar su evitación.” (p. 152). Posee dos características: una es de expectación, y la imprecisión y falta de objeto, está íntimamente relacionada con la experiencia del desamparo. A su vez, esta se vincula con las psiconeurosis.

Las situaciones de las cuales se desprende la angustia pueden clasificarse en: *situación traumática*, donde se presenta un desborde de excitación, se rompe la barrera antiestímulo y se experimenta desamparo, y *situación de peligro*, una situación discernida, recordada y esperada. Estas se agrupan según: el origen de la fuente de los hechos, en angustia y situación de peligro

interna y externa, y en angustia y situación de peligro conocida o desconocida. La situación de peligro puede dar o no dar lugar a la acción de mecanismos de defensa ya sea dirigido al mundo externo o al mundo interno (Benyakar y Lezica, 2005).

Freud (1926) puntualizó lo siguiente:

La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de este, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su decurso (p. 156).

La angustia de la que emerge el desamparo puede reactivarse en la vida adulta. El sujeto queda capturado por un peligro que se vive interno y externo, pues se relaciona con una situación traumática, donde hay una exigencia pulsional y una amenaza del exterior, “el estado de desamparo se considera el prototipo de la situación traumática” (Rodríguez- Rendo, 2012, p.42). Al reactivarse, se puede ver cómo opera la premisa sobre el inconsciente: este siempre está activo y aquello “olvidado”, puede resurgir. Al ser un prototipo de la situación traumática, retorna la angustia que se vive de manera indeterminada y desbordante: “Las experiencias de abandono y de separación pueden inyectar en el sujeto la sensación de estar sin salida” (p. 43).

A lo largo de la obra de Freud, se puede encontrar cuatro principales ejes teóricos en relación al tema del trauma. El primero es la vivencia del desamparo, el segundo es lo no ligado y el atravesamiento de la barrera antiestímulo, el tercero es la diferencia entre la angustia señal (neurosis traumática) y la angustia automática (psiconeurosis), y el cuarto es sobre el decurso de lo anímico y la repetición. Estos ejes nos permiten conocer el *complejo traumático*.

### *El concepto de trauma desde Ferenczi*

Sándor Ferenczi fue un discípulo de Freud, quien generó grandes aportes al concepto del trauma, más allá de situarlo como el núcleo de la patología. Su enfoque nos permite entender el trauma desde el campo de lo intersubjetivo: la relación con el otro.

En su conferencia “*Confusión de lengua entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión*” (1933) observó como las repeticiones de los sucesos traumáticos estaban muy presentes en su práctica clínica. Encontró que el trabajo con las enormes cantidades de afectos rechazados, al llevarse a la vida anímica consciente, trajeron la supresión de sus síntomas.

Ferenczi (1933) puso el acento en la importancia del traumatismo sexual como un factor patógeno. Fue así como visibilizó que el abuso sexual estaba presente en las infancias, incluso en las familias más honorables. Estos abusos y violaciones se presentaban más a menudo de lo que se llegó a pensar en esos tiempos. Estos eran practicados por padres, personas de confianza de la familia, personal doméstico o de enseñanza, todos ellos abusando de la ignorancia e inocencia de los niños. A su vez, objetó y cuestionó la idea de Freud sobre las fantasías de los niños: las mentiras histéricas.

La seducción incestuosa surge desde una relación de amor entre un adulto y un niño. En el niño, lo que se juega es una fantasía lúdica, si bien erótica, siempre situado en el campo de la ternura. Por otro lado, en el adulto se da desde un lugar diferente, pues confunden los juegos de los niños con los deseos de una persona sexualmente madura, llevando a cabo actos sexuales como lo son los abusos y las violaciones a infantes y adolescentes (Ferenczi, 1933).

Dicha experiencia, los infantes lo viven con rechazo, odio, desagrado y resistencia, pero generalmente esta se encuentra inhibida por el terror. De igual forma, experimentan una sensación de indefensión, tanto física como moral. En la posición asimétrica en la que se encuentran, los infantes enmudecen ante la fuerza y autoridad del adulto “pero cuando este temor alcanza su punto culminante, le obliga a someterse automáticamente a la voluntad del agresor, a adivinar su menor deseo, a obedecer olvidándose totalmente de sí e identificándose por completo con el agresor” (Ferenczi, 1933, p. 3).

En esta identificación, se da una introyección del agresor, este desaparece de la realidad exterior y se hace intrapsíquico, pero queda sometido, es modelado y transformado de una manera alucinatoria, siguiendo el principio de placer “en cualquier caso la agresión cesa de existir en cuanto la realidad exterior y, en el transcurso del trance traumático, el niño consigue mantener la situación de ternura anterior” (Ferenczi, 1933, p. 4).

Un aspecto importante que se juega en la identificación con el agresor, es el de sentimiento de culpa, donde el “juego” aparentemente insignificante, ahora merece un castigo. Por otro lado, el infante llega a experimentar una gran confusión pues se considera inocente y culpable, además de vivenciar una confusión en sus propios sentidos (Ferenczi, 1933). Todo esto queda potenciado con la actitud indiferente del agresor quien se consuela con la idea de que es un niño, aún no sabe nada y olvidará lo sucedido

Además de la identificación, otro mecanismo del yo, es el de la *progresión traumática*, en la cual el infante que vive abuso sexual, despliega de forma repentina, ante la urgencia traumática, todas las emociones de un adulto maduro, una maduración súbita, *los niños sabios* (Ferenczi, 1933).

¿Cómo son las relaciones con las otras figuras de confianza? Ferenczi (1933) planteó que estas no son lo suficientemente fuertes e íntimas para que el niño pueda pedirles ayuda, o en otras desafortunadas ocasiones, el niño al hablar de lo vivido, esto es rechazado y calificado como tonterías. De esta forma, el autor desarrolló la siguiente hipótesis: “el niño del que se ha abusado se convierte en un ser que obedece mecánicamente o que se obstina; pero no puede darse cuenta de las razones de esta actitud” (p. 4). En ella propuso que la personalidad, aún débil, del infante reacciona al desagrado mediante una identificación ansiosa y con la introyección de lo amenazante. Se llega a un tipo de personalidad constituido por el ello y el superyó.

En la infancia se desarrolla la capacidad de experimentar un amor objetal antes de un estadio de identificación, a esto se le denominó *amor objetal pasivo* o el *estadio de la ternura*. Este amor objetal se da como fantasías y de forma lúdica. Los niños juegan con las ideas de ocupar el lugar de un progenitor para convertirse la pareja del otro. En la realidad, no quieren ni pueden pasar de dicha ternura. Y si se les impone más amor o un amor diferente al que desean, tendrán repercusiones patógenas, “esto nos llevaría muy lejos al hablar de todas las neurosis y consecuencias caracterológicas que pueden resultar de la apertura precoz a formas de amor apasionado, teñido de sentimientos de culpabilidad en un ser inmaduro e inocente” (Ferenczi, 1933, p. 4): la *confusión de las lenguas*.

El erotismo que se juega en la infancia y en la adultez se da en campos distintos. En el erotismo infantil hay ternura, en el erotismo adulto hay pasión. Y de esta forma, el adulto que agrede un niño, lo utiliza para sus fines sexuales y/o agresivos:

El niño queda en situación de exilio: forma parte del mundo adulto sin estar integrado, y participa del mundo de los niños sin poder pertenecer a él. Es extranjero en uno y en otro. En su casa oye

una lengua extranjera y habla una lengua extranjera en el exterior, de ahí que esté condenado al silencio (Perrone y Nannini, 1997, p. 174).

Con respecto a los efectos psíquicos específicos por el efecto traumático, se menciona que se da una escisión del trauma “no habrá representaciones reprimidas que retornan en forma simbólica” (Benyakar y Lezica, 2005, p. 88). Por lo tanto, no hay un registro mnémico en el inconsciente. El traumatismo no podrá ser recordado, solo repetido. En la teoría de la memoria se plantean dos niveles: el nivel de mentalización, que posibilita el recuerdo, y el nivel arcaico, la memoria corporal, queda disociado del pensar-recordar, es reactivado como descarga emotiva o como acción (Benyakar y Lezica, 2005).

### ***Nuevos aportes a la concepción del trauma: el acontecimiento traumático***

Después de este recorrido a través de la propuesta de Freud y la perspectiva de Ferenczi, se desarrollará el concepto de *acontecimiento traumático*.

El *acontecimiento traumático* se define como todo aquel suceso que irrumpe en la vida de una persona, grupo o sociedad, de una forma imprevista, con un quantum de energía desbordante, imposible de tramitar, que permanece como energía no ligada. Es un evento que la persona no lo elige, dándole una condición de sorpresa y así, no consigue inscribirse en el psiquismo (Insua, 2023).

Este monto de energía impide el procesamiento de la experiencia, la cual permanece sin elaboración psíquica, aumentando la posibilidad de afectar al sujeto independientemente del paso del tiempo (Benyakar & Lezica, 2005). A su vez, tendrá formas muy particulares de manifestarse,

ya sea por medio de alucinaciones, pesadillas traumáticas, episodios de angustia, sensaciones de despersonalización, confusión, la repetición de lo idéntico, entre otros fenómenos.

Algunos teóricos también nombran al acontecimiento traumático como *evento traumático*.

Soler (1998) en su conferencia “*El trauma*”, mencionó:

Cuando definimos el trauma hablamos de evento traumático, cuando hay efracción de un real que cae bajo el individuo, un real imposible de anticipar, y a la vez imposible de evitar. Un real, por eso lo llamamos real, además que parece excluir la incidencia del inconsciente, o del deseo propio del sujeto que padece el trauma. Entonces hablamos del trauma cuando hay una efracción del dolor, del sufrimiento, del espanto, por vía de un encuentro inesperado (p. 1).

De esta forma, el trauma es una herida generada por un agente externo que crea un daño persistente en el psiquismo del sujeto. Es el encuentro entre una *realidad externa*, situación disruptiva, siendo lo disruptivo una situación que abrupta e imprevistamente desborda toda posible previsión y defensa, por ejemplo, catástrofes naturales o de intervención humana, y una *realidad interna*, la singularidad de cada sujeto (Benyakar y Lezica, 2016). Lo traumático es aquello que queda fuera de sentido, de lo tolerable y que expone al sujeto a un exceso de excitación cercano al dolor. Hay un exceso de real o de una amenaza. A su vez, lo introduce en un campo donde la palabra no media, sino existe un agujero de representación psíquica (Cohen, 2019).

De tal forma que no hay recursos ante su irrupción, se forcluye, esto quiere decir que “el sujeto no se reconoce implicado, se reconoce aplastado, víctima, pero no toma parte” (Soler, 1998, p. 4).

Las vivencias traumáticas se dan en una *temporalidad circular congelada* (Benyakar y Lezica, 2016). Las huellas traumáticas, en tanto pasado, tienen la particularidad de una percepción actual que impregna el presente y lo embiste de modo permanente. Estas huellas no pueden ser ubicadas dentro de una linealidad tiempo-espacio, por lo que no hay posibilidad de la formación de recuerdos encubridores que permitan el desplazamiento de los afectos. Y retorna en formas de alucinación o episodios de angustia imposible de tramitar: el olvido imposible.

A partir de esta lectura, se propone que el ASI es un trauma no sexual, aunque se encuentra en la esfera de la sexualidad, es un acontecimiento traumático porque su monto de energía es imposible de tramitar: “y como tal no entra en el armado del tejido fantasmático, ni de la novela edípica, sino que, por el contrario, agujerea, desgarrar la trama” (Insua, 2023, p.14). El trauma que se genera en el abuso en la infancia se presenta como devastador de la subjetividad del sujeto. Hay una imposibilidad de simbolizar, hay una sensación de terror y una dificultad para imaginar un futuro construido sobre los pilares, un presente desorganizante (Cohen, 2019).

### Capítulo 3. Efectos Traumáticos Del Maltrato Infantil y su Manifestación en el Cuerpo

*“Cuando aprendamos a vivir con los sentimientos  
y a no luchar contra ellos,  
ya no veremos en las manifestaciones de nuestro cuerpo una amenaza,  
sino útiles referencias a nuestra historia”.*  
*Alice Miller.*

El concepto *infante*, su raíz etimológica del latín, *infans*, significa “*que no habla*”. Este término hace referencia a dos condiciones: tanto la incapacidad de hablar en los primeros años de vida por los tiempos de maduración que esto implica, como la limitación del medio, pues se encuentra limitada por su condición de niño. Históricamente hablando, las infancias han estado colocadas en una posición de desacreditación pues no creen en su palabra, y sus recursos discursivos refuerzan la distancia entre *el niño* y *el adulto* (Miranda, Cortés y Vera, 2016).

El maltrato infantil, particularmente el abuso sexual, se caracteriza por la presencia de un pacto del secreto, en el cual el infante guarda el secreto del abuso porque siente que su voz no tiene valor. En muchas ocasiones, a las infancias no se les quiere creer porque se piensa que sus palabras son fabulaciones o relatos fantasiosos. El adulto abusa del infante porque este no puede hablar, pues no tiene poder ni valor su voz.

Un aspecto importante en el ASI se relaciona con las sensaciones. ¿Qué siente el infante que vive o vivió abuso sexual? Esto nos lleva a abordar el cómo lo psíquico se lleva al cuerpo: las eventualidades traumáticas, como registro mnémico, son representadas en el cuerpo.

A partir de esta premisa, en este capítulo abordaremos el papel de la palabra y la experiencia del maltrato, colocando un acento muy particular en el ASI, y la función del cuerpo.

### ***La ausencia de la palabra y la vivencia del maltrato***

Por mucho tiempo, se ha llegado a considerar que la infancia es un momento donde el niño no ha desarrollado por completo la capacidad de memoria, muchas cosas las olvidará o no tendrán un impacto en él. Sin embargo, cualquier daño en el psiquismo del niño tendrá efectos en su propia historia.

Dolto (s.f, como se citó en Insua, 2023) menciona:

Las personas no piensan en la repercusión que sus propósitos y actitudes pueden tener sobre un niño pequeño porque, habitualmente, le atribuyen una existencia larvada. A una larva se le pueden infligir cualquier tipo de lastimaduras, ya que un gusano no tiene ningún valor a sus ojos. Actúan como si la mariposa que les maravilla no hubiese salido de ese gusano. Contrasentido biológico. Precisamente, toda huella desvitalizante que soporta la larva puede desvitalizar al ser en metamorfosis, y la mariposa futura será una mariposa fallida (p. 6).

La violencia del maltrato tiene un impacto en la subjetividad del infante y lo introduce un campo donde la palabra no media, un vacío de representación psíquica. Lo que queda capturado en el silencio, no se olvida y se aloja en el psiquismo de forma patógena invistiendo al infante en sentimientos de odio, vergüenza, hostilidad, sumisión (Cohen, 2019).

El infante no tiene voz, en tanto secreto, y por la amenaza a la que está sometido por el agresor. Si el niño logra apalabrar el abuso será a partir del material que posee, propio de la etapa del desarrollo en el que se encuentra. El infante hace uso de los recursos que tiene para armar sus fantasías y su discurso. Quizás no sabe cómo se llama lo que vive, pero a partir de sus propios recursos y del displacer que siente su cuerpo, da cuenta que lo que ocurre no está bien (Insua, 2023). Sin embargo, en muchas ocasiones estas palabras son difíciles de articular pues se encuentran en el campo de lo ominoso, lo siniestro, aquello de lo cual la experiencia humana no puede o no quiere dar cuenta (Cohen, 2019).

El infante está sujeto a una confusión, pues el agresor se aprovecha del lazo sentimental con el niño para llegar al cuerpo de este. En la violencia familiar, lo confuso se sitúa en la idea que se tiene sobre la familia como un espacio de protección y cuidado. En el ASI, la confusión se da por la erotización del lazo familiar. Por *familiar* se hace referencia a dos tipos: a los lazos sanguíneos y a los lazos de confianza y cotidianeidad. En dicha confusión, por un lado, está lo que se reproduce como trauma, y por el otro, lo que se reproduce en el sentir, el cuerpo tiene reacciones al ser intervenido, que van desde el dolor hasta el placer (Insua, 2023).

El complejo fenómeno en el que se encuentra capturado el infante, lo impacta al grado en que no habla de ello, pero lo sufre a través de su cuerpo: “el que habla es el sujeto a través del cuerpo, de las variaciones tónico motrices, del movimiento, los gestos y el esquema corporal” (Levin, 2001, p.44). La experiencia sensorial queda inscrita en el cuerpo.

## ***El concepto cuerpo***

El cuerpo desde el psicoanálisis, no se refiere solamente al cuerpo anatómico o al organismo, tampoco al cuerpo de la conciencia, es también una representación inconsciente del cuerpo (Bover, 2009).

Freud (1923) planteó que el cuerpo propio, particularmente la superficie, es un sitio donde convergen percepciones tanto internas como externas: “el yo es sobre todo una esencia-cuerpo [...] la proyección de una superficie. [...] El yo consciente, a saber, que es sobre todo un yo-cuerpo” (p. 27, 29).

Winnicott (1965) aporta el concepto de *psiquesoma*. Este se refiere a la función de integración psicosomática que todos los sujetos poseen. Dicha integración acontece en el momento del desarrollo de la dependencia relativa y para que esta comience, dependerá de la facilitación de una serie de funciones maternas específicas. Esta integración psicosomática se da alrededor de los 6 meses a los 2 años de edad. El que se sitúe en esta etapa, implica una serie de circunstancias que el infante debe experimentar.

La salida de la dependencia absoluta se llama personalización. Esta se logra gracias a la función materna del *handling*, que es proporcionada por la madre desde su nacimiento, pero que cobra especial relevancia durante la etapa de la dependencia relativa y que apunta particularmente a los cuidados maternos específicos sobre el cuerpo del bebé. Por ejemplo, las caricias, limpieza, masajes, acunamientos, cambios de ropa, brindar calor y cobijo, estimulación auditiva y visual (Winnicott, 1965).

La madre al ir reconociendo las necesidades primarias del bebé, se va adaptando activamente a las mismas. Esto le permite al infante conocer, delimitar y aceptar su cuerpo como propio y a su vez, distinto al de la madre, en otras palabras, distinguir el yo del no-yo. De tal forma que los cuidados concretos y reales por parte de la madre sobre el cuerpo del niño, mismos que son brindados a partir de la identificación de la misma, ayudan al niño a que su psique habite en su cuerpo y a eso corresponde el logro de la personalización (Winnicott, 1965).

La escuela francesa plantea que el cuerpo humano se constituye por efecto del lenguaje y son estos efectos dados por el Otro, los que marcan al cuerpo de un sujeto como deseante. ¿En qué sentido es simbólico? El lenguaje pre-existe al nacimiento, el sujeto pre-existe al cuerpo y subsiste tras la muerte de él. Lo que pre-existe es el espacio donde el sujeto va advenir. Son los padres que desde antes que el niño tenga un cuerpo, ya lo imaginan: imaginan su cuerpo, su nombre, su futuro. Hay deseos, palabras, un lugar, una posición, un primer cuerpo simbólico: cuerpo de representaciones, de deseos parentales, de palabras y de lenguaje (Levin, 2001).

Levin (2001) menciona:

Hablar del cuerpo significa entonces hablar de la existencia de dos ámbitos simultáneos, de dos realidades que se encabalgan, siendo que la primera (la anatómica) es límite de posibilidad y de significación de la segunda (la erógena), la cual es a su vez quien otorga la dimensión de sentido a la primera. Por ello es que el cuerpo es palabra, pero también letra, es fonología, pero también tatuaje, es deseo, pero también pulsión y fuente (p. 47).

El cuerpo se construye y se constituye a partir de una historia que comienza y se desarrolla sin que el infante pueda elegir nada de ella, está en su origen. El cuerpo no es sin los otros. Pero, tener un cuerpo es poder apropiarse de él.

Dolto (1984) ofrece una perspectiva sobre el cuerpo a partir de dos conceptos: el esquema corporal y la imagen del cuerpo.

El *esquema corporal* hace referencia al cuerpo como el mediador entre el sujeto y el mundo y al mismo tiempo lo organiza. Es un modo de vivir carnal al contacto con el mundo físico, específica al sujeto en cuanto representante de la especie, sean cuales fuesen el lugar, la época o a las condiciones en las que vive (Dolto, 1984). “Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésica” (Vaimberg, y Lombardo, 2015, p. 262).

Por otra parte, la *imagen del cuerpo* es “la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas y actuales. [...] Es la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante, el cual existe desde la concepción”. (Dolto, 1984, p. 21). Se comprende como una memoria inconsciente de las vivencias en relación a otro. Esta imagen se constituye a partir del lenguaje: “Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada podemos entrar en comunicación con el otro. Sujeto del deseo a su gozar, mediatizado por el lenguaje memorizado de la comunicación entre sujetos. Es siempre inconsciente” (p. 22).

El cuerpo no es producto de sensaciones, sino que se halla coordinado con ellas, las cuales adquieren su significado final sólo gracias a esta unidad, que es una de las unidades fundamentales de nuestra experiencia (Bover, 2009).

En la adolescencia, más allá de los cambios en el cuerpo, tanto físicos como hormonales, hay una profunda reorganización del aparato psíquico desencadenada por los movimientos

pulsionales (Persano, 2018). Gutton (1993) menciona: “La adolescencia desexualiza la violencia de sus pulsiones y procede a un trabajo de subjetivación y de historicidad” (p. 14). Por otra parte, la adolescencia es un tiempo de lo real, donde las palabras no alcanzan. Ante las vivencias de angustia o traumáticas, el cuerpo va por delante.

En esta etapa se da un reencuentro con el *tú eres*, y a su vez, la subjetividad se entreteje con el otro. En los primeros años de vida, la subjetividad surge a partir de la relación con la figura de la madre, dando como resultado un cuerpo manipulado y marcado por el otro. Este cuerpo no está apropiado sino está orientado al cuerpo del otro (Pereña, 2009). Es en la adolescencia cuando acontece el momento en que el sujeto tiene que apropiarse de ese cuerpo, que parece ajeno pero conquistable. Sin embargo, en el maltrato, ante la exposición constante a las agresiones y abusos, la subjetividad es violentada dando como resultado un individuo despojado de su lugar como sujeto. Es reducido a un cuerpo, un objeto de goce del otro, pues tanto la intimidad como el cuerpo, han sido ultrajados por el agresor (Pereña, 2009).

### ***La manifestación psicosomática***

En la práctica clínica nos encontramos con personas que les aquejan malestares físicos: “hay una dimensión del sufrimiento humano que es difícilmente mensurable y que tiene que ver con la forma singular de vivir y de enfermar” (Ulnik, 2008, p. 196). Lo cual nos lleva a abordar un campo importante: lo psicosomático.

Lo *psicosomático*, desde la mirada psicoanalítica, se enfoca en el estudio de la articulación del inconsciente en el funcionamiento del cuerpo, cierta forma de encuentro e interacción entre lo

psíquico y lo corporal, y la expresión en la enfermedad y su relación con un momento particular en la vida del paciente. Se le considera un fenómeno transestructural, pues no hay exclusivamente una estructura de la personalidad a la que el fenómeno psicósomático esté relacionado (Ulnik, 2008).

Los procesos de la somatización definen los mecanismos mentales y/o interactivos, por medio de los cuales se opera una ruptura de la homeóstasis psicoafectiva y, consecuentemente, las fallas biológicas (Lebovici, 2006). En cualquier momento evolutivo del ser humano, puede llegar a surgir una desorganización somática. Particularmente, para el bebé o el infante, un exceso de excitación es otro mecanismo considerable de descompensación somática. “El suceso traumático generador de la desorganización aparece con frecuencia claramente ante el observador en la clínica psicósomática [...] El traumatismo encuentra un impacto en función de la vulnerabilidad del psiquismo o del sistema interactivo que lo recibe” (p. 271). Existe una tendencia a somatizar cuando circunstancias, internas o externas, rebasan nuestras formas psíquicas de resistencia habituales y acordes a la edad (McDougall, 1989).

Para pensar lo psicósomático, hay que tener presentes dos conceptos importantes: el pensamiento operatorio y la alexitimia (McDougall, 1989). El *pensamiento operatorio* se refiere: “a una forma de relación con los demás y con uno mismo, y a un modo de pensamiento y de expresión” (p. 35). En este pensamiento es como si no se tuviera acceso a las representaciones de palabra que expresen los afectos, generalmente ambivalentes. Esto nos lleva al siguiente concepto, *la alexitimia*. Este término designa al hecho de que “el sujeto carezca de palabras para nombrar sus estados afectos, o bien (si puede nombrarlos) el hecho de que no llegue a distinguir uno de otros” (p. 36).

Estos dos fenómenos cumplen una función defensiva por medio de la cual se remonta a una fase del desarrollo donde la distinción de sujeto y el objeto aún no es estable, y puede crear angustia. Esta regresión de alguna manera explica el hecho de que los mensajes enviados por el cuerpo a la psique, y viceversa, se inscriben psíquicamente, como en la primera infancia, sin una representación de palabra, “el *infans*, antes de la palabra, es necesariamente "alexitímico” (McDougall, 1989, p.36).

Los sujetos con tendencias a somatizar se niegan a reconocer los dolores psíquicos, cuyo origen puede ser por afectos penosos o excitantes, los cuales terminan siendo expulsados del discurso. A su vez, presentan un sentimiento de vacío, una ausencia de contacto con los demás y una falta de sentido en su vida. Todo esto se da con el propósito de combatir los dolores mentales debido a la angustia no elaborada, no sin ser esta también una forma de negligencia para con ellos mismos, particularmente para con su cuerpo (McDougall, 1989).

Otras características importantes para tener en consideración en la clínica de lo psicósomático son: las dificultades de simbolización, el desfase entre las ideas y los afectos, los excesos pulsionales, los problemas de identidad, la ambivalencia y la división de la personalidad (Ulnik, 2008).

En las *dificultades de simbolización*, algunos pacientes presentan complicaciones con respecto a la noción de la ausencia, cuando atraviesan experiencias que implican la pérdida del objeto de amor o su ausencia, o en el modo de expresar y procesar, ya sea de manera verbal o en forma de representaciones mentales abstractas, las dificultades que atraviesan en la vida. Hay una carencia de límites con el otro que se ven expresadas en forma de uniones simbióticas con los demás, sensaciones de fragmentación o desorganización corporal (Ulnik, 2008). En los síntomas

somáticos como lo son “dolor, ardor, heridas, úlceras, etc.- una forma de materialización de ese tipo de sensaciones que los protege de la consecuencia enloquecedora que tendrían si les faltara esa referencia material” (p. 203).

El *desfase entre las ideas y los afectos* se relaciona con el concepto de *self cultural sobreadaptado*. Esta conducta tiene su origen en las experiencias de la infancia, donde el infante aprendió a identificar lo que sus cuidadores necesitaban para atenderlos con la finalidad de ser cuidado y atendido por ellos. ¿Cómo? A partir de desarrollar la capacidad de anticipación, y detectar necesidades y estados emocionales de los otros desarrollando un falso sí mismo. En la adultez, estos pacientes sostendrán relaciones interpersonales eficientes y al servicio del otro, pero tendrán un pobre registro de su propio cuerpo, sus necesidades y sus emociones (Ulnik, 2008).

Es así como surge un desfase entre el pensamiento y la comprensión, y los afectos dirigidos hacia sí mismo, tanto sus necesidades como los límites de lo tolerable. Si bien, esta característica se encuentra relacionada con la alexitimia, tiene formas muy puntuales y focalizadas de expresión. Existen casos donde los pacientes son expresivos o sensibles, pero tiene una dificultad muy precisa para expresar ciertos afectos, nombrado como el *afecto problema*, como son la hostilidad y el cariño (Ulnik, 2008).

La *pulsión* tiene una *fuerza*, que está relacionada con una zona erógena del cuerpo, un *empuje*, que busca que se logre una *meta*, la satisfacción, y un *objeto*, cualquier cosa que permita que se alcance la satisfacción de la pulsión (Freud, 1915). En el autoerotismo, el objeto y la fuente coinciden. Esta coincidencia es importante pensarla en el campo de lo somático, se relaciona con el exceso de excitación y cuando esta se manifiesta el sujeto se identifica con el objeto, de tal forma que la pulsión toma un trayecto que sería regresivo. Debido a estos *excesos de pulsiones*, se da un

proceso de desaparición subjetiva y repliegue narcisista. Para que el terapeuta pueda trabajar con dicha pulsión se trata que “el sujeto reaparezca, para lo cual deberá salir de su identificación con el objeto” (Ulnik, 2008, p. 206).

En la histeria, el síntoma responde a problemas relacionados con la represión en la sexualidad. En los síntomas somáticos se esconden problemas profundos que se articulan a preguntas sobre el sentimiento de identidad. En los *problemas de identidad*, esta “se ve afectada cuando un sujeto no ha sido reconocido en su infancia en lo que respecta a su cuerpo, filiación, sexo y/o deseo” (Ulnik, 2008, p. 207). Normalmente los síntomas somáticos, están relacionados con el sentimiento de identidad y reaparecerá cuando el sujeto se encuentre “en una situación que le exija un grado sustancial de cambio o una respuesta que requiera una serie de recursos simbólicos que no dispone” (p. 208). Dichas circunstancias demandan en el sujeto un reinicio, un empezar de cero, poniendo en juego su identidad.

En la *ambivalencia y la división de la personalidad*, se expresa con una marcada división, ya sea de las partes de su cuerpo, su mente, sus afectos, su actitud hacia el médico o el terapeuta. Los pacientes compartimentan sus sentimientos y practican conductas rígidas como una forma de defensa o temor a la fragmentación (Ulnik, 2008).

Desde la perspectiva teórica de lo relacional, se propone abordar lo psicossomático desde la totalidad para alcanzar la unidad entre cuerpo-alma. Se plantea que “el cuerpo imaginario se apoya sobre el cuerpo real, en medida en que las funciones psíquicas se fundan sobre las funciones fisiológicas constituidas” (Sami-Ali, 2014, p. 24).

A partir de ello, la psicossomática relacional plantea un primer principio: lo psíquico es relacional al igual que lo somático. Dichos planos coexisten y cumplen una causalidad circular.

Dentro de esta relación, convergen cinco dimensiones: el tiempo, el espacio, el sueño, el afecto, la lengua materna (Sami-Ali, 2014).

1. El *tiempo* hace referencia a la evolución que empieza desde antes del nacimiento. Tiene que ver con el tiempo del cuerpo y de la adaptación, la sincronización de los ritmos biológicos.
2. El *espacio* tiene que ver con el espacio del propio cuerpo regido por binomios de términos opuestos. Operan simultáneamente dos procesos: la posición del espacio, para situar al otro con respecto a uno mismo (la autonomía), y la constitución del espacio de representación por proyección del espacio corporal.
3. En el *sueño* “existe independientemente de toda realización de deseo” (p. 28). Hay dos posibilidades externas del funcionamiento: la conciencia onírica y la conciencia vigil. El sueño se funda en la proyección, “el sueño no produce la realidad, la transforma a través de otro espacio y de otro tiempo por medio de la proyección” (Camps, 2013, p. 41).
4. El *afecto* tiene un principio general: “la representación y el afecto son el anverso y reverso de un mismo fenómeno original” (p. 29) a menos que uno de los dos se reprima. Hay tres modalidades de represión del afecto. En la primera modalidad, el afecto es detenido, pero este sigue evolucionando por cuenta propia “el sujeto sabe en qué momento reprimió el afecto por primera vez, pero ignora el destino que le fue reservado” (p. 30). En la segunda modalidad, se crea una distancia con todos los afectos, estos dejan de alcanzar conscientemente al sujeto, son inaccesibles. En la tercera modalidad, se presenta una dicotomía, donde se separa lo psíquico de lo somático “la unidad del fenómeno que articula el alma y el cuerpo se encuentra definitivamente perdida, así como la posibilidad de

reconocer el afecto y de nombrarlo” (p. 31). Esto se relaciona con la alexitimia antes expuesta.

5. La *lengua materna* está estrechamente ligada con la vida afectiva y “al cuerpo profundo, destino biológico del hombre, así como la identidad de uno mismo y del otro” (p. 32). Es lo que sostiene todas las dimensiones antes desarrolladas y está presente en toda la patología del cuerpo real e imaginario.

De igual forma, se plantea otra dimensión que es la *cultural*, la etnopsicosomática relacional.

El objetivo terapéutico radica en descubrir en dónde se encuentra bloqueado el sujeto, el impasse que “es una situación sin salida, la única posibilidad es la de preguntarse cómo se ha ido constituyendo progresivamente a través de toda una vida” (Camps, 2013, p. 43), considerando las dimensiones que lo constituyen.

### ***El cuerpo violentado y la manifestación somática***

Los infantes que vivieron violencia ya física, psicológica o sexual, llegan a presentar una serie de manifestaciones sintomáticas, las cuales son una respuesta adaptativa a una identidad comprometida que busca conservar la estabilidad del sujeto, dando coherencia a la experiencia emocional que atraviesan y la definición que tienen de sí mismos y el entorno que a su vez también los define. El entorno al desconocer la vivencia traumática que atraviesa el infante, confirma los significados personales que éste va construyendo sobre sí, o, por otra parte, si el relato es acallado o cuestionado, queda carente de todo significado tanto de la víctima como de su entorno, dejando

vacíos, aquello que no fue nombrado, volviéndose huecos narrativos de los cuales es muy fácil que de origen a síntomas desorganizaciones somáticas (Ugazio, 2001).

Particularmente en el abuso sexual, los efectos que experimentan las víctimas durante su infancia y adolescencia, coinciden con las secuelas que deja a su paso el acontecimiento traumático. No existe un listado de fenómenos o síntomas, pues éstos pueden ser diversos y depende de cada persona que lo padece, pero con frecuencia se han encontrado desorganizaciones físicas y psíquicas (Insua, 2023).

Perrone y Nannini (1997) proponen que la experiencia del abuso es dada en un estado similar al del *trance* que son “estados de conciencia modificados, que se caracterizan por una disminución del umbral crítico y una focalización de la atención” (p.160). En este sentido, plantean que dicho estado se expresa de manera psicósomática:

Modifica las actitudes corporales, las percepciones y las sensaciones tanto como la conciencia. En este estado se producen amnesias, más o menos profundas, alucinaciones, visualizaciones, fenómenos de desdoblamiento y disociación, y fenómenos de reasociación y reorganización. E incluye un desdibujamiento de los límites de identidad y tiempo (p. 161).

Es un trance no consensuado donde el infante queda atrapado, a este estado los autores lo denominan *hechizo* o *embrujo*, el cual se da en una relación de poder desigual absoluta y de dominio: “una invasión de territorio, una negación de la existencia, del deseo, de la alteridad y de la subjetividad de la víctima” (p.164). El infante experimenta una sensación de malestar y opone resistencia, queda avasallado en sentimientos de culpa, confusión, extrañeza, pierde el sentimiento de su identidad y su lugar: “la diferenciación se vuelve incierta, las fronteras interindividuales se

esfuman y la víctima queda atrapada en una relación de alienación” (p. 164). De esta forma pierde su posición de sujeto y se vuelve objeto.

Desde esta lógica, el abuso sexual es una *efracción* no susceptible de elaborar, porque no es metafórica. Hay una invasión del espacio y del cuerpo, físico e inconsciente. Pero no solo basta con la efracción, sino también la *captación*, donde se utilizan cuatro vías para apropiarse del otro, las cuales son: la mirada, el tacto, la palabra y el falso parecer. Las primeras formas corresponden a una experiencia sensorial y sensitiva, a nivel cuerpo, que dan paso a información entre el ambiente, su contexto y el sujeto, entrando en el plano intrapsíquico. El cuerpo del infante es sometido a estimulaciones sensoriales abusivas, más allá de la respuesta, ya sea que coopere, participe, se abstenga o resista, no puede evitar el estado de perturbación sensitiva. A la par, las palabras del agresor crean un estado de confusión y de captura (Perrone y Nannini, 1997).

Dicha perturbación del cuerpo, lleva a que el menor que vive los abusos pierde las fronteras de su propio cuerpo y consecuentemente, queda poseído por el agresor. Una persona que no está *poseída* se siente entera, plena y pura, con límites definidos que la diferencian del resto de los demás. Por el contrario, en la *efracción*, el sujeto siente que esa envoltura está rota y no puede diferenciarse entre sí misma y del otro. Tanto la identidad como el sentimiento de integridad individual tienen una estrecha relación con la metáfora de *adentro-afuera*, que se relaciona con la posición binaria del *yo/no-yo, sujeto/objeto, si mismo/otro*. Y esta indiferenciación también se presenta entre lo psíquico y el cuerpo, lo cual refuerza que los remanentes del abuso sexual se manifiesten con desorganizaciones somáticas (Perrone y Nannini, 1997).

De igual forma, son en la etapa de secreto y la etapa de acomodación y retractación, donde se calla el abuso, sin embargo, se ha encontrado que sostener ese silencio puede dar lugar a diversas

desorganizaciones somáticas que se manifiestan en alteraciones del sueño, la alimentación, entre otras (Colombo, Agosta y Barilari 2008, como se citó en Losada, 2011).

Insua (2023) describe algunas manifestaciones somáticas que pueden llegar a encontrarse en la clínica con pacientes que vivieron abuso sexual durante la infancia o la adolescencia, como lo son: el paso al acto, despersonalización, autolesiones, distorsiones de la imagen corporal, ideación e intentos suicidas, desorientación, pesadillas a repetición, un estado de alerta permanente, insomnio, pseudoalucinaciones que no tienen ninguna nosología patológica, sino que son *restos* de lo vivido u oído y que llegan a presentarse durante el ejercicio de su sexualidad, y las formaciones sintomáticas que construyen. De igual forma, Perrone y Nannini (1997) hallaron que a menudo la angustia se manifiesta en síntomas como miedo al fracaso, claustrofobia, terrores nocturnos, enuresis, amenorrea, intentos de suicidio y anorexia.

Otros autores proponen que el autoconcepto se ve permeado por las vivencias de maltrato en la infancia, y éste, a su vez, se manifiesta en el cuerpo. Dunkley, Masheb y Grilo (2010) encontraron en la práctica clínica con pacientes que manifiestan síntomas depresivos y alteraciones importantes en la alimentación, particularmente atracones, la presencia de experiencias de maltrato durante la infancia. También hallaron que la autocrítica de dichos pacientes, particularmente centrada en la insatisfacción corporal, se asociaba con la vivencia de maltratos, en las formas de abuso emocional y sexual.

## Historia Clínica

Sofía es una adolescente de 18 años, que radica en la Ciudad de México, es una joven amable y tímida. Su apariencia física es acorde a su edad. Su complexión es delgada y su rostro tiene rasgos finos. El tono de su voz es tenue y afable. Generalmente se viste con playeras lisas de tonos claros. Con respecto a la valoración del estado de mental de Sofía, se pudo apreciar que sus emociones fueron sintónicas con su discurso. De igual forma, su lenguaje fue fluido. El pensamiento, juicio, memoria, orientación, conducta y atención no presentaron alteraciones visibles.

La historia clínica de Sofía se dividirá en dos grandes ejes: el *familiar* y el *individual*.

El nivel socioeconómico de su familia es medio-bajo. Habita en una casa rentada y tiene su propio cuarto. Sofía es la primera hija del matrimonio de sus padres y la segunda hija por parte de su madre. Vive con su madre, su media hermana, su hermano menor y sus dos sobrinos. Sus padres están divorciados desde hace cuatro años. Ambos son originarios de la zona centro del país y llegaron a la Ciudad de México buscando oportunidades laborales. Los padres de Sofía rondan los cincuenta años de edad y son trabajadores del gobierno. Tienen estudios hasta el nivel medio. Actualmente no profesan ninguna religión. Sin embargo, durante la infancia de Sofía, sus padres formaron parte de una religión donde tuvieron un gurú espiritual, pero éste los estafó, además de cometer abuso sexual a la hermana de Sofía e intentar abusar de ella.

La relación que Sofía ha tenido con su madre ha sido muy ambivalente. Durante la infancia, la madre fue violenta física y emocionalmente con ella y sus hermanos. Además de haber tenido

un fuerte problema de alcoholismo. Sin embargo, después de que sus padres se separaron, Sofía notó que la relación con su madre cambió, pues cesaron las agresiones, dejó de tomar y fue más abierta con ellos.

Con respecto a la relación con su padre, se identifica que ha sido autoritaria. Él ha buscado imponer ideas y expectativas en Sofía limitando la posibilidad de que ella elija qué hacer en diferentes áreas de su vida. Sin embargo, un contraste muy particular, pues gran parte de la infancia de Sofía, él fue un padre ausente. Sofía refiere no tenerle confianza a su padre, pero, por otro lado, a ella le preocupa mucho el llegar a decepcionarlo.

Sus hermanos nacieron en la Ciudad de México. Su media hermana, 10 años mayor que ella, estudió hasta la educación media superior, pero no la concluyó. Debido a la pandemia por COVID-19 perdió su empleo y regresó a vivir a casa de su madre. Tiene dos hijos menores de edad. Actualmente está separada del padre de sus hijos. Sofía siempre ha tenido una relación muy cercana con su hermana y es a quien más confianza le tiene. Sin embargo, en estos momentos, siente rencor por, y en palabras de ella, “haberla abandonado” en su infancia. Esto sucedió cuando Sofía tenía 4 años. Su hermana ya había intentado varias veces escapar de su casa, pero lo logró hasta los 14 años. Ella escapó debido a la violencia física y emocional por parte de su padrastro, la desatención por parte de la madre, y por el abuso sexual por parte del gurú espiritual de sus padres.

Su hermano menor es un adolescente cuatro años menor que ella, quien se encuentra realizando sus estudios en nivel medio. Sofía tiene una buena relación con él, lo describe como alguien muy cariñoso, alegre y expresivo.

Durante la infancia y adolescencia, Sofía tuvo un cuidador. Un hombre de la misma edad de los padres. Él fue contratado por su padre y trabajó para la familia por más de 18 años. Cuando Sofía cursaba el preescolar, su madre aparentemente estuvo enferma. Sofía desconoce qué le ocurría, pero él estuvo a cargo de los cuidados de Sofía. Ella lo describe como un “segundo padre”. Cuando los padres de Sofía se divorciaron, por instrucciones del padre, él fue mandado a vivir con Sofía, su hermano menor y la madre, con el objetivo de cuidarlos de no ser agredidos por la madre. Esto suscitó muchas discusiones entre la madre y él, y, recientemente, dejó de vivir con ellos.

El *clima emocional dentro de su familia nuclear* y en la *extensa* ha sido hostil y, en momentos, muy violento física y emocionalmente. Hay una tendencia a emitir críticas y realizar comparaciones entre los miembros de la familia. Sofía refiere que le cuesta trabajo expresar sus emociones debido a que las reacciones hacia éstas son hostiles u objeto de burla. También ha notado que cuando hay algún conflicto entre los integrantes, se dejan de hablar por mucho tiempo.

Dentro de los *antecedentes patológicos, hereditarios y familiares*, los más relevantes son: alcoholismo, cáncer de mama, autismo, ceguera, e hipoacusia.

Con respecto a los *antecedentes prenatales* de Sofía, desconoce cómo se conocieron sus padres, pero intuye que fue en el trabajo y después de unos años de relación, se casaron. La madre de Sofía se enteró que estaba embarazada hasta los 4 meses de gestación. Los padres de Sofía esperaban tener una hija. Sofía nació por parto natural dentro del tiempo esperado. No reporta complicaciones durante la labor de parto.

Durante la *etapa neonatal y post-natal*, Sofía estuvo al cuidado de su madre, media hermana y sus tías maternas. Durante esta etapa, su padre fue muy sobreprotector con ella y refiere haber sido muy consentida por su familia. Sus padres siempre cubrieron las necesidades básicas

de Sofía como vestido, salud, alimentación. Acerca del desarrollo psicomotor de Sofía, ella menciona que se dio sin alteraciones.

Sofía describe su *infancia* como un momento donde fue feliz, pero también sintió mucha tristeza. Ella primero se describió como una niña alegre, curiosa y traviesa. Le gustaban mucho los animales y salía a jugar con sus vecinos de la colonia. Le gustaba jugar con muñecas y juegos como la *casita* o a la *estética de perros*.

A los 4 años, nació el hermano de Sofía. Ella notó un cambio muy importante en la actitud de su padre, pues éste trataba con severidad y limitaciones a su hermano. Tiempo después, llegó el cuidador, quien realizaba labores en la casa y cuidaba de los niños. Sofía siempre estuvo muy apegada a su media hermana a quien le tenía mucho cariño y confianza.

En esa época comenzaron una serie de acontecimientos traumáticos en la vida de Sofía. Ella sufrió abuso sexual por parte de amistades de sus padres, todos ellos adultos, y un vecino adolescente. Particularmente hubo un compañero del trabajo de sus padres el cual abusó de Sofía en repetidas ocasiones y de múltiples formas, que iba desde tocamientos, exposición a pornografía, masturbación e intentos de penetración. Los fines de semana era el momento en que el agresor tenía acceso a ella, pues éste se ofrecía a darle clases de regularización, regalos, comida o juegos. Los padres de Sofía accedían y él aprovechaba para abusar de ella, bajo la idea de un “*intercambio*”, donde él le decía que, dado que le había comprado cosas, ahora le tocaba a ella retribuirle.

A la par, Sofía vivió violencia física y emocional por parte de su madre, la desatención y ausencia de su padre, el abandono de su hermana mayor, la cual huyó de casa.

Sofía ha vivido el abuso sexual con mucha culpa y dolor. Ella se siente culpable por no haber dicho lo que le estaba sucediendo, pero también reconoce que no podía hablar con su madre, pues tenía mucho miedo de una reacción violenta. Tampoco se comunicó con su padre, pues no le tenía confianza.

Debido al abuso sexual que acontecía, Sofía se sentía muy triste, culpable y enojada todo el tiempo, pero no podía expresarlo. La forma en cómo descargaba su enojo era agrediendo a su hermano menor, al cual pegaba y regañaba constantemente. Sin embargo, es importante señalar que ella no lo recuerda, pero su madre sí.

Sofía tuvo muy pocas amistades. Ella recuerda que sus amigos eran agresivos con ella quienes se burlaban constantemente de su físico. Uno de los niños con los que Sofía se juntaba para jugar, y que era 7 años mayor que ella, le tocaba sus genitales.

Con respecto al *ingreso a la escuela*, Sofía entró a Preescolar a los 3 años y a la Primaria a los 6 años. En la escuela, Sofía tuvo complicaciones para leer. Los padres de Sofía no le ayudaban con sus tareas, pero durante un periodo la llevaron a clases de regularización.

Acerca de la *relación que tenía con sus profesores*, Sofía tuvo una mala relación con una maestra de la primaria, pues ésta la regañaba mucho durante las clases, le gritaba o le mandaba reportes de manera injustificada. Sin embargo, también conoció maestras y maestros que fueron muy cálidos y pacientes con ella. Hubo una maestra en particular, a la que le tuvo mucha confianza. Sofía había pensado en contarle sobre los abusos y maltratos que vivía, sin embargo, esto no sucedió, pues la maestra al poco tiempo falleció a causa de un cáncer muy avanzado. Este fue un acontecimiento muy doloroso para Sofía.

En relación a la *conducta* de Sofía, ella era una niña muy introvertida. Sofía se escondía en el baño para llorar. Tenía constantes pesadillas donde recordaba los abusos que vivía durante esa época.

Referente a su *salud*, Sofía era una niña con un marcado sobrepeso, el cual comenzó a los 5 años de edad. A los 11 años fue hospitalizada porque le reventó el apéndice y estuvo un mes internada. Debido a su operación, bajó de peso, pero al poco tiempo, lo volvió a recuperar.

Este evento sucedió pocos días después de que Sofía intentó hablar con su madre sobre el abuso que vivía, pero sólo pudo decirle a su madre que el agresor la golpeaba. Después de hablar con ella, Sofía sintió un alivio muy grande y de igual forma, cesaron las agresiones hacia su hermano. A partir de ese momento, el rol que Sofía adoptó con su hermano fue el de brindarle protección. Este fue un momento clave, pues después de esto, los abusos sexuales cesaron, debido a que la madre tomó distancia del agresor.

Sobre el paso a la pubertad y adolescencia, Sofía entró a la secundaria a los 12 años. Ella menciona que se sentía parte de su grupo, pues empezó a conocer más gente e hizo amigos con facilidad. Ella considera que fue la etapa más bonita de su vida. A la par, empezó a realizar actividades extracurriculares, se sentía a gusto participando porque sólo convivía con mujeres e hizo amigas. De igual forma, durante la pubertad tuvo su primer novio, con el cual duró 3 meses. Para Sofía fue muy dolorosa la ruptura.

Un aspecto contrastante en la historia de Sofía, fue que, durante la secundaria, mencionó que mantuvo amistades que se sostenían de una dinámica desigual y abusiva, donde sus amigas le exigían hacerles las tareas y los trabajos escolares.

A los 14 años, los padres de Sofía se separaron debido a las constantes peleas que tenían. Sofía, la madre y el hermano menor, se salieron de la casa un día en el que el padre se encontraba trabajando, sin previo aviso y llevándose todo lo que había ahí. Se mudaron de casa y tuvieron un nuevo comienzo. De igual forma, siguieron frecuentando a su padre los fines de semana. Éste les insistía en que vivieran con él, pero después de un año dejó de insistir.

Sofía ingresó al bachillerato a los 15 años. Ella refiere que cuando presentó el examen para entrar al nivel medio superior, no obtuvo el puntaje necesario para inscribirse a la preparatoria que quería. Ella se sentía muy triste, enojada, constantemente se reclamaba el puntaje que obtuvo, estaba molesta con sus profesores y se aisló de sus compañeros.

A la par, fue durante esas fechas que el agresor volvió a buscar a Sofía. Éste aún sigue en contacto con su padre. Esto desencadenó lo que ella nombró *pensamientos*. Los *pensamientos* eran la evocación de cuando el agresor abusaba de ella, pero estos se rememoraron junto con una serie de respuestas físicas como asfixia, temblores y sudoración en las manos, sentirse atrapada y llorar mucho. En este tiempo, ella lloraba mucho los fines de semana, Sofía lo relaciona con que los fines de semana era cuando el agresor tenía acceso a ella.

A partir de este último evento, Sofía llegó a tener crisis de ansiedad y una profunda tristeza. Además de la culpa, empezó a minimizar sus logros, aislarse de sus amistades y su familia, sintió que todo lo que hacía estaba mal, que no merecía amor y cariño por parte de los demás. Fue en esos momentos donde Sofía pensó en el suicidio y tenía ideada la forma de hacerlo, pero aclaró que sólo lo llegó a pensar pues no tuvo el “valor para hacerlo”. Ella refirió que solo quería dejar de sentir culpa y dolor.

Sin embargo, hubo una compañera de su bachillerato que se acercó a ella y se hicieron amigas. Sofía menciona que su amiga la apoyó mucho durante esos momentos difíciles, aunque nunca le contó sobre los abusos que vivió y por los que sufría.

Fue en esta época donde conoció a su actual novio. Su relación ha sido muy ambivalente, pues ella refiere haber vivido situaciones de violencia física, emocional y psicológica, y a su vez, se sentía protegida por él y le tenía confianza. Su novio fue la primera persona a la que Sofía le contó sobre el abuso sexual, pero él minimizó lo que le ocurrió y Sofía comenzó a minimizarlo también. Ella menciona que durante su relación han tenido muchas dificultades, pero le ha sido difícil terminarla, pues tiene miedo de que nadie se vaya a fijar nuevamente en ella.

Sofía concluyó el bachillerato y se encuentra presentando exámenes para entrar a la universidad. El año pasado no pudo entrar a la universidad pues no obtuvo el puntaje necesario para entrar a una carrera. Este suceso lo experimentó con mucho enojo y se reprochaba el no haber entrado a la universidad, sentirse poco valiosa, pensar que había arruinado su futuro, además de creer que no es lo suficientemente capaz, inteligente y preparada para entrar a la universidad. Este año volvió a presentar exámenes y está esperando los resultados.

Sofía refirió que ha tenido etapas donde se siente muy contenta, pero también tiene momentos donde se siente muy triste, llora mucho, duerme todo el tiempo, come en exceso por ansiedad. Ella ha buscado libros de autoayuda y videos para aprender a controlar sus emociones y mejorar su autoestima. Sin embargo, se dio cuenta que había temas, como el abuso sexual, que no podía abordar sola. Esto lo descubrió cuando intentó buscar videos y artículos que hablaran sobre el tema, pero no podía verlos o leerlos, sin sentir un gran malestar.

Debido a la pandemia por COVID-19, la experiencia del abuso y maltrato, las dificultades en su relación de pareja y el retorno de su hermana a la casa de su madre, Sofía decidió empezar un proceso psicoterapéutico.

## **Método**

### **Planteamiento del Problema**

Las experiencias que ocurren durante la infancia tienen un impacto importante en la constitución de la subjetividad de cada sujeto. En México una realidad alarmante es que algunas infancias están expuestas a múltiples formas de maltratos en diversos contextos. El impacto del maltrato, en sus múltiples expresiones, deja huellas psíquicas generando efectos permanentes que condicionan la constitución de la identidad del sujeto.

En la adolescencia, a partir del proceso de reorganización, se dará paso a la emergencia de algo nuevo, pero esto no significa que el pasado se haya borrado por completo. Las experiencias del pasado son revividas y adquieren una nueva significación para el sujeto.

A la luz de este contexto, abordaremos el caso de Sofía, una joven de 18 años de la Ciudad de México que acudió al Servicio de Psicoterapia de la Residencia en Psicoterapia para adolescentes de la Maestría en Psicología, pues refirió sentir tristeza, sensación de “ya no poder más”, pensamientos de suicidio y una añoranza por ser feliz. A su vez, ha tenido crisis de ansiedad en las cuales se le dificulta respirar, le sudan las manos y tiembla. Para Sofía la razón de su malestar está relacionado a las experiencias de maltrato que acontecieron en su infancia: el abuso sexual por parte de figuras de confianza y la violencia, desatención y desamparo por parte de sus padres.

Sofía desde sus primeros años de infancia hasta el inicio de la pubertad, vivió abuso sexual por parte de amistades de sus padres, todos ellos adultos, y de un vecino adolescente. También

refirió haber vivido en la pubertad acoso sexual por parte de extraños en la calle y en el transporte público.

Sofía sufrió abuso y acoso sexual desde tocamientos hasta intentos de penetración en diferentes momentos de su vida (de los 4 a los 11 años de edad) por distintas personas cercanas, como lo fueron amigos y compañeros del trabajo de sus padres y un vecino adolescente.

A la par del abuso sexual, durante su infancia ella experimentó violencia por parte de sus padres la cual constaba de constantes peleas entre los padres, un padre distante, el alcoholismo por parte de la madre que desembocaba en violencia física y emocional, el maltrato infringido hacia la media hermana de Sofía que más adelante llevaría a que ella huyera de casa, y la poca supervisión que se tenía hacia Sofía.

Con respecto a la violencia por parte de su madre, Sofía relató que ella tomaba mucho, regularmente estaba enojada y le gritaba frecuentemente, decía groserías, la amenazaba, golpeaba y regañaba constantemente. Sofía le tenía mucho miedo a su madre.

En relación al abandono por parte de su padre, Sofía refirió que él no estaba presente en su casa. Su padre trabajaba más horas de las que debía cumplir, ella lo describió como “adicto al trabajo”. No tomaba descansos o vacaciones. Sofía mencionó que tampoco le tenía confianza. Cuando estaba presente, peleaba todo el tiempo con su madre, siendo esta también una forma de maltrato, esto generaba en ellos temor, estrés y angustia.

A los 14 años, sus padres se separaron. Sofía, su madre y su hermano menor, se salieron de la casa un día en el que el padre se encontraba trabajando, sin avisar y llevándose todo lo que había

en casa. Por un mes no supieron nada de él. Tiempo después establecieron una dinámica donde ella y su hermano lo ven cada 15 días los fines de semana.

Respecto al abandono por parte de su media hermana, a la edad de 4 años, la media hermana de Sofía, tras varios intentos, escapó de casa. Esto se debió a la violencia física y emocional por parte de su padrastro, y por el abuso sexual por parte figuras de confianza. Esto último, pone en evidencia que la violencia estaba presente en esa familia desde antes de la llegada de Sofía y las consecuencias que solo dejaban en un lugar de desprotección a los más vulnerables, en este caso los menores de edad, como lo fue la media hermana. Sofía refirió haberlo experimentado como un abandono y sentirse sola y muy triste.

Durante la infancia, Sofía agredió a su hermano menor, al cual pegaba y regañaba constantemente. Aunque ella no lo recuerda, sino que su madre se lo contó. Sin embargo, ella explicó que esto lo hizo como una forma de expresar todo el enojo que sentía debido al maltrato que recibía. A inicios de la pubertad cesaron las agresiones hacia su hermano.

Debido al abuso sexual que acontecía, Sofía se sintió muy triste, culpable, con miedo, enojada todo el tiempo, pero no pudo expresarlo.

Las experiencias de abuso venían acompañadas de un pacto de silencio, donde los agresores la obligaban a no hablar sobre lo ocurrido, lo cual produce una dinámica en la que nadie habla de la violencia. Sin embargo, ella recuerda sentirse mal y muy culpable por no decir lo que le ocurría, por guardarse las cosas. También mencionó que por mucho tiempo no sabía si lo que estaba ocurriéndole estaba bien o estaba mal. En una sesión mencionó: “Al inicio no sabía qué pasaba, pero después no me sentía bien con lo que pasaba. Tenía miedo porque no podía zafarme de ello”. El silencio como una forma de control, defensa, castigo, una forma de relacionarse.

Es a inicios de la pubertad cuando Sofia vio en la televisión unos comerciales que trataban sobre el abuso sexual infantil y se identificó: “yo pasé lo mismo”.

Más adelante, Sofia intentó hablar con su madre sobre el abuso, pero no pudo. Sin embargo, le dijo que el agresor la golpeaba. Después de hablar con ella, Sofia sintió un alivio muy grande. La madre dejó de hablarle al agresor y de esta forma, se estableció una distancia con el agresor. Pero su padre aún sigue en contacto con él. Sofia explicó que esto se debe a que no le dijo lo que ocurría. Más que una solución, fue una forma de adaptarse, de mantener el silencio sobre la realidad del abuso.

Años más tarde, el agresor buscó a Sofia y eso desencadenó lo que ella nombró *pensamientos*, que eran los recuerdos del abuso, y ataques de ansiedad. Durante las sesiones, ella llegó a mencionar que por mucho tiempo sintió no tener valor, no merecer nada por el abuso que vivió.

Durante mucho tiempo, buscó evadir el dolor que sentía. La tristeza y el dolor estaban fuertemente relacionadas y buscó formas de lidiar con ello, ya sea ignorándolo o callándolo. En un punto de la adolescencia, llegó a pensar en quitarse la vida como una forma de eliminar el dolor.

Uno de los aspectos más llamativos de este caso es la dinámica que Sofia estableció con su cuerpo. Su cuerpo fue maltratado de múltiples formas. A su vez, durante las sesiones, al hablar de los ataques de angustia, estos evocaban las mismas sensaciones que experimentó en su cuerpo durante los abusos.

De igual forma, Sofia mencionó que durante su infancia tuvo un marcado sobrepeso, el cual empezó a los 5 años. Ella refirió que en la infancia comía en demasía y tenía la constante

sensación de “no tener llenadera, no tenía control”. Más adelante, durante las sesiones de psicoterapia, logró identificar que el comer sin control ocurría cuando se sentía triste o estresada.

A los 11 años de edad, fue hospitalizada porque le reventó el apéndice y estuvo un mes internada. Este evento sucedió pocos días después de que Sofía intentó hablar con su madre sobre el abuso. Debido a su operación, bajó de peso, pero al poco tiempo, lo volvió a recuperar. Para ella, el que su apéndice haya reventado tuvo un significado: “mi mamá hizo un comentario, me dijo él fue la causa de que me haya reventado el apéndice, por todo el estrés”.

Entrada en la pubertad, Sofía ocultó su cuerpo usando chamarras gruesas, incluso durante días calurosos. Ella refirió que por mucho tiempo ignoró su cuerpo, no quiso mirarlo, porque este fue abusado por mucho tiempo. Sin embargo, tiempo después empezó desarrollar una relación de maltrato y control con el mismo. Mucho de esto se enfocó alrededor de la idea de querer bajar de peso.

A los 14 años, Sofía hizo una dieta, sin supervisión de un profesional, donde solo comía un carbohidrato y una fruta al día. De igual forma, compensaba los alimentos que consumía, por ejemplo, si un día comía papas o pan, al día siguiente solo comía verduras. También contaba calorías. A la par de bajar de peso, hacía ejercicio excesivamente hasta el punto de querer vomitar. Para ella, el hacer ejercicio era una forma de un castigo.

Sofía se detuvo de llevar a cabo este régimen alimenticio cuando su padre le dijo que estaba muy delgada y podía llegar a enfermarse. Sofía refirió que ese fue el momento en que se dio cuenta que lo que estaba haciendo le estaba causando daño, también empezó a sentirse agotada y débil.

En situaciones de mucho estrés, Sofía menciona que sus pantorrillas, brazos y hombros se contracturan, sus manos se ponen muy frías, tiembla, tiene ganas de gritar y huir, de comer mucho y le da colitis, incluso en una ocasión su madre la llevó al hospital ya que tenía una parte de su espalda extremadamente contracturada “como una piedra”. Los médicos le explicaron que las contracturas y la colitis se debían al estrés. Estos síntomas los llegó a presentar desde la secundaria. La presión viene acompañada de tristeza, la sensación de estar atrapada, tener poca valía y una gran dificultad para poder expresar cómo se siente.

### **Pregunta de investigación**

A partir de las evidencias expuestas, se propone la siguiente pregunta de investigación:  
*¿Fue el cuerpo de Sofía una posible vía para tramitar las vivencias de maltrato de su infancia?*

### **Objetivo general**

Analizar cómo el cuerpo de Sofía fue una posible vía de tramitación de las experiencias de maltrato vividas en su infancia.

### ***Objetivos específicos***

1. Entender el impacto del maltrato infantil en la subjetividad de Sofía.
2. Comprender el desarrollo del trauma generado por las vivencias de maltrato durante su infancia.
3. Analizar los efectos traumáticos del maltrato infantil y la manifestación en el cuerpo de Sofía.

## **Supuesto**

El eje de este análisis es que el cuerpo de Sofía, tanto físico como inconsciente, se ha vuelto un portavoz de la violencia, desatención y desamparo por parte de sus padres y del abuso sexual por parte de figuras de confianza que vivió durante su infancia.

## **Definición de categorías**

*Cuerpo físico.* Este concepto hace referencia al cuerpo anatómico, el cual es el mediador entre el sujeto y el mundo. Este se encuentra en contacto con el mundo físico, distingue al sujeto en cuanto representante de la especie, sean cuales fuesen el lugar, la época o a las condiciones en las que vive. La interacción con la realidad depende de la integridad del organismo, de las lesiones permanentes o transitorias neurológicas, musculares, óseas y las múltiples sensaciones que experimenta (Dolto, 1984).

*Cuerpo inconsciente.* Se refiere al cuerpo tanto anatómico como a su representación inconsciente (Bover, 2009). Es el mediador entre el sujeto y el mundo. Las experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, sus lesiones y sus sensaciones. A su vez, es la síntesis de las experiencias emocionales y una memoria inconsciente de las vivencias intersubjetivas (Dolto, 1984).

*Desatención familiar.* Es una forma de maltrato en el cual tienen lugar eventos, ya sean aislados o reiterativos, de abandono por parte de un progenitor u otro miembro de la familia en condiciones de ofrecérselo, con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en uno o más de las siguientes áreas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, hogar y condiciones de vida seguras (OMS, 2006).

*Desamparo provocado por parte de sus padres.* Es el estado que experimenta el sujeto donde hay un exceso de tensión debido a la presencia de abusos físicos, sexuales, emociones y/o desatención en los cuales el menor está expuesto a una serie de incidentes, ya sean aislados o recurrentes, donde el cuidador mantiene al infante en un entorno inapropiado y carente de apoyo para su desarrollo y bienestar personal (OMS, 2006). En dicho estado, el niño se ve rebasado por el exceso de tensión y se siente imposibilitado e incapaz de suprimirlo, quedando a expensas de sus lazos familiares, los cuales tienen la función de brindarle amparo, ayuda o protección, pero estos no se lo proporcionan (Rodríguez- Rendo, 2012).

*Abuso Sexual Infantil.* Se define como la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima (OMS, 2006).

*Abuso sexual por figuras de confianza.* Se define como los abusos de tipo sexual ejercidos por parte de adultos u otros niños, que en razón por su edad o de su estado de desarrollo, encuentran en posición de responsabilidad, confianza, educación y/o cuidados de la víctima (OMS, 2006). El agresor tiene un lazo no sanguíneo, con motivos de amistad, afectivo, gratitud y/o trabajo, con la víctima y/o los familiares de la misma.

### **Tipo de estudio**

La presente investigación se sostiene desde la *metodología cualitativa*, la cual busca describir, comprender, entender e interpretar los fenómenos a través de las percepciones y

significados producidos por las experiencias de los participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). A su vez, el abordaje teórico parte de la *perspectiva psicoanalítica*. Dicha perspectiva se define como:

Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento. [...] Dicho método consiste en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias de un individuo (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 316).

Este trabajo parte del *estudio de caso clínico* a partir del enfoque hermenéutico. El *caso clínico* es:

El relato de una experiencia singular, escrita por un terapeuta para dar testimonio de su encuentro con un paciente y apoyar una innovación teórica. [...] Un escrito que, en virtud de su modo narrativo, pone en escena una situación clínica que ilustra una elaboración teórica (Nasio, 2000, p. 8-9).

El *estudio de caso* es una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto, particularmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes (Merriam, 2009). De esta forma, el estudio de caso nos brinda la posibilidad integrar la experiencia clínica, la observación, los fundamentos teóricos, la interpretación, la comprensión y la subjetividad tanto del paciente como del psicoterapeuta.

La información obtenida del caso fue sometida a un *análisis hermenéutico*. La *hermenéutica* es el ejercicio interpretativo intencional y contextual, un proceso de interpretación-comprensión, donde se busca el sentido de un discurso, pero también se busca comprenderlo

(Cárcamo, 2005). El *análisis hermenéutico* “se enmarca en el paradigma interpretativo comprensivo; lo que supone un rescate de los elementos del sujeto por sobre aquellos hechos externos a él” (Cárcamo, 2005, p. 10). Dicho análisis tiene el objetivo de generar entendimiento. Todo entendimiento para ser posible, requiere de un preentendimiento tanto en lo que se refiere al *medio*, el lenguaje, como a la *materia del discurso* del sujeto, sin dejar de lado la *temporalidad*, la cual condiciona los contextos de interpretación (Cárcamo, 2005).

Desde la perspectiva hermenéutica, todo conocimiento psicoanalítico es conocimiento interpretativo, siempre y cuando proporcione una pauta del significado de los elementos del discurso. Este significado pertenece al mundo personal y subjetivo de un individuo. (Stolorow y Atwood, 1984 en Castillo y Gómez, 2004). Esto se hace accesible mediante la empatía y escucha del analista, el cual no es un observador neutral, sino que participa en el evento dialógico en el cual los interlocutores se ponen en juego por igual y ambos salen modificados (Cárcamo, 2005).

## **Instrumentos**

La información se obtuvo a través de los siguientes instrumentos:

La *entrevista* es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado y desmenuzar los significados de sus experiencias. Tiene como propósito obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos (Álvarez-Gayou, 2003).

Las *sesiones psicoterapéuticas* son un instrumento esencial para comprensión del caso. En estas se recaba información a partir de tres principales elementos: *preguntas*, las cuales tienen la

finalidad de obtener una información precisa, *señalamientos*, los cuales circunscriben un área de observación, y *confrontaciones*, donde se muestran dos ideas que son contradictorias (Etchegoyen, 2010).

## **Participantes**

Esta investigación contó con una participante voluntaria. Una joven mujer de 18 años, quien buscó atención psicológica en el Programa de Apoyo Psicológico para Adolescentes que instrumentó la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes durante la contingencia sanitaria derivada de la COVID-19.

## **Escenario**

Debido al confinamiento por la pandemia de COVID-19, la solicitud al programa, las entrevistas y las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo en la virtualidad. Se utilizó la plataforma Zoom para realizar las videollamadas, en las cuales la paciente tuvo su micrófono y cámara prendida en todo momento. El espacio donde la paciente realizaba las videollamadas era un lugar tranquilo, seguro y privado.

## **Procedimiento**

La paciente realizó su solicitud vía internet al programa de Atención Psicológica para Adolescentes de la Residencia de Psicoterapia para Adolescentes de la Maestría en Psicología de la UNAM, con la finalidad de recibir psicoterapia. Antes de dar inicio al tratamiento, el programa solicita a los interesados llenar un cuestionario. En dicho cuestionario los solicitantes proporcionan sus datos personales y el motivo de consulta. La coordinadora del programa evalúa el caso y los

asigna a los residentes de la maestría. El residente contacta al interesado y se programa una entrevista con la finalidad de conocer el panorama del paciente.

En dicha entrevista, se explicó la dinámica de las sesiones y se le pidió a la paciente que imprimiera, llenara, firmara y digitalizara el consentimiento informado junto con una copia de su identificación oficial. Se realizaron 3 sesiones de entrevista con el propósito de desarrollar la historia clínica de la paciente. En la sesión de devolución y encuadre se acordó con la paciente tomar sesión dos veces a la semana, en línea, por medio de la plataforma Zoom.

Durante el tratamiento, alrededor de 100 sesiones, se fueron abordando las líneas de trabajo establecidas en las entrevistas y su vez, algunos temas y situaciones que acontecieron a lo largo del tratamiento. En dichas sesiones, se hicieron intervenciones terapéuticas como preguntas, señalamientos, confrontaciones, interpretaciones, indicaciones, etc. Todo este trabajo fue supervisado por un profesional del área.

### **Consideraciones éticas**

El presente trabajo se realizó en consideración de los tres pilares del ejercicio psicoterapéutico de corte psicoanalítico: formación teórica, la supervisión de la práctica clínica por profesionales expertos y el análisis personal. De igual forma, se llevó a cabo respetando los lineamientos que establece el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

En dicho código se estipula que debe proporcionarse confidencialidad a los datos que proporciona el paciente (artículo 61) ya sea por medio del anonimato, uso de pseudónimos o

disfrazando los datos del mismo, con la finalidad de que no pueda ser identificado y no provocar daño alguno a su persona (artículo 68).

De igual forma, el terapeuta deberá proteger y siempre velar por el bienestar y los derechos de los participantes en una investigación (artículo 73). Así mismo, el trabajo terapéutico y de investigación del psicólogo se respalda a través de un consentimiento informado apropiado, con lenguaje entendible e informando el procedimiento al paciente/participante (artículo 118).

En el trabajo con adolescentes, en este caso ante la ley son considerados menores de edad y, por lo tanto, se obtendrá un permiso apropiado de una persona autorizada legalmente (artículo 124).

En el encuadre clínico se establecieron estos lineamientos con la paciente, de manera oral y escrita, a partir de la lectura, explicación y posterior firma del consentimiento informado, el cual incluye información sobre el uso de los datos otorgados durante sus sesiones, los derechos y responsabilidades que posee como paciente y el reglamento del programa (inasistencias, cancelaciones, bajas del programa, etc.).

## **Resultados y Discusión**

Este capítulo contiene el análisis e interpretación de diversos fragmentos del discurso de Sofía y su relación con la teoría anteriormente revisada.

### **La vivencia del maltrato en la infancia de Sofía**

El caso de Sofía es un ejemplo de las múltiples caras que puede tener el maltrato en la infancia y las heridas que deja su paso, y que muchas veces reinciden dolorosamente a lo largo de la vida. El tipo de maltrato que vivió Sofía fue violencia interpersonal (OMS, 2006), ejercida por parte de sus padres, quienes debieron brindarle protección y cuidados, sin embargo, estos infligieron violencia física y emocional, descuido y trato negligente.

El hecho de no haberle proporcionado un ambiente seguro, incrementó el riesgo de exponerla a maltratos por parte de otras personas externas al núcleo familiar dando lugar a condiciones propicias para que sufriera abuso sexual durante su infancia por parte de amistades de sus padres. Pero ¿cómo esto fue posible? Para poder entenderlo, primero hay que analizar la configuración de la violencia en los lazos familiares de Sofía.

Las vivencias de violencia intrafamiliar dejan entrever el papel al que fue orillada a ejercer: *de objeto de descarga y dominación* (Janin, 1997). De esta forma, Sofía fue un objeto depositario de los conflictos y frustraciones del matrimonio fallido de sus padres, así como un objeto de satisfacción y goce de los agresores sexuales.

Los conflictos de los padres *golpeaban* a todos los integrantes de la familia de diversas formas: el padre tenía jornadas laborales extenuantes las cuales aceptaba para evitar estar en casa, la madre era muy volátil y presentaba alcoholismo severo, Sofía y sus hermanos eran violentados por la madre de manera directa, en forma de descuidos, regañas, insultos, amenazas y agresiones, pero también indirectamente, al presenciar las discusiones violentas que los padres tenían entre ellos. La existencia de dichos elementos propició el desarrollo de vulnerabilidad y desamparo, mismos que se explicarán con mayor profundidad más adelante en el presente análisis, exponiendo a Sofía a recibir más abusos y maltratos fuera del núcleo familiar (Losada, 2011).

El conflicto parental tenía a los padres de Sofía completamente desbordados y sumamente ensimismados, y a la par, arrasaba con todos los integrantes a su alrededor, envolviéndolos en un gran dolor y evidenciando la enorme dificultad que tenían para lidiar con ello, incluso orillándolos a buscar diversas formas de huir del dolor, a partir del trabajo, el alcohol, escapar de casa, etc.

El papel de la palabra en esta dinámica era intermitente, aparecía y desaparecía. Al desaparecer, lo que la sustituía eran las agresiones desde el desbordamiento emocional contra su cuerpo o como una forma de negar su existencia por medio de aplicarle la “ley del hielo” cuando no cumplía con las demandas de su familia; y cuando las palabras aparecían, eran para agredirla psíquicamente, volviéndose un ejercicio de constante descarga de la madre.

Por otra parte, el sometimiento, a partir de las múltiples formas de agresiones ejercidas hacia Sofía y sus hermanos, deja ver cómo la situación familiar se había salido completamente de control. Agredirlos, en tanto infantes, o, en otras palabras, sin considerarlos como un igual sino en una posición inferior, era una forma desesperada de recuperar el dominio. ¿Qué fue eso que se salió de control en la vida de los padres de Sofía, que se depositó de formas tan dañinas en los hijos? Una posible explicación es la frustración de la madre al descubrir que su segundo

matrimonio tampoco tuvo *un final feliz*. Es importante tener presente que la ruptura del primer matrimonio de la madre se debió a la violencia, y en el segundo no fue la excepción.

De esta manera, se puede entender que la solución más resiliente para Sofía fue acostumbrarse a vivir con la violencia, sin que esto omitiera el dolor, enojo y tristeza: “*me escondía en las noches para llorar y buscaba que no me vieran*”, “*me volví muy desconfiada*”, “*me he enfocado en complacer [más] a los demás que a mí*”. Sus padres la anularon como sujeto, y por consecuencia, ella lo hizo también consigo misma. Pues ¿qué otra mirada podía tener ella de sí misma, si esa era la mirada que le devolvían sus padres? He aquí una pieza clave para continuar más adelante con la explicación de la vivencia del abuso sexual.

En el discurso de Sofía era recurrente encontrar una sensación que ella describió como *sentirse atrapada*. ¿De qué formas se encontraba *atrapada*? Para ello, valdría recuperar algunos puntos que ayudarán a dar una posible explicación a ese sentir.

Por un lado, hay una pregunta importante por pensar: ¿Qué lugar seguro tenía Sofía? Ninguno, dado que su casa, que tenía que haber funcionado como refugio, era también una fuente de riesgo:

*“Me sentía segura cuando estaba mi hermana, cuando se fue me sentí muy sola, como si me hubiera abandonado, y después pasó todo esto. Saber que no me sentía segura en ningún lugar y mi mamá siempre estaba enojada y explotaba, y tampoco me sentía segura porque mi papá no estaba, no tenía a nadie”.*

Por otra parte, cabe señalar que la historia de violencia en su familia, se dio desde antes de la llegada de Sofía. Por ejemplo, su madre lo vivió con sus anteriores parejas, su media hermana vivió agresiones por parte de la madre, sus ex parejas y el padre de Sofía. Resulta evidente que había una violencia dirigida particularmente contra las mujeres, de lo que se deduce que es una

experiencia que se repite y se transmite en la línea familiar perpetuando su ejercicio y teniendo fuertes repercusiones tanto en la vida de Sofia, como en los demás integrantes.

Es así como el sentirse *atrapada* evidenciaba la ausencia de un espacio seguro, sin la presencia de figuras que le brindaran confianza con quienes sentir cobijo, y alienada al patrón generacional familiar de violencia por el hecho de ser menor de edad y, además, mujer. Sofia se sentía envuelta en una dinámica donde la agresión era la única forma de interacción con los otros y no encontró otras formas para escapar de ello. Ideas como huir de casa, al igual que su media hermana, o el suicidio ofrecían una aparente solución.

A partir de esto, recordemos lo siguiente: todo sujeto construye su manera de interactuar con el mundo externo a partir de la mirada de los padres, en forma de ideales, preceptos, prohibiciones, temores. Si desde el hogar Sofia vivió en total indefensión y vulnerabilidad ¿cómo poder hacerle frente al abuso sexual?

Esto da paso a desglosar y analizar con detenimiento la otra forma en que Sofia fue maltratada: el abuso sexual durante su infancia.

Diversos autores coinciden en que el ASI se puede prevenir. Sin embargo, la prevención implica la participación de adultos quienes son los encargados de cuidar de las infancias y adolescencias. En capítulos anteriores, se señaló cómo las infancias están colocadas en una posición de vulnerabilidad, pues es a partir del adulto quien cuida de él y a su vez, le enseña a cuidar de sí mismo.

Siguiendo con este planteamiento, son los padres quienes tienen la labor de enseñar al infante que si la interacción con el otro, sin importar si este ocupa una posición de confianza, autoridad o responsabilidad, cruza un límite y transgrede su cuerpo, lo que termina por generar incomodidad, confusión o malestar, existe la posibilidad pedirles ayuda y protección. Pero para

ello, se requiere que el menor tenga interiorizado el cuidar de si, al entender que hay partes de su cuerpo que son privadas y que nadie debe tocar, pero que si esto llega a ocurrir pueda identificar que lo que está pasando no es normal, que reconozca y valide su malestar, y se acerque *a quien más confianza tenga*.

Ahora bien, en el caso de Sofía, si el mensaje que se instauró desde sus padres fue: *eres un objeto sometido a la voluntad y desborde del otro*, esto supuso una enorme dificultad para identificar que lo que estaba viviendo era abusivo y a la par, no contaba con el apoyo ni escucha de alguien para hacerle frente a la situación. A esto podemos definirlo como una experiencia de completo desamparo.

Para continuar con el análisis, hay que tratar uno de los puntos más complejos por abordar del caso de Sofía: la falla de los cuidados por parte de los padres. Una de las primeras cuestiones que saltan a la vista es pensar cómo los abusos estuvieron presentes por tantos años: ¿dónde estaban los padres?, ¿cómo estuvieron sus padres para Sofía? Es importante señalar la negligencia que implica dejar sola y sin supervisión a Sofía, siendo una menor de edad y dejando que un adulto la llevara consigo a su casa. Por ejemplo, un detalle muy alarmante que fue ignorado era que Sofía le comunicaba a su padre que ya no quería tomar “clases” en casa del agresor, sin embargo, no fue escuchada ni tomada en cuenta. Dicho acto fue otra forma de quitarle valor a su palabra. Esto es un llamado a pensar en la importancia de escuchar y creer en los infantes y adolescentes.

Lo antes señalado permite pensar en la posición vulnerada de Sofía. Dicha posición parte del siguiente mandato superyóico impuesto por el padre: el menor de edad le debe obediencia incuestionable al adulto. Un *menor de edad*, en tanto inferior, y un *adulto*, en tanto figura de autoridad, pero una *autoridad tiránica*. De esta manera, la relación con los adultos seguía

replicando la misma dinámica de desigualdad que se originó con los padres, luego con el agresor, y más adelante con otras personas que asumieron un papel de autoridad en la vida de Sofía.

Por otro lado, es importante señalar un hecho que se repite en la historia personal y familiar de Sofía: las niñas son abusadas sexualmente por un adulto heterosexual amigo de los padres lo que concuerda por lo observado por Summit (1983). Son adultos que, en primera instancia, se mostraron cercanos, amigables y de confianza, para después y desde esa posición, agredir sexualmente a las niñas de esa familia.

De esta forma, la falla en los cuidados de los padres y la posición de confianza del agresor fue la diada esencial para que Sofía sufriera vivencias de abusos cada vez más intrusivas y más atroces durante toda su infancia.

En los relatos de Sofía fue posible identificar las fases del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil, que Ronald Summit desarrolló en su artículo publicado en el año de 1983. Un aspecto importante que Sofía vive con mucho autorreproche fue el no haber dicho nada de lo que estaba ocurriendo, lo cual corresponde a la primera fase del SAASI: *el silencio*.

En párrafos anteriores, se planteó que el abuso se sostiene de un pacto de silencio impuesto por el abusador, así como de los vínculos de confianza que el menor tiene con sus cuidadores. Además, el factor de la violencia y la falla de los cuidados por parte de sus padres sumó al enmudecimiento de Sofía. De esta forma, se produjo una dinámica en la que nadie habla de la violencia y el silencio se volvió una forma de control, de defensa, de castigo y una manera de relacionarse con los demás. La respuesta adaptativa más común era silenciarse, no incomodar, no molestar al otro para que éste no descargara su enojo en ella:

*“En esos tiempos, cabe mencionar, la comunicación con mi mamá no era buena porque ella era muy agresiva y me daba miedo su reacción”, “me cerré porque pensé que nadie me iba creer o iban pensar que lo inventé todo, y me cerré más y más”.*

Entonces se comprende que el *pacto de silencio* que estuvo constituido principalmente por dos elementos: la idea persistente de que *“nadie me iba a creer”* y la justificación de un *intercambio*.

Sobre el primer elemento, la idea *nadie me iba a creer*, es importante pensar qué la sostuvo por tanto tiempo. Desde un inicio y al crecer en un ambiente hostil, Sofía a lo largo de su infancia fue introyectando la idea de que su palabra no tiene valor ni credibilidad. Al quedar atrapada en la dinámica de abuso, esto fue reforzado. Por un lado, la posición errática y confusa de ver a sus padres ser amigos del agresor y llevar una buena relación con él, y, por otro lado, esa misma persona *se transformaba* y la agredía de formas cada vez más severas. Una enloquecida puesta en escena, donde al alzarse el telón, el agresor se presenta amigable y espléndido, pero al bajar el telón, manipuló y agredió por años a una niña.

A la par, esto generó en afectos ambivalentes en Sofía hacia el agresor y hacia sus padres. Por el agresor, sintió confianza y cariño, además que al recibir regalos y atenciones era pensado como una muestra de afecto, y, por otro lado, sentía miedo y odio, debido a las agresiones sexuales. Y hacia los padres, donde Sofía sentía un fuerte rencor y desconfianza pues no la protegieron, pero esto fue encubierto por temor, y a la par sentir cariño por ellos. Esta transformación de rencor a temor se puede apreciar cuando Sofía duda en decirles sobre el abuso, y detalla una fantasía donde su miedo es que la reacción de sus padres, cuando ella les cuenta sobre los abusos, sería atacar al agresor y que eso les cause problemas a ellos. En este punto puede pensarse si esto no es una fantasía de castigo hacia los padres.

La segunda idea, la explicación que Sofía sostuvo por mucho tiempo, como una forma de entender qué estaba ocurriendo, fue que los abusos eran un *intercambio*. Fue una justificación del agresor y esta a su vez que fue apropiada por Sofía, generando en ella fuertes sentimientos de culpa y reproche. Posteriormente, una vez que pudo mirar retrospectivamente, Sofía se sintió muy culpable por lo ocurrido, pues ella pensaba que, al recibir los regalos y atenciones, ella accedía a los abusos, un supuesto consentimiento desde esta lógica: si no hubiera aceptado los regalos, el abuso hubiera cesado. Esto fue una interpretación desesperada de los hechos para dar sentido, buscando alivio por lo producido por el abuso, pero al fracasar este intento, se establece el fundamento para *auto-odiarse* (Summit, 1983): “*llegué a pensar que estaba maldita*”, “*pensé que lo había dejado atrás: el odio hacia mí*”.

Sin embargo, durante las sesiones, se esclareció que dicho consentimiento no existió y que incluso cuando rechazó seguir con el intercambio, no se detuvieron los abusos. Ella puso resistencia para convivir con el agresor, pero no lo logró, incluso intentó varias veces escapar de la casa del él sin tener éxito alguno por la complicidad del padre antes mencionada.

Los regalos, salidas, comida y juegos fueron formas de manipulación para acceder y agredir el cuerpo de Sofía, cosas que los padres no le daban a Sofía. En otras palabras, el agresor al ofrecer lo que los padres no le proporcionaban a Sofía, pudo tener el control tanto de Sofía como también de los padres. Y así, al instaurarse la dinámica de abuso, a su vez se estableció la fase de *desamparo* (Summit, 1983).

Dado que los abusos se presentaron por muchos años, esto indica que la fase de *atrapamiento y acomodación* estuvo presente mucho tiempo. El abuso sexual ocurría cada 15 días, los fines de semana, y siempre hubo una razón para que el agresor estuviera cerca de ella, inclusive

con manipulación y engaños. Como Sofía no pudo obtener protección en sus padres, detener el abuso le parecía una idea imposible, y la solución fue acomodarse a la situación.

Y ¿cuáles son los indicios de esta acomodación? O, en otras palabras, ¿cuáles son los indicios de esas habilidades de sobrevivencia ejercidas durante su infancia? Entre ellos, Sofía identificó el autocastigo y las autolesiones. Ambos han estado presentes tanto física como psíquicamente. Más adelante, en el último apartado de este capítulo se abordará con mayor profundidad la relación punitiva que Sofía ejerció hacia su cuerpo. Sin embargo, es importante señalar que el autocastigo y las autolesiones llegaron al punto donde Sofía planteó en quitarse la vida, solo eliminando su cuerpo, un cuerpo sometido a la voluntad, desborde y goce sexual del otro, este sometimiento cesaría. De igual forma, debido a la invasión del cuerpo, como *objeto*, tanto por el violador y por ausencia e identificación con los padres, en otras palabras, *el otro en su cuerpo*, permite pensar que además se trata de un ataque al objeto introyectado y representado por su propio cuerpo.

Otra habilidad es lo que ella denominó *programarse*, que era una forma de disociación:

*“Pensar: ya va a suceder esto, me hacía sentir segura. Evitaba el dolor. Un territorio que no conozco, inesperado, que no contemplé, me hacía sentir muy mal, un dolor insoportable. Para evitar el dolor, me quedaba callada. Quedarme en mi burbuja y evitar el dolor”.*

La antelación como forma de protegerse contra el malestar. Esto lleva a pensar que la forma de soportar por años una situación que experimentó como “*sentirse atrapada, sin salida*”, era entendiendo que iba a seguir ocurriendo y prepararse para ello. Sofía al *programarse*, sentía tener cierto grado de control, en una situación donde quedaba completamente a disposición del otro: los agresores, su madre. Ella sentía cierta seguridad en saber que las agresiones iban a tener lugar, y paradójicamente, esto también le generaba mucho dolor. Aunque esto no le quitaba el dolor, era

una forma de procesar el abuso en un ambiente más seguro: la fantasía. Esto evidencia una fuerza yoica, pues hay un intento por entender.

Una idea recurrente en Sofía es creer que es una persona poco valiosa: “*Con el tema del abuso yo pensaba que ya no tenía valor, como abusaron de mi cuando estaba pequeña ya no merecía nada. Lo vi como una mancha que quería eliminar y empezar desde cero. Yo ya estaba manchada*”.

Su valía y estima se perdió al ser ultrajada de tantas formas y por tanta gente, una *mancha* indeleble. Esto se suma al imperativo superyóico y, por lo tanto, esta significación es del padre. Es interesante pensar en la selección de palabras que ella usa para describir la huella del abuso, algo sucio, inamovible y que la transformó. Sumado a esta idea, está el sentimiento de culpa, se puede apreciar la marca que dejó la creencia de ella haber sido la culpable de los abusos, con la esperanza de que, solo siendo *buena*, podrá recibir amor: “*¿Soy buena? ¿Soy buena persona, amiga, novia, hija? Antes pensaba que no lo era*”.

Hasta este momento del análisis del trabajo terapéutico con Sofía, ella no había hablado del abuso proveniente de sus padres, pero sí hacia su media hermana. Es aquí donde podemos identificar la fase de *revelación*

Esta etapa se ha decidido dividir en dos momentos. Al primer momento se definirá como una *aparente revelación*. Sofía relató que durante su infancia no pudo hablar de los abusos: “*no le dije [a mi madre] la verdad, solo que mi abusador me agredía (pero nunca de qué manera)*”. Aquella ocasión le dijo que él *la golpeaba*. Es significativo cómo Sofía pudo articular con palabras la vivencia del abuso diciendo que *la golpeaban*, pues los golpes son también un acto que agrede al cuerpo. ¿Sofía no dijo la verdad o fue esta una forma para tratar de nombrar la ominosa realidad que vivía? Es posible que esa fuera la primera manera en que Sofía nombró, con sus propios

recursos y palabras, que vivía agresiones y necesitaba ayuda. Un movimiento que rompió con la lógica del silencio, pero que puso una distancia física con el agresor.

Hay varias incógnitas que de este punto se despliegan: ¿realmente la madre no sabía qué le ocurría a Sofía? ¿Por qué la madre no confrontó directamente al agresor y solo tomó distancia? una distancia, aunque favorable, pero al final solo distancia física. ¿Habló de esto con el padre?

El segundo momento, la *revelación tardía*, aconteció hasta que inició su proceso psicoterapéutico conmigo (Summit, 1983). Para Sofía encontrar un espacio donde declaró sentirse segura, escuchada, y no juzgada, movilizó la posibilidad de empezar a hablar de lo que vivió, desde las dudas, los temores, las fantasías y las certezas. Afortunadamente, su media hermana fue empática y sensible con Sofía, e incluso le planteó el denunciar el abuso. También dio lugar a un proceso de historización donde conoció la razón por la que su hermana huyó de casa y que el abuso sexual estaba presente en su familia desde mucho tiempo atrás.

No es una casualidad que haya sido su hermana con quien primero habló de lo que vivió, pues ella siempre representó una figura de confianza y seguridad, lo cual quedó respaldado con la respuesta receptiva que tuvo con ella. Sin embargo, Sofía no está segura de realizar una denuncia, pues el temor sigue siendo que no le crean o que sus padres reaccionen violentamente contra el agresor. Las ideas arraigadas sobre el porqué de los abusos, se asoman con mucha fuerza por medio de los temores que Sofía tiene ante la posibilidad de revelarlo, pero el trabajo en el espacio terapéutico ayudará a dismantelar estas ideas y movilizar otras miradas de lo vivido.

Además, los temores con respecto a revelar a los padres la violencia que vivió, no solo del agresor sino por parte de ellos, es muy posible que al encontrar personas que la apoyan y creen en ella, en un futuro pueda tomar la decisión de realizar una denuncia sobre lo ocurrido, pues Summit

(1983) plantea que el panorama es favorable cuando los familiares creen en lo que le pasó a la niña o niño.

### **El maltrato como experiencia traumática en Sofía**

La experiencia de *abuso* que vivió Sofía a partir del maltrato que ejercieron contra ella, es un eje importante para entender la experiencia del trauma. Dicha experiencia se sostuvo de los siguientes aspectos: la violencia fue ejercida en un contexto de lo cercano o lo *familiar*, por un lado, su madre la violentaba, en tanto que su padre estaba ausente la mayor parte del tiempo. Los conflictos desbordantes parentales, y, por otro lado, el agresor quien estuvo presente en gran parte su infancia debido a la estrecha relación que tenía con los padres. La relación infante-adulto se dio desde un poder asimétrico, debido a que era menor de edad, pero también porque no era considerada ni tratada como un igual, sino como un *objeto de descarga*, despojándola de vivir su cuerpo como propio. De igual forma, dicha situación fue impuesta y sin su consentimiento. El maltrato que Sofía experimentó, dejó como resultado una inmensa herida narcisista: un trauma (Insua, 2023).

El análisis de dicho trauma requiere partir de un primer interrogante: ¿Por qué se puede considerar que lo que vivió Sofía es *traumático* o ser nombrado como un *trauma*? Aunque pueda parecer evidente que el maltrato genera esta herida psíquica en los sujetos, es de gran utilidad ubicar los elementos y particularidades que nos permiten analizar el caso de Sofía como un ejemplo de una vivencia traumática y las secuelas que deja en el psiquismo. A continuación, se desarrollarán y analizarán algunos de los más relevantes elementos.

En primer lugar, en el trabajo terapéutico que se sostuvo con Sofía, se pudo observar que ella experimentó una gran dificultad para elaborar las vivencias de maltrato. ¿En qué sentido? Sofía al hablar de lo que vivió, era visible como fueron situaciones disruptivas, algo completamente imprevisto para ella y que además escapaba de su comprensión, evidenciando la ausencia de simbolización, que la dejó atrapada en una serie de sensaciones corporales inelaborables e intensas. ¿Por qué? Debido a que en la violencia física y sexual se presentó un desborde de excitación, en el caso de Sofía fue desde el dolor hasta el placer, y la barrera antiestímulo se rompió, generando malestar y confusión.

En segundo lugar, retomemos un aspecto importante que es que los maltratos también fueron ejercidos por parte de sus padres, figuras quienes debían proporcionarle cuidados y ser un espacio seguro, y la única persona en quien confiaba, su hermana, ya no estaba cerca de ella. Ella no esperaba que dichas figuras también le hicieran daño, reforzando la idea de no ser merecedora de protección, dando lugar un perpetuo estado de desamparo. ¿Por qué? El *desamparo* de Sofía fue la respuesta psíquica automática a la que recurrió frente al trauma, a lo que se sumó la presencia de angustia. Lo anterior conlleva a una experiencia del *desvalimiento*, donde ante un desborde de estímulos que no pudieron ser tramitados por Sofía de manera independiente, termina por reeditar esta experiencia primitiva, posicionándolo en un lugar de total dependencia e invalidez (Freud, 1926).

En tercer lugar, la *escena traumática* no constó de un solo evento, sino fueron muchas las ocasiones en que fue abusada sexual y físicamente durante la infancia. Sofía no contaba con los recursos psíquicos ni físicos para defenderse o alejarse de la amenaza exterior. Siendo este también un factor importante para que esto quedara guardado en el silencio. En ese sentido, Ferenczi (1933) también plantea que el niño que vive abuso queda paralizado, en el sentido en que se queda sin

respuesta, por el terror de lo que está sufriendo, no sin experimentar rechazo, enojo, resistencia y desagrado, como fue el caso de Sofía. Ante esto, ella no encontró más alternativa que progresivamente rendirse a las agresiones, sintiéndose abandonada e indefensa. Sofía enmudeció ante la fuerza y autoridad de los adultos que la agredían. Y las constantes agresiones la llevaron a someterse adaptativamente a la voluntad del agresor, olvidándose de sí. Esto último, junto con el aspecto corporal del abuso, nos ofrece una posible explicación del constante desprecio por su cuerpo, un *cuerpo ambiguo*, que es suyo en tanto el cuerpo que habita, pero que fue enajenado y tomado por el otro.

A partir de esto, es importante recordar que el acontecimiento en sí no es lo traumático, sino el efecto que tiene en la psique (Cohen, 2019). Con estos elementos, podemos dar cuenta como la forma de resolver el trauma en Sofía estaba destinada al fracaso, su psique era vulnerable, y esto dio paso a la presencia constante de la angustia y una insistente sensación de *estar atrapada*, sometida y sentirse en peligro, incluso en casa. Esta vulnerabilidad también recae en la falla de las figuras que debieron cuidarla, no contaba con dicho recurso porque ellos no lo proporcionaron. Durante las sesiones, este punto emergía en repetidas ocasiones, primero con un fuerte reclamo hacia ella misma, para después dar paso al reclamo hacia sus padres ¿Con qué otra alternativa podía contar Sofía? En ese momento, no hubo otra opción.

Hablar del trauma, particularmente el sexual, necesariamente nos lleva a pensar en los dos momentos que lo constituyen. Freud (1895) propone que lo constituyen la primera escena y la segunda escena. Ahora ¿cómo se dio esto en el caso de Sofía? La *primera escena* se dio cuando ella era una niña de 4 años, los ataques sexuales fueron por parte de un adulto y se dieron con regularidad, particularmente sucedían en los fines de semana. El cuerpo de Sofía estuvo sometida

a un influjo de energía libidinal desbordante, debido a la falla en la barrera antiestímulo antes mencionada, lo que además generaba un malestar psíquico en forma de confusión.

Como se mencionó en el primer apartado de la interpretación, lo que puso fin a los abusos fue la distancia física que trajo el mudarse de casa por la separación de sus padres. También las agresiones de su madre se apaciguaron y para esos entonces, estaba por empezar la etapa de la pubertad. Un momento de muchos cambios que favorecieron al cese del maltrato. De esta manera Sofía pudo *huir* físicamente de los abusos, aunque psíquicamente no.

El paso de la infancia a la adolescencia trajo elementos que ayudaron a Sofía a intentar apalabrar lo ocurrido. Dichos intentos fueron apareciendo conforme ella iba creciendo, evidenciando el enorme trabajo psíquico que tuvo Sofía por tratar entender qué ocurría. Por ejemplo, en la televisión vio un comercial que era una campaña contra el Abuso Sexual Infantil, con el que ella se identificó y pudo por primera vez nombrar lo que sufrió por tanto tiempo, no sin rechazo, minimización y dudas. Otro intento fue el decirle a su madre que el agresor la *golpeaba*.

Sin embargo, con el cese del abuso, vino el violento esfuerzo de sepultar lo que pasó, lo que ella llamó un *nuevo inicio*, ella no olvidó ni elaboró la experiencia traumática, sólo que estas agresiones ya no estaban en su realidad externa. Si no hubo un olvido, ¿cómo tuvo lugar la segunda escena? Esta se presentó en la adolescencia, cuando ella tenía 15 años. El agresor, quien hasta la fecha sigue en contacto con su padre, preguntó por ella y dónde podía encontrarla. De esta forma, él reapareció en la realidad externa de Sofía. Su presencia la vivió de forma amenazante. Freud (1895) señala que el recuerdo de la *primera escena* emerge sin que exista la posibilidad de representarse y desencadena un influjo de energía libidinal que desborda las defensas del yo: “el recuerdo despierta un desprendimiento sexual que se transpone en angustia” (p. 401).

La angustia de Sofía es del orden *automática*, cabe recordar que eso se define como una respuesta involuntaria a una situación de un gran incremento de tensión en el aparato psíquico imposible de metabolizar (Freud, 1926). Una de las principales características del fenómeno traumático es el de la *repetición compulsiva* de las experiencias displacenteras debido a la ruptura de la barrera antiestímulo. La angustia en Sofía reapareció en forma de constante temor, vergüenza, culpa, llanto, dificultad para concentrarse en sus actividades cotidianas, la presencia de lo que ella denominó *pensamientos*, ataques de angustia, sueños traumáticos, y una profunda tristeza. Una vez llegada la adolescencia las vivencias fuertes de la infancia emergen de formas muy intensas. Lo que refleja el retorno de lo reprimido, una cualidad elemental del trauma.

La angustia de Sofía quedó en un primer momento reducida a una experiencia del cuerpo. Los ataques de angustia que consistían de asfixia, temblores y sudoración en las manos, ella los describió como si en esos instantes revivieran los abusos sexuales. Particularmente, ella relacionó que las sensaciones corporales eran las mismas que sintió en las últimas formas que tomó el abuso sexual, donde tuvieron lugar los intentos de penetración. Aquí entran en escena los denominados *pensamientos*, los cuales poseían la cualidad de ser intrusivos, por medio de los cuales evocaba las múltiples agresiones que sufrió:

*“Volvían cuando recuerdo que... En este caso... No sé cómo decirlo, mi violador... Me llevaba a su casa y me hacía todo eso [...] Recuerdo que una de las sensaciones que sentí era de asfixia y cuando tengo ansiedad es lo que siento, que me falta el aire y a veces cuando tengo esos pensamientos como que siento esa sensación, como que me falta el aire, tiemblo (se toca las palmas de las manos) y esos son los pensamientos”.*

Es evidente que los pensamientos son sensaciones del cuerpo y por qué los denominó así. Una forma defensiva, búsqueda de control, intelectualizando lo que era una forma de sufrimiento del cuerpo.

Las pesadillas de Sofía contienen elementos para calificarse como *sueños traumáticos*, pues en estos se reducen a la evocación de la situación traumática, buscando sobreponerse a la irrupción de lo pulsional no-ligado y al consecuente desarrollo de angustia: “*durante mucho tiempo soñaba que mi abusador me hablaba, pero no recuerdo qué me decía*”, “*muchas veces llegaba a soñar con lo que pasó*”.

Consecuentemente, Sofía comentó que los fines de semana eran cuando el malestar, tanto físico como psíquico, aparecía con mayor intensidad, donde presentaba sentimientos de tristeza, vergüenza, culpa, mucho llanto y también cuando tenía los ataques de angustia. En el trabajo terapéutico, pudo dar cuenta que de los síntomas aparecían los mismos días en que el agresor tenía acceso a ella y se daba el “*intercambio*”.

Todos estos síntomas, ponen en evidencia la dificultad de Sofía para ligar y lidiar con sus afectos y el desborde tanto físico como psíquico en el que estaba envuelta, volviéndose una fuente de constante malestar en su día a día. Aunque el abuso haya tenido lugar en la infancia, los efectos continuaban en el presente. La magnitud del dolor que experimentó, refleja lo que se define como *temporalidad circular congelada*, donde las huellas traumáticas, en tanto pasado, tienen la particularidad de una percepción actual que impregna el presente y lo embiste de modo permanente. En otras palabras, la evocación del abuso Sofía no lo vivió desde su posición de adolescente, sino como si fuera nuevamente esa niña desamparada (Benyakar y Lezica, 2016).

La respuesta natural en el ser humano ante una sensación de peligro es huir de ella, es aquí donde la sensación de *sentirse atrapada*, inmoviliza toda posibilidad de terminar con ello y sumado a la tristeza y culpa, aparecieron las ideas de que quitarse la vida:

*En la secundaria tenía muchos pensamientos tristes, pensamientos de quitarme la vida”, “anteriormente me había puesto investigar y en mis ideas en esos momentos sentía yo que la muerte menos dolorosa era con un disparo en la cabeza... Y solo lo llegué a pensar porque no he tenido el valor para poder hacerlo”.*

En el análisis de estas ideas suicidas se encontró que a lo que Sofía quería poner fin era al dolor que ha experimentado en gran parte de vida, no a la vida en sí misma. Lo llamativo también es la fantasía sobre cómo podría lograrlo: darse un balazo en la cabeza. Mucho del malestar no solamente se vivía en el cuerpo, sino en lo psíquico, en las rememoraciones, las ideas punitivas, la culpa y la vergüenza, siendo esta una forma de eliminarlos de un solo golpe. La violencia vivida le permite pensar en la violencia como una respuesta, en otras palabras, la respuesta es más violencia.

Considerando que todo esto lo vivió por mucho tiempo en silencio, ya sea por la escasez de recursos para hacerlo o por amenaza de los agresores, no hablar de ello no hizo que desapareciera. Lo que no se apalabra, saldrá de otras maneras, en el caso de Sofía, el cuerpo tomó un papel muy importante para los intentos de tramitación del malestar. Esto nos introduce al último apartado de la interpretación: lo psicossomático.

## Las heridas del trauma y su manifestación en el cuerpo de Sofía

Este último apartado tiene como propósito profundizar en la expresión del trauma y el papel protagónico del cuerpo como un medio para los intentos de tramitación del malestar que generó el maltrato que sufrió Sofía durante su infancia.

A lo largo del trabajo en el espacio psicoterapéutico se pudo advertir que mientras tuvieron lugar los episodios de violencia y abuso sexual, a la par se presentaban una serie de malestares físicos, los cuales afectaron diversas áreas como el sueño, la alimentación y la salud (Colombo, Agosta y Barilari, 2008, como se citó en Losada, 2011). De igual forma, se apreció una dinámica muy particular entre la mirada que ella tenía sobre la imagen de su cuerpo y la relación punitiva y de rechazo que estableció con él.

Los sucesos traumáticos que Sofía padeció generaron una desorganización a nivel físico y psíquico. Debido a que la violencia y el abuso sexual estuvieron presentes durante gran parte de su infancia, sumado a que no contaba con los recursos para elaborarlos, una forma alexitímica y de pensamiento operatorio, y mucho menos para expresarlos pues durante toda esa época se halló en la etapa del *secreto*, esto llevó a que las resistencias de su aparato psíquico se vieran rebasadas, permaneciendo sobrepasado y atrapado en un exceso de excitación (Lebovici, 2006).

Dicha ruptura de la homeostasis psicoafectiva y el desbordamiento de las resistencias generó en Sofía la tendencia a expresar somáticamente la angustia, la tristeza y la culpa, siendo esta una función defensiva primitiva que remonta a la etapa arcaica del desarrollo donde la no diferenciación con el objeto y una ausencia de representación, facilitan la puesta en el cuerpo. Estamos hablando de una regresión, donde los mensajes enviados por el cuerpo a la psique, y

viceversa, se inscriben psíquicamente, como en la primera infancia, sin una representación de palabra, es decir por medio del cuerpo (McDougall, 1989).

Lo anterior despliega el camino para hacer un análisis sobre la experiencia del dolor del abuso sexual que Sofía no pudo hacer en su momento. Esto abre una nueva puerta de interpretación sobre el material que Sofía vino trabajando en el espacio terapéutico hasta ahora. En diferentes momentos del trabajo con Sofía, se encontró que el dolor está entrelazado con la tristeza, ésta a su vez lo ha vivido como algo insoportable y desbordante: *“Siempre he evadido el dolor. El dolor lo relacioné con la tristeza. Es insoportable y no sé cómo abordarlo”*. La dificultad para transitarlo a su vez está vinculado a la experiencia de la angustia, misma que no fue elaborada y cuyo origen son afectos penosos o excitantes, los cuales quedaron silenciados y expulsados de su discurso (McDougall, 1989): *“Me daba miedo sentirlo [dolor] y eso me llevaba a ignorarlo, a callarlo”*.

Sin embargo, aunque el dolor fue temido y, consecuentemente, evitado, fue necesario. Fue por medio del éste que pudo materializar las sensaciones de las representaciones mentales abstractas como son la ausencia o la pérdida, pues Sofía sintió que a partir de los abusos perdió algo, algo le fue arrebatado, pero debido a las dificultades de simbolización que presentó, no pudo nombrarlo y solo experimentó dolor. Así, el dolor fue la inscripción en el cuerpo de lo perdido, y éste, a su vez, la protegió de la consecuencia enloquecedora que tendría si le hubiera faltado esa referencia material (Ulnik, 2008).

Por mucho tiempo, fue evidente que Sofía rodeaba cualquier cosa que tuviera que ver con la tristeza, volviéndose algo muy llamativo para el trabajo, la repetición de algo muy anterior. Durante muchas sesiones, Sofía evitaba hablar del dolor que sentía y solo buscaba hablar de temas alegres, decir que se sentía contenta, aunque muchas veces ese no fuera su sentir. En varias

ocasiones, era notorio que había una disociación del afecto que en otro momento había correspondido al mismo tipo de discurso. *“Mi infancia yo creo que fue un tanto feliz... Pero a la vez sí un poco triste”*. Generalmente daba la impresión que algo en su discurso se escondía. Al abordarse el por qué, identificó que era algo insoportable, razón por la que estaba oculto en su discurso y prefirió no hablar de ello. Era tan insoportable pues en el trasfondo se preservaba el malestar que vivió cuando fue abusada sexualmente: *“no quería estar triste, se sentía igual a cuando yo pasé lo del abuso”*.

La respuesta para adaptarse tanto en un inicio como en el proceso mismo fue evitando hablar de su tristeza, volviéndose este un afecto problema (Ulnik, 2008), protegiéndose del dolor, pues éste se revive con la misma magnitud que experimentó en su origen. De manera tal que toda experiencia angustiante y dolorosa, terminaba por evocar en Sofía las mismas sensaciones corporales e ideas que tuvieron lugar durante su infancia, una infancia ultrajada y lastimada, dándose así una reviviscencia traumática. En esa memoria corporal, una memoria arcaica, los recuerdos se reactivan en Sofía como descarga emotiva o como acción, nuevamente todo queda atravesado en el cuerpo (Benyakar y Lezica, 2005). Ahí no hay una huella, hay herida fresca, sin que haya podido cicatrizar durante todo este tiempo, pero lo que llevará a poder sanarla es prestarle atención.

Durante la infancia de Sofía ella experimentó una profunda tristeza, culpa e inseguridad, una gran sensación de estar atrapada y una dificultad para poder expresar qué ocurría y cómo se sentía: *“cuando me siento triste no hablo, yo quería, pero no podía hablarlo de niña, cuando me sentía triste, lloraba, me lo guardaba, me quedaba callada”*. Es este malestar que se vio reflejado en su cuerpo: un marcado sobrepeso en la primera infancia, subir y bajar de peso drásticamente en la pubertad y adolescencia, constante sensación de hambre voraz que muchas veces terminaba en

atracones, en situaciones de estrés presentaba agudas contracturas en pantorrillas, brazos y hombros, padecer colitis nerviosa, la presencia de crisis de angustia, sensación de vacío, etc.

Cuando los abusos iniciaron en los primeros años de la infancia de Sofía, ella empezó a comer en exceso, pues experimentaba un *vacío*. Sofía en las sesiones relataba que fue niña con un marcado sobrepeso. Este comenzó poco después de sufrir las primeras formas de abuso sexual. Ella mencionó que durante ese tiempo comía en demasía: “*No tenía llenadera. No tenía control, comía demasiado*”, “*Me di cuenta que como porque me siento triste, como tapar algo. Tapar el tema del abuso*”. El *exceso* fue una forma de lidiar y llenar un vacío psíquico de manera física, mostrando la dificultad de diferenciación entre un vacío de tipo emocional y un vacío físico, que sustenta el planteamiento de lo psicossomático.

Sumado a eso, la relación con la imagen de su cuerpo estaba tan devaluada que se veía reflejada en la estima de sí misma. La creencia de tener poco valor, sentir que no es buena persona, constantes dudas sobre lo que los otros vayan a pensar de ella, la pérdida de la valía de sí mismo: “*yo pensé que con el tema del abuso yo no tenía valor*”. Y dicha imagen, al interactuar con los demás, muchas veces la llevó a entablar relaciones interpersonales que se sostenían de una dinámica de abuso, ya sea posicionándose en lugar de sometimiento o ella ejerciéndolo, siendo así una forma de repetición del trauma.

Fue evidente que Sofía mostró una dificultad de diferenciación con el agresor, cuando dio muestras de haber introyectado al mismo (Ferenczi, 1933) pues, aunque éste había desaparecido de la realidad exterior, continuó presente de manera psíquica como un precepto punitivo que hacía sentir a Sofía constantemente ansiosa y desesperanzada: “*como abusaron de mí de pequeña, yo no merezco nada*”.

La sensación de *vacío* fue creciendo con el paso de las vivencias de abuso, las cuales fueron constantes, avasallantes, angustiosas, ominosas, confusas, dolorosas, sin representación alguna y pactadas en secreto más allá de ella (McDougall, 1989). No pudo más que acomodarse a ellas, dando inicio a una dinámica de autocastigos y autolesiones.

En el transcurso de la infancia y el paso a la pubertad, el cuerpo de Sofía quedó reducido a un *objeto de rechazo*, el cual decidió no mirar, como una forma de evitar dar lugar al dolor inmenso, producto del maltrato, decisión que se sostuvo desde una lógica infantil: “si no lo veo, no existe”. Ella decide no mirar su cuerpo, pues este no se vivía como propio. Con el tiempo, el sobrepeso fue una forma de cubrir su cuerpo, un cuerpo que vivió como manchado y ultrajado, motivo de vergüenza y rechazo. En esta misma lógica, para Sofía mostrar su cuerpo era evidenciar los abusos que este vivió: “*No quise mirar mi cuerpo. Me tocaba el señor y nunca quise ver mi cuerpo, lo ignoraba*”.

Más adelante, en la adolescencia, su cuerpo se volvió el depósito de su propia culpa, tornándose un *objeto de castigo*, el cual sometió a ejercicios excesivos y dietas restrictivas las cuales ponían en riesgo su salud. El bajar de peso fue su lógica de representar lo que ella entendía como eliminar la culpa, desaparecer el cuerpo que fue violentado y así empezar de cero, un cuerpo nuevo: “*lo vi como una mancha que quería eliminar y empezar de cero*”.

Otro momento importante fue que Sofía señaló sobre el vínculo entre su psique y su cuerpo, fue en la pubertad, cuando Sofía intentó hablar con su madre del abuso, a los pocos días su apéndice reventó. Si bien no se ha encontrado relación entre la presencia de la apendicitis y el experimentar estrés crónico, para Sofía tuvo dos significados importantes. El primero tiene que ver con su recuperación, el mes que estuvo internada, fue un tiempo donde ella se desconectó del exterior.

También lo vio como una oportunidad de comenzar de nuevo. La fantasía de un nuevo comienzo a partir de una pérdida, marcó para Sofía un antes y un después: “*siempre necesité empezar las cosas desde cero*”. Y el segundo, su madre le da un significado a dicho evento, atribuyéndolo a las agresiones que recibió, lo que ella aceptó: “*mi mamá hizo un comentario, me dijo que él fue la causa de que me haya reventado el apéndice, por todo el estrés*”. ¿No fue esta otra forma de traer alivio, aunque sea momentáneo, a la vida de Sofía? Quizás esta fue otra forma impuesta por los adultos para darle sentido a un sinsentido profundo y de antaño.

La costumbre forzada de minimizar e ignorar lo que vivió y sintió, algunas veces sin siquiera saber cómo nombrarlo y otras tantas defendiéndose y escondiéndose detrás de una aparente máscara fortaleza (¿realmente es aparente o es fortaleza?) y alegría para no mostrar su vulnerabilidad, orilló a Sofía a poner el cuerpo por delante para enfrentar la angustia y las heridas psíquicas. A través del espacio terapéutico, ella ha encontrado la posibilidad de apalabrar su sentir, experimentar una sensación de alivio, lo que ha llevado a abordarlo y afrontarlo desde un lugar distinto.

De esta forma, el cuerpo captura la experiencia emocional, desde lo que podría entenderse como obsesión hasta lo juicioso. Sofía parecía moverse en una dimensión donde al modificar el cuerpo físico, modifica el cuerpo inconsciente, aquel que se vivió ajeno, sin valía, manchado. El abuso sexual es principalmente una experiencia que se vive a nivel cuerpo físico, pero es por medio de ese cuerpo físico que se media entre la realidad externa y la interna, como plantea Freud (1923): “El yo consciente, a saber, que es sobre todo un yo-cuerpo” (p. 27, 29). En el abuso, no solo se experimenta como un sometimiento del cuerpo físico, también hay un avasallamiento psíquico que se vive como anulación del sujeto y que termina por ser mediada por el cuerpo físico.

## **Análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales**

En este apartado se tratan los procesos transferenciales, contratransferenciales que tuvieron lugar durante el proceso psicoterapéutico, y los alcances y limitaciones del tratamiento.

La *transferencia* de Sofía ha sido positiva. Ha encontrado en el espacio terapéutico un lugar donde poder hablar de las experiencias dolorosas que vivió durante su infancia.

Sin embargo, estas experiencias estuvieron cargadas de mucho dolor y en muchas ocasiones buscó transitarlo con mucha prisa. Desde el inicio del tratamiento, me preguntó por libros para acompañar su proceso, también tenía un gran interés por ver videos con temáticas de psicología. En un primer momento, mencionó que ella intentó sanar sola sus heridas, y llegó a buscar libros y videos que le ayudaran a cumplir su objetivo, pero descubrió que necesitaba de un acompañamiento terapéutico pues había temas que la sobrepasaban, como el tema del abuso sexual.

Al inicio, pude notar que le costaba trabajo llevar en conjunto el proceso, pero poco a poco se fue formando una alianza terapéutica donde descubrió que no tiene porqué transitar el dolor sola.

Generalmente las sesiones las empieza expresando cómo se ha sentido en los últimos días. Cuando se sentía mal, lo vivía como algo que atacaba todo su proceso terapéutico, que estaba mal, se recriminaba y decepcionaba de sí misma. Sin embargo, al notar que mi reacción no era de la misma forma castigadora que ella tenía para consigo misma, descubrió que hay otras formas de abordar su sentir.

Dentro de mis *reacciones contratransferenciales*, estas fueron muy variadas. En un inicio, cuando se me asignó el caso, tuve una gran preocupación pues no tenía experiencia alguna trabajando temas sobre abuso sexual. Esto me llevó a buscar literatura, tomar cursos, ver conferencias.

Escuchar las vivencias de abuso y violencia, me generó mucho enojo, tristeza e incertidumbre. De igual forma, el que Sofía hablara de la vivencia del abuso no fue inmediato, tomó tiempo y llegué a experimentar una preocupación de no presionar o apresurar estos tiempos.

A su vez, en algunas ocasiones tuve el temor de realizar algún señalamiento o interpretación fuera de tiempo y que esto pudiera ser insoportable para ella, esto trajo que en ocasiones tuviera algunas dificultades para realizar intervenciones. A estas alturas del tratamiento, la escucha ha cambiado mucho y me parece que eso ha favorecido que ella pueda hablar de lo que vivió y sintió con mayor apertura, y el futuro que se veía incierto, ahora se ve como una nueva oportunidad para re-conocerse. En un inicio, ella expresó una fuerte insistencia por sobrevivir a su pasado, pero poco a poco ha dado cuenta que se trata de un vivir consigo misma.

Con respecto a los *alcances* del tratamiento, Sofía ha podido apalabrar la vivencia del abuso sexual. El apalabrar permitió ligar sus afectos con la vivencia traumática que, aunque muchas veces de estos fueron dolorosos o penosos, permitieron tramitar poco a poco dichas experiencias. También ha podido ir tramitando el sentimiento de culpa, el cual implica el reconocer afectos contradictorios, pero que en un momento estuvieron presentes.

Sofía ha podido expresar desde otro lugar el desamparo que vivió, ya no autorecriminándose, sino ubicándolo en el exterior, particularmente, en forma de reclamo del trato negligente que tuvieron sus padres. De igual forma, ha dado cuenta que, aunque ahora la

dinámica con sus padres ha cambiado, en un momento esta se sostuvo desde la violencia. Dar cuenta de ello, le permitió poder reconocer los afectos ambivalentes que esto trajo consigo.

Durante el proceso psicoterapéutico, Sofía tomó algunas decisiones como elegir carrera y terminar una relación amorosa violenta. El espacio le permitió tomar decisiones pensadas desde sus deseos y no sometándose a las expectativas de los otros.

Por otra parte, Sofía pudo identificar que muchas acciones que tomaba, como las dietas restrictivas, ejercicio excesivo, estudiar sin descanso, consumir alimentos que le hacen daño, eran formas de maltratar su cuerpo como una forma de castigo por la culpa que tiene su origen en la experiencia del abuso sexual. Acudió con profesional para bajar de peso y está en búsqueda de nuevas estrategias de estudio.

El espacio terapéutico le ha permitido traducir el malestar corporal, tanto pasado como presente, para dar paso a palabrarse sus sentimientos y afectos. Una de las alcances más llamativos es que Sofía ha descubierto que no se trata de borrar la experiencia del maltrato sino de lograr darle el estatuto de *parte de la vida*, permitiéndole convivir con eso.

Por último, dentro de las *limitaciones* en el trabajo terapéutico, se pudieron identificar dos aspectos. El trabajo en línea trajo algunas dificultades como la conexión a internet y en ocasiones no contó con un espacio privado para tener sus sesiones. Como anteriormente mencioné, presenté algunas dificultades a realizar interpretaciones o señalamientos, por temor a que estas fueran fuera de tiempo o por el contrario, adelantadas.

## Conclusiones

Una de las realidades más alarmantes en las infancias y adolescencias a nivel nacional y mundial es el maltrato (OMS, 2006). El maltrato en la infancia se da a partir de una relación abusiva, la cual se da un contexto de lo familiar o lo cercano, el agresor está presente de forma constante en la cotidianeidad del sujeto, y se sostiene de un poder asimétrico que se da en el terreno de una relación de confianza, el infante queda sometido a otro quien se encuentra en posición de confianza, autoridad o poder (Orjuela y Rodríguez, 2012).

El maltrato que se ejerce dentro del núcleo familiar, coloca al infante en una posición de vulnerabilidad y desamparo, y estas fallas en los cuidados parentales lo harán más propenso a vivir otras formas de violencia por terceros como lo es el abuso sexual.

En el abuso sexual hay un abuso de poder en una escena sexual, la cual es impuesta y sin su consentimiento. El niño es reducido a un objeto, expropiado de su cuerpo y a la par, sometido y violentado. Esto quedara inscrito en la vida del sujeto como una vivencia traumática dejando huellas psíquicas que generan efectos permanentes, lo que podría condicionar la construcción de la subjetividad del individuo.

Sin embargo, que el abuso sexual se presente durante la infancia, lleva a tener presente dos puntos elementales para su análisis: En primer lugar, la condición de infante implica, por una parte, que el menor no tiene o se encuentra limitada la capacidad de hablar y apalabrar las experiencias, pero a partir de sus propios recursos y del displacer que siente su cuerpo, da cuenta que lo que ocurre no está bien. Y, en segundo lugar, la incapacidad de hablar públicamente de lo que está

sufriendo, pues el infante queda atrapado por un pacto de silencio impuesto por el agresor, donde se refuerza la idea que será desacreditado por el adulto o no será escuchado (Miranda, Cortés y Vera, 2016). Ante esto, el niño calla.

En la infancia no se cuenta con los elementos necesarios para poder significar lo ocurrido, pero en la adolescencia sí los tendrá. Esta es una de las razones por la que en la clínica con los adolescentes muchas veces nos encontramos con relatos sobre abuso físico, emocional, sexual que tuvo lugar en la infancia, pero que hasta ese momento se puede hablar y nombrarlo, lo cual se vuelve una oportunidad de estudio para nuestra labor como psicoterapeutas.

El trauma que se origina de la violencia y abuso sexual en la infancia tiene un impacto en el sujeto en función de la vulnerabilidad del psiquismo. Existe una tendencia a somatizar cuando las circunstancias internas o externas rebasan las formas psíquicas habituales de resistencia (McDougall, 1989). Aquello no nombrado, ya sea porque tiene un estatuto de secreto, o no había los elementos para nombrarlo o significarlo, o al ser revelado es cuestionado o censurado, deja huecos narrativos de los cuales es muy fácil que deriven en desorganizaciones somáticas (Ugazio, 2001).

Tal es el caso de Sofía, una adolescente quien vivió una serie de experiencias traumáticas durante su infancia y que transitó por mucho tiempo en silencio, terminó por encontrarse en una dinámica particular con su cuerpo, ya sea en forma de múltiples malestares físicos o como objeto depositario de castigos y rechazos. A partir de esto, se propuso explorar cómo el cuerpo fue una vía de tramitación, un portavoz, de la violencia y del abuso sexual que vivió durante su infancia.

La violencia muchas veces fue sólo en el cuerpo, ya sea por medio de agresiones físicas o sexuales, por la negligencia o ausencia del cuidado del otro, o también psicológica por medio de

la palabra que tenía lugar de manera errática, apareciendo para agredir y desapareciendo para castigar o negar la existencia de Sofía.

La dinámica anterior colocó a Sofía en un lugar de objeto, un objeto de descarga, dominación, y sometimiento a la voluntad y desborde del otro. Alienada ante la voluntad del otro, la única respuesta que encontró para adaptarse de la violencia fue olvidarse de sí.

Además, la falla de sus cuidadores primarios y la posición de confianza del agresor potenciada por la relación cercana que sostenía con sus padres, llevó a que Sofía quedara atrapada en un ciclo de abusos cada vez más atroces durante toda su infancia. Esto trajo como resultado marcados sentimientos de desamparo. Lo que impidió encontrar otra salida, *sentirse atrapada*, en las experiencias de maltrato, las cuales vivió con dolor, hostilidad, angustia, culpa, confusión e indefensión (Ferenczi, 1933).

La relación dicotómica de inferioridad-superioridad y la obediencia incuestionable a la autoridad tiránica de los padres, lo que eventualmente produjo un estado de constante de vulnerabilidad que Sofía replicó con los otros, con el agresor o toda persona que asumiera un papel de autoridad para Sofía, incluso con sus pares, ya sean amistades, compañeros o parejas.

Acerca del desarrollo del trauma generado por las vivencias de maltrato durante la infancia de Sofía, es importante destacar que éste se desarrolló porque de que ella no contaba con los recursos psíquicos ni físicos para defenderse o alejarse de la amenaza.

Dicho trauma se situó en la invasión no elaborada del cuerpo, la imposibilidad de representación, a las fallas de las figuras parentales, quienes debieron cuidar de ella, la pérdida de los límites entre sí misma y el agresor, la exposición a estimulaciones sensoriales abusivas y confusas, y el desamparo. Esto generó un desborde de excitación, que superó la barrera

antiestímulo, dejando a Sofía en un estado de confusión de sensaciones que iban desde el dolor hasta el placer.

Lo anterior, implicó una serie desorganizaciones físicas y psíquicas, lo que desencadenó en una experiencia somática de la angustia, la tristeza y la culpa, lo que se concibe como una consecuencia del rebasamiento psíquico (Lebovici, 2006). Se halló que mientras tenían lugar los episodios de maltrato, particularmente el abuso sexual, se presentaban una serie de malestares físicos, afectando el sueño, la alimentación y la salud de Sofía. A la par, se estableció una dinámica punitiva y de rechazo con su cuerpo. Lo que se mantuvo incluso cuando los abusos habían cesado.

Esto confirma lo anteriormente planteado de cómo el cuerpo de Sofía, tanto físico como inconsciente, tuvo el papel de portavoz. Situaciones de estrés, malestar, dolor, angustia, miedo, pérdida, vacío, relaciones con dinámicas abusivas evocan las experiencias de abuso sexual y físico, y estas a su vez, se exteriorizaban en forma de alteraciones de la alimentación, colitis, contracturas musculares agudas, sensación de vacío, sueños traumáticos y ataques de ansiedad. Estos venían de la mano con una dinámica de autocastigo y autorreproches, sentimientos de poca estima, ideas suicidas, que se manifestaba colocando a su cuerpo como objeto de rechazo y castigo al someterlo a situaciones extremas, ocultarlo, ignorarlo, percibirlo como poco valioso y manchado.

El sentir dolor fue algo que Sofía buscó evitar por mucho tiempo, pues éste estaba fuertemente vinculado con una serie de afectos penosos y excitantes, lo cual le causaba temor, vergüenza, culpa, llanto, dificultad para concentrarse en sus actividades cotidianas, reviviscencias de los abusos, ataques de angustia, sueños traumáticos y una profunda tristeza. La evocación del abuso, lo revivía como si fuera nuevamente esa niña desamparada (Benyakar y Lezica, 2016).

Se puede concluir que la experiencia emocional de Sofía quedó atrapada en su cuerpo, así se instauró la idea de que al modificar el cuerpo físico, podría modificar el cuerpo inconsciente, el cual fue visto sin valía, como un objeto, maldito y alienado. El avasallamiento psíquico, desdibuja al sujeto, y así el cuerpo físico se vuelve el único mediador entre el mundo interno y la realidad externa.

El silencio, ya sea por costumbre o por defensa, orilló a Sofía a poner el cuerpo por delante para enfrentar la angustia y las heridas psíquicas. Fue a través del espacio terapéutico que ella encontró la posibilidad de apalabrar su sentir y lo vivido, lo que la ha llevado a abordarlo y afrontarlo desde un lugar distinto. Lo anterior representa un esfuerzo de traducción consciente de aquello que hasta entonces solo tenía noticia por otra de las manifestaciones somáticas

En el espacio terapéutico no se pretendió evitar el dolor sino reelaborarlo. El reelaborar implicó darle tiempo a la paciente para que las resistencias perdieran fuerza y se diera lugar a la resignificación (Freud, 1914). Lo que se buscó resignificar fueron las experiencias traumáticas mediante la elaboración de la culpa. El trabajo para Sofía consistió en que lo que sintiera no la hace responsable de lo que pasó. No se trató de dejar de lado la culpa que experimentó, al contrario, fue importante abordar y apalabrar la culpa y el dolor, que en su momento quedaron atrapados en el silencio y no encontraron representación.

Aunque al inicio se presentó la esperanza de olvidar lo vivido, debido al impacto que tuvo el maltrato, ésta no es fue la finalidad. No se trató de borrar un suceso sino de lograr darle el estatuto de *parte de la vida*, permitiéndole a la paciente convivir con ello, resignificando la vivencia del abuso, que va estar con ella toda la vida, pero que no tiene que estar de forma dolorosa

y punitiva como lo ha estado hasta ahora. Asimismo, esto favoreció el poder construir un sentido propio, generar algo nuevo o diferente, y así desarrollar un vivir consigo misma.

Cabe señalar que para llegar a la elaboración de este trabajo, así como las presentes conclusiones, se consideraron cuatro perspectivas que finalmente se descartaron. La primera, aunque autores han encontrado una vinculación entre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y vivencias de abuso sexual, el caso de Sofía no se puede considerar un TCA. Los TCA son una forma de resistencia ante su existencia como sujeto de deseo, imaginando que, con estas prácticas, escapan de la pasividad y del sometimiento ante la demanda y deseos del otro. Pero en el abuso sexual no se trata de un deseo sino una voluntad del otro que violenta el cuerpo, un fetiche del otro donde el niño queda capturado como objeto para el goce del otro.

Por otra parte, este caso no podría explicarse desde una Organización Fronteriza de la Personalidad pues se plantea que en este tipo de organización hay una puesta en acto de los afectos que daña el cuerpo. Por otro lado, tampoco se presenta una departamentalización.

A su vez, se considera que no es suficiente abordarlo solamente como un caso de histeria. El síntoma es la satisfacción sustitutiva del deseo. En el caso de la histeria, este síntoma tiene que ver con un deseo sexual que no se puede reconocer. En este caso hay una disociación ella y su cuerpo debido al trauma, no una resignificación que se produce por el placer sexual. No hay un deseo por el agresor, el cuerpo experimenta una excitación, pero no está anudado a un deseo.

Por otro lado, la paciente presenta rasgos como los reproches y el castigo, sin embargo, no hay rituales o hipocondría para abordarlo como un caso de neurosis obsesiva. Las ideas recurrentes no son encubridoras sino la repetición compulsiva de las experiencias displacenteras. Son evocación de la situación traumática, buscando recuperar el dominio sobre lo pulsional no-ligado

por medio del desarrollo de angustia. La angustia surge como una reacción ante un peligro, una perturbación económica en el aparato psíquico.

Por último, para futuras investigaciones se considera importante continuar pensando el papel de los padres, pues a raíz de este trabajo se abren algunas cuestiones con respecto a ellas, pues fue llamativo como, aparentemente, no se dieron cuenta de lo que les ocurrió a sus hijas por tanto tiempo. Por una parte, del lado del padre, quizás había la presencia de un pacto patriarcal inconsciente con el agresor, y, por otra parte, de lado de la madre, tenía lugar una repetición a nivel generacional, una forma de identificación con el *ser mujer*, lo que da cabida a si ella vivió una situación similar a la de su hija.

También sería relevante continuar explorando otras formas de tramitación que podrían tener lugar por haber vivido maltrato durante la infancia. De igual forma, podría ser de gran interés profundizar en el impacto del maltrato infantil en las relaciones interpersonales de quienes lo sufrieron.

## Referencias

Allegue, R., Carril, E., Kohen, V. y Tejería, S. (2014). Violencia doméstica y psicoanálisis (Parte I). *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 8 (3) 57-72.

<http://www.bvpsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272014080305.pdf>

Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y Metodología*. Paidós.

Bassols, R. (2012). Las raíces psicológicas de la violencia. *Temas de psicoanálisis*, 4 (junio).

<https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/TdP-No-4-R.-Bassols1.pdf>

Benyakar, M y Lezica, A. (2016). El Complejo Traumático A La Luz Del Modelo De Los Tres Espacios. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 6 (abril-2016).

[https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/benyakar\\_lezica.pdf](https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/benyakar_lezica.pdf)

Benyakar, M. & Lezica, A. (2005). Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo 1. El proceso traumático. Ed. Biblos.

Bover, J. (2009). El cuerpo: una travesía. Relaciones. *Estudios de historia y sociedad*, 30(117), 23-45.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-39292009000100002&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292009000100002&lng=es&tlng=es)

- Cacho, L. (2009). *Con mi hijo no. Manual para prevenir, entender y sanar el abuso sexual*. Debolsillo.
- Camps, C. (2013). Psicósomática y relación según el modelo de Sami-Ali. *Psychosomatique relationnelle*, 1, 39-48. <https://doi.org/10.3917/psyr.131es.0039>
- Cárcamo, H. (2005). *Hermenéutica y Análisis Cualitativo*. Cinta de Moebio, (23).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102306>
- Castillo, M. y Gómez, E. (2004). Las peculiaridades de la investigación en psicoanálisis. *Terapia Psicológica*, 22 (1), 25-32.  
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78522103.pdf>
- Castoriadis-Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la Interpretación*. Ed. Amorrortu.
- Cohen, S. (2019). La infancia abusada. Notas sobre la subjetividad mortificada. *Fort-Da. Revista de Psicoanálisis con Niños*. (13).  
<https://www.fort-da.org/fort-da13/cohenimach.htm>
- Corsi, J. (1994). *Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Paidós.  
[https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc\\_basicos/5\\_biblioteca\\_virtual/7\\_violencia/16.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/7_violencia/16.pdf)
- Dolto, F. (1984). *La imagen del Inconsciente del Cuerpo*. Ed. Paidós.

Dunkley, D. M., Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (3), 274–281.

<https://doi.org/10.1002/eat.20796>

Etchegoyen, H. (2010). *Los fundamentos de la teoría psicoanalítica*. Amorrortu editores.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2016). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Argentina.

[https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf)

Ferenczi, S. (1933). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión. En *Psicoanálisis* (1984). Tomo IV. Ed. Espasa-Calpe.

<https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Selecciones-Ferenczianas-Tomo-IV/Selecciones-Ferenczianas-Obras-Completas-Tomo-IV-Confusion-de-Lenguas-entre-Los-Adulto-y-el-Nino-1933b.pdf>

Freud, S. (1894). Psiconeurosis de defensa. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo III. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. La proton pseudos histérica. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo I. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neurosis de defensa. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo III. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1897). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 69. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo I. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo XIV. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo XIV. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo XVIII. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1923). El yo y el ello. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo XIX. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1925). Notas sobre la «pizarra mágica». (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo XIX. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. (J. L. Etcheverry, Trad.) *Obras completas: Sigmund Freud* (2017). Tomo XX. Ed. Amorrortu.

Gutton, P. (1993). *Lo Puberal*. Ed. Paidós.

<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630250010.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. McGrawHill.

Insua, G. (2023). *Abuso sexual en las infancias y adolescencias: El horror más silenciado*. Letra Viva.

Janin, B. (1997). Violencia y subjetividad. *Revista Cuestiones de infancia*, (2) 7- 20.

<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/438>

Janin, B. (2002). Las marcas de la violencia los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (33-34) 149-171.

<https://www.seypna.com/revista-seypna/articulos/marcas-violencia-estructuracion-subjetiva/>

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

Lebovici, S. (2006). *La psicopatología del bebé*. Siglo XXI Editores.

Levin, E. (2001). *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Nueva Visión.

Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias*. [Tesis doctoral, Universidad Católica Argentina]. Repositorio institucional de la Universidad Católica Argentina.

<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/abuso-sexual-infantil-patologias-alimentarias.pdf>

McDougall, J. (2009). *Los teatros del cuerpo*. Colección Continente/Contenido.

Merriam, S. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. Jossey Bass.

Miranda, J., Cortés, C., y Vera, J. (2017). Infancia, palabra y silencio: Aproximación desde una perspectiva constructivista. *Psicoperspectivas*, 16(1) 91-104.

<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-816>

Nasio, J. (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1999). *Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato a Menores*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66734/WHO\\_HSC\\_PVI\\_99.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66734/WHO_HSC_PVI_99.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence and International Society for Prevention of Child*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1)

Orjuela, L., y Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. Save the Children España.

[https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia\\_sexual\\_contra\\_los\\_ninosylasninas.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_los_ninosylasninas.pdf)

Pereña, F. (2009). El suicidio y la vergüenza. *Revista Átopos*, (4) 4-12.

[http://www.atopos.es/pdf\\_04/E1%20suicidio%20y%20la%20verg%C3%BCenza.pdf](http://www.atopos.es/pdf_04/E1%20suicidio%20y%20la%20verg%C3%BCenza.pdf)

Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Ed. Paidós.

Persano, H. (2018). *Las transformaciones puberales y adolescentes*. En: El Mundo de la Salud Mental en la Práctica Clínica. (2018). Akadia Editorial.

[https://www.researchgate.net/publication/335456177\\_Las\\_Transformaciones\\_Puberales\\_y\\_Adolescentes#:~:text=Las%20transformaciones%20puberales%2C%20no%20implican,parte%20de%20la%20juventud%20temprana](https://www.researchgate.net/publication/335456177_Las_Transformaciones_Puberales_y_Adolescentes#:~:text=Las%20transformaciones%20puberales%2C%20no%20implican,parte%20de%20la%20juventud%20temprana)

Quiñones, M., Arias, Y., Delgado, E. y Tejera, A. (2011). Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. *Mediciego*. 17(2).

<https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1981/2820>

Rodríguez- Rendo, M. C. (2012). El sujeto a la intemperie. La cuestión del desamparo en Freud y en Lorca. *Localización: Norte de Salud Mental*, 10 (42) 37-47.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910976>

Sami-Ali, M. (2014). *Convergencias. Ensayos de psicopatología relacional*. Gedisa.

Save the Children. (2001). *Abuso Sexual Infantil. Manual de formación para profesionales*.

[https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual\\_abuso\\_sexual.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf)

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas.

Soler, C. (1998). *El trauma*. En: ¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?

Conferencias y seminarios en Argentina (2007). Ed. Letra Viva.

<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/adultos/lombardi/soler%20-%20el%20trauma.pdf>

Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 177–193. doi:10.1016/0145-2134(83)90070-4

Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Ed. Paidós.

Ulloa, F. (1996). Violencia familiar y su impacto sobre el niño. *Revista Chilena de Pediatría*, 67 (4) 183-187.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v67n4/art06.pdf>

Ulnik, J. (2008). El médico, el psicoanalista y lo psicosomático. *Subjetividad y procesos cognitivos*, (11) 2008,193-210. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630250010.pdf>

Vaimberg, R. y Lombardo, M. (2015). *Psicoterapia de grupo y psicodrama. Teoría y técnica*. Editorial Octaedro.

Vitriol, V., Vásquez, M., Iturra, L. y Muñoz, C. (2007). Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental de hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(1), 20-28.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000100006>

Winnicott, D. (1965). Capítulo 3. La teoría de la relación entre progenitores-infante. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (2016). Ed. Paidós.