

Macello, Bianca

**Abordajes clínicos de
jóvenes internados en una
clínica psiquiátrica
atravesados por violencia
familiar**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Director: Ghisiglieri, Francisco

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

Contexto Clínico

*“Abordajes clínicos de jóvenes internados en una clínica psiquiátrica
atravesados por violencia familiar”.*

Autora: Macello Bianca.

DNI: 40.504.596.

Director: Francisco Ghisiglieri.

Co-directora: Rosario Magallanes.

Córdoba, Argentina

2024

AGRADECIMIENTOS

A la clínica Saint Michel y todos sus profesionales que me dieron un lugar, su experiencia y acompañamiento en este camino.

A Diana y Magali por compartirme su historia y dejarme ser parte de un proceso componedor para ellas.

A mis directores de tesis, quienes me han sostenido, ayudado y guiado en el último camino de estos 5 años.

A mi familia, padres y hermanos, por su esfuerzo y cariño, quienes han creído en mí, me han apoyado, acompañado, festejado, cada paso conmigo.

A mis amigos y amigas, quienes me han escuchado, contenido, alentado en este largo recorrido.

A mis amigas colegas, quienes fueron mi segunda familia, con quienes compartí largas horas de estudio, de frustraciones, de logros, pero sobre todo de mucho aprendizaje, este camino no hubiera sido el mismo sin ellas.

A la Universidad Católica de Córdoba y sus docentes, por transmitir sus saberes con tanta pasión y humanidad.

A mi pareja quien me acompañó codo a codo en todo lo vivido y su familia, siempre presentes en cada avance hasta el último tramo.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	CONTEXTO DE PRÁCTICA	7
3.	CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	11
4.	EJE DE SISTEMATIZACIÓN	19
5.	OBJETIVOS.....	21
6.	MODALIDAD DE TRABAJO	23
	6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	24
	6.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	24
	6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25
	6.4 IMPLICANCIAS ÉTICAS.....	26
7.	PERSPECTIVA TEÓRICA	28
8.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	34
	8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	35
	8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	40
	8.2.1 Modalidad vincular perversa.	42
	8.2.2 Identificar las posibles consecuencias psicológicas de la violencia en jóvenes en situación de internación, a través del análisis de sus dichos en las entrevistas.	51
	8.2.3 Caracterizar el abordaje terapéutico en situaciones donde los jóvenes son víctimas de violencia familiar	58
9.	CONCLUSIONES.....	72
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo estuvo enmarcado en las Prácticas Pre-profesionales llevado a cabo a través del Contexto Clínico de la carrera de Lic. en Psicología de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Católica de Córdoba. Consiste en la Sistematización de una experiencia, en este caso realizada a partir de la práctica en una Institución monovalente, Clínica privada Saint Michel llevada a cabo en el periodo de abril a octubre del 2022.

El recorrido del trabajo se centró por un extenso desarrollo de la experiencia realizada dentro del establecimiento, así pudiendo analizar y seleccionar los diferentes escenarios presentados logrando obtener una interpretación crítica de la misma. La metodología que se selecciona es la Sistematización ya que favorece al reordenamiento y reconstrucción del proceso vivido (Jara, Holliday 2011).

Para llevar a cabo el trabajo fue necesario organizarlo en distintos apartados; en primer lugar, se planteó desde diferentes autores lo que es el Contexto Clínico, donde se intentó describir su historia como así también algunas de sus leyes, el segundo lugar lo integró el Contexto Institucional, allí se desarrolló la historia de la Institución monovalente, sus objetivos, y como se encuentra compuesto, es decir lo que el establecimiento ofreció en tanto actividades, talleres y profesionales. En el tercer apartado se abordó el Eje de Sistematización: “*Abordajes clínicos de jóvenes internados en una clínica psiquiátrica atravesados por violencia familiar*”, el cual fue construido a través de búsqueda teórica de la cual sustentó el trabajo, seguido en su quinto lugar por los objetivos generales y específicos. El sexto apartado arribó el proceso de sistematización como modalidad de trabajo, llevando a cabo una interpretación crítica de los registros de campo que se utilizaron para armar el escrito, finalizando en la implicancia ética necesaria para poder desarrollar el trabajo integrador final. El séptimo apartado se integró por la Perspectiva Teórica, la cual se guio a partir del Psicoanálisis Vincular. En el octavo apartado se desarrolló el Análisis de la Experiencia, donde se intentó recuperar las experiencias subjetivas vividas dentro del espacio, las actividades que se han desarrollado, interrelacionado con las emociones del momento, este apartado tendrá como objetivo ofrecerle al lector una idea clara acerca de la práctica descrita, aquí se desarrollaran los principales ejes analizados abordarán las modalidades vinculares familiares, el apartado se centró en la modalidad perversa sostenida por los secretos y desmentidas, se observó cómo estas cuestiones afectaban a las jóvenes, dio lugar al segundo objetivo que habló de las consecuencias psicológicas que podían surgir como resultado a la exposición de experiencias

traumáticas sostenidas en el tiempo, acompañado de un tercer objetivo que se trató sobre el trabajo interdisciplinario, las estrategias clínicas que se fueron tomando en la situación que se encontraban estas jóvenes y por último las conclusiones del extenso trabajo, a través de la unión de la teoría y la experiencia de campo.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

En el siguiente apartado se llevó a cabo una breve descripción sobre la evolución histórica y cómo llegó a conformarse la Psicología Clínica como una disciplina científica. Se incluyó una puntualización sobre cuestiones pertinentes a la Ley sobre el ejercicio profesional de la Psicología.

Con los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003), propone a la Psicología como aquella que estudia el comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos, incluyendo las relaciones sociales, las actividades laborales, el desarrollo educativo, la vida familiar; el estudio de estos comportamientos se da de acuerdo a cada actor, es decir a circunstancias biográficas.

Es una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias, donde sus objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales. A lo largo de la historia se ha ido definiendo en distintos campos profesionales, entre los cuales figuran: la psicología del trabajo y las organizaciones; la psicología de la educación, la psicología jurídica y la psicología clínica, entre otras.

Esta última se focaliza en estudiar los factores psicológicos en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades mentales y trastornos emocionales o de la personalidad EFPA (2003).

La psicología clínica, dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos, en particular, métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos EFPA (2003).

A continuación, se realizó un breve recorrido histórico sobre los diferentes hitos que lograron la fundación de la psicología clínica tomando los aportes de EFPA (2003).

Principalmente cabe destacar el rol de Lighner Witmer, ya que en 1896 fundó en la Universidad de Pennsylvania la primera clínica, desde aquí se comenzó a definir el papel clínico del psicólogo hasta entonces caracterizado, como científico. La clínica terminó de desarrollar lo que Witmer denominó como “método clínico”, una formación a sus estudiantes en psicodiagnóstico y aplicación terapéutica.

La fecha de 1896 es significativa por ser el año en que Sigmund Freud puso el nombre psicoanálisis a su propio método clínico. Esto supuso una ruptura con la tradición neuropatológica

y el comienzo de un nuevo enfoque que bien puede inscribirse como Psicología Clínica. Los primeros años del siglo XX uno de los hitos más significativos fue las innovaciones psicodiagnósticas, donde la función del psicólogo tenía que ver con la construcción de pruebas de medición psicológica y en su aplicación al psicodiagnóstico.

En 1917 los psicólogos clínicos crearon su propia asociación, la *American Association of Clinical Psychologists*, la psicología organizó sus propias instituciones y perfil profesional dentro de la Psicología de la que forma parte. A finales de las décadas de 1930, los psicólogos clínicos desarrollaban con mayor frecuencia funciones terapéuticas, como, entrevistas terapéuticas y actividades psico-educativas y de asesoramiento.

En 1945 se produjo el reconocimiento legal de la Psicología Clínica, se reconoció en EEUU mediante la certificación legal la Especialidad de Psicología Clínica. Este año es clave a razón del final de la Segunda Guerra Mundial, ya que, el retorno y readaptación de millones de veteranos de la guerra creaban un problema social, es importante nombrar que los psicólogos empleados en las fuerzas armadas durante la guerra ya venían desempeñando funciones psicoterapéuticas.

A partir de esta necesidad social nació lo que es un sistema de formación en Psicología Clínica. Este modelo focalizaba la formación que denominaron “santa trinidad”: la investigación científica, la evaluación psicodiagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico. En los años cincuenta la Psicología Clínica consolidó su estatuto tanto profesional como científico y alcanzó reconocimiento social, en este año se destacó la implicancia de nuevos sistemas psicoterapéuticos, como la terapia de la conducta, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de pareja y familia, a parte de las psicoterapias clásicas.

Esta consolidación se dio por dos cuestiones: primero el desarrollo científico de la Psicología, que se relaciona con el aprendizaje de la conducta, al desarrollo de la personalidad, al funcionamiento cognitivo, a la relación interpersonal, a la influencia social, a la organización de grupos sociales y segundo, la demanda social, lo cual ha expuesto la creciente presencia de trastornos psicológicos, que se relaciona con las formas de vida y ciertas características de la sociedad actual.

Es por estas cuestiones que no puede pasar por desapercibido la naturaleza psicológica y social de los trastornos psicológicos (sin perjuicio de sus concomitancias biológicas).

Con respecto al ejercicio de la profesión de Psicología, es importante tener en cuenta lo que describe el marco legal:

La ley 7.106 la cual caracteriza el desarrollo del ejercicio de la psicología clínica, por consiguiente, estará en las esferas de acción en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión.

Se tiene en consideración en el ejercicio de la profesión de psicólogos, la exploración psicológica de la estructura, la dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad, mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos (Ley 7.106, 1984, Art. 3o, inc. a).

Cabe destacar lo propuesto por Pedro Sánchez (2008), quien expone que el campo clínico enfoca al individuo dentro de su contexto, como así también al psicólogo clínico se le exige la formación multidisciplinaria como un asunto indispensable a la hora de arribar cuestiones de Salud Mental, se necesitan psicólogos clínicos con actitud de apertura, eclética y autocrítica constante.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

Este apartado tuvo el fin de caracterizar la institución en donde se llevó a cabo la Práctica Profesional Supervisada (PPS) desde el mes de abril hasta noviembre del 2022. La clínica se encontraba situada en la ciudad de Córdoba, ubicada en la calle Av. Sagrada Familia 551.

La mayoría de la información para desarrollar este apartado pertenecía a la página web de la Clínica Saint Michel (2022), de los registros de lo observado en la práctica, como así también de la entrevista tomada a la referente Institucional y a la dueña de la Clínica.

Saint Michel fue una clínica familiar, la cual fue fundada en 1983 por el Dr. Jorge Michref, quien era un médico sanitarista y su esposa Ismery Suárez, quien era Licenciada en Psicología. Nació esta institución destinada al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental.

El enfoque de esta institución era sobre la salud mental, siendo una de las pocas clínicas psiquiátricas nuevas, constituida y diseñada desde un actualizado programa médico dentro del campo de la Salud Mental y la Psiquiatría Moderna. Se asistía a las necesidades particulares de cada paciente mediante estudios clínicos, psiquiátricos y de laboratorio, buscando definir un diagnóstico presuntivo del estado de la persona, para un tratamiento adecuado y eficaz, con técnicas modernas en el campo de la salud. Partían de una visualización clara del conflicto, para poder adecuar la terapia a la demanda real (Clínica Saint Michel, 2022).

Era una clínica privada monovalente que se encontraba transicionando hacia la polivalencia, se identificaba por ser una clínica escuela que recibía pasantes tanto de psicología, de psiquiatría y acompañantes terapéuticos.

La atención que brindaban es integral, por lo tanto, el foco estaba en el paciente como en la familia, los equipos de especialistas que abordaban a los pacientes constituyen una red en la que el trabajo se realiza de manera coordinada, conformando una institución organizada y activa, atenta a los cambios tecnológicos de reingeniería psiquiátrica.

Los servicios que poseía la clínica estaban divididos por áreas, donde cada área tenía su equipo de profesionales especialistas. Estaba integrado por el Programa Infanto-Juvenil, Programa de Adicciones, Consultorios Externos, Internado, Casa Medio Camino, Hospital de Día, Guardia 24 hs.

A continuación, una representación de la organización institucional:



Gráfico N° 1.

Fuente: grafico construido en base a la información proporcionada en la web institucional.

Programa Infanto Juvenil:

Este programa estaba compuesto por su coordinadora la cual era Licenciada en Psicología, contaba con dos psicólogos clínicos y dos psicólogas clínicas con especialización sistémica, lo integraban dos psiquiatras, y una asistente social. (Registro N° 1, 13/05/2022). El equipo se ocupaba de la contención que necesitan los niños, adolescentes y sus familias que atravesaban diferentes problemáticas. La población que solían recibir es +13, -18. El servicio estaba compuesto por la oficina externa que brindaba la hospitalización con la atención de los aspectos psicológicos, psiquiátricos y familiares, luego el otro servicio es que después de la hospitalización, continuarán en hospital de día, tratamiento ambulatorio, como estrategia de tratamiento para incrementar la continuidad de la prevención.

El ingreso al internado de los menores se hacía a través una entrevista con los adultos responsables de la/el menor, donde podían recibir el psiquiatra o el psicólogo, luego de la primera semana, se realizaba la reunión con los padres y psicólogo.

Dada la gravedad de los casos que se presentaban en la clínica con los menores de edad, el programa decidió disponer de una nueva estrategia, es algo que se estaba poniendo a prueba, consistía en que las personas que no eran de la ciudad ni provincia de Córdoba tengan una especie de “pos internación”. Consistía en estar en un departamento con un familiar alrededor de dos semanas en Córdoba, mientras seguían asistiendo a la clínica, si el niño/adolescente seguía estable, se daba el criterio para que el paciente y su familia volvieran a su lugar de origen. (Registro N° 6, 22/07/2022).

Comenzaron a dar salidas provisorias con las familias, con horarios pactados, semanas antes de cederles las altas, para poder observar como los menores regresan de esas salidas. (Registro N° 11, 19/08/2022)

La clínica poseía tres entradas: la principal sobre la calle Sagrada Familia donde se encontraban los consultorios externos, como la sala de reuniones de médicos y donde se realizaban los Ateneos; el ingreso por guardia abierto las 24 horas todos los días del año y la ampliación nueva que fue realizada en el año 2014, donde hay más consultorios externos, sala de médicos, como el ingreso al internado.

Programa para adicciones:

El programa estaba dirigido para aquellas personas con abuso/dependencia de sustancias adictivas como: alcohol, psicofármacos, sustancias prohibidas. Este hábito ha ido deteriorando su cotidianeidad individual, socio-familiar y social.

Por esto, el programa ofrecía un tratamiento interdisciplinario e integral que integraba programas socio laborales, culturales, educativos que permiten la reinserción familiar, laboral y social. El tratamiento se dirigía hacia la desintoxicación, la deshabitación y la articulación a centros de rehabilitación y comunidades Terapéuticas. Áreas que intervienen son: Nutrición, Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología, Clínica médica, Acompañamiento Terapéutico, Terapia Ocupacional.

Consultorios externos:

Se trabajó con un tratamiento interdisciplinario que estaba compuesto por psiquiatría, psicología, psicopedagogía, terapias familiares y de pareja, el grupo etario pudo comprenderse tanto en niños, jóvenes, adultos y adultos mayores también para problemáticas específicas como adicciones. Brindaban tratamientos ambulatorios a personas que concurrían de manera espontánea o aquellos que eran derivados de otros profesionales y post altas de internación. Pudo ser de manera presencial o a través de lo que la clínica llamaba telemedicina, donde se podía tomar el turno en modalidad virtual.

Internado:

El internado se dividía por diferentes áreas. El área del Blanco I, donde se encontraron las menores de 13 años hasta 17 años, donde convivieron solo mujeres, solían haber patologías agudas pero estables. El Blanco II donde hubo diversidad de edades, se encontraron algunos pacientes crónicos, pacientes con conflictos por el consumo problemático. Luego estaba el sector rojo, donde solían estar los pacientes que han presentado una crisis psiquiátrica aguda, donde allí los estabilizan y luego dependiendo su avance los iban trasladando a otras áreas. Particularmente en esta área no recibían visitas, solo llamadas. El sector azul ese año estuvo desocupado, pero solían habitarlo adultos mayores crónicos, con más autonomía. El sector amarillo era el área de psicogeriatría, para gerontes crónicos y el sector verde atendía adultos mayores agudos.

Las internaciones estaban sujetas a evolución, esto quería decir que, la intervención se ajustaba a cada complejidad del caso, como a su contexto socio-familiar. Tenía un abordaje interdisciplinario, las intervenciones terapéuticas eran individuales, grupales, familiares y de rehabilitación, por lo cual luego de la internación se le ofrecía la continuidad de la asistencia interdisciplinaria del paciente en Consultorio Externo o Hospital de Día.

La atención era integral, lo que significa que los pacientes estaban recibiendo todos los soportes psiquiatría, psicología, clínicas, nutrición, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas situacionales y profesionales de enfermería.

Tenían diferentes actividades brindadas por profesionales especialistas, como: Gimnasia, Musicoterapia, Laborterapia, grupos de reflexión, entre otras.

Las internaciones se permitían desde los 13 años de edad en el marco del Programa Infanto-Juvenil, sin límites de máximos de edad.

El acceso a la internación aguda estaba determinado por:

- Derivaciones directas desde Instituciones polivalentes.
- Consulta espontánea o de Urgencia en Consultorio de Guardia.
- Derivación desde Consultorios Externos propios de la Institución.
- Derivación desde Centros de Día (propio o externo a la Institución) (Clínica Saint Michel, 2022).

La internación se mediaba a través de una entrevista con los adultos responsables de los menores, y luego el equipo médico evaluaba su internación.

Casa Medio Camino:

Fue un dispositivo de rehabilitación, que tenía un fin de fortalecer o restaurar los lazos sociales, donde se brindaba un espacio que permitía la recuperación de habilidades sociales promoviendo la integración de las personas con padecimiento psíquico, a sus entornos: familia, amigos, trabajo, estudio.

El proceso de admisión se trabajó con la familia y el entorno, se realizó una evaluación inicial del caso y se establecieron objetivos personalizados. Las edades que se contemplaron fueron

desde los 21 a 60 años. La población que solía habitar la casa de medio camino, eran aquellas que recientemente salían de una internación psiquiátrica aguda y no se sentían en condiciones para reintegrarse a sus actividades y espacios previos, a residentes con trastornos crónicos, entre otros.

Hospital de Día:

Fue un tratamiento intermedio entre el ambulatorio y la hospitalización a través del abordaje interdisciplinario, los objetivos tenían que ver con la resocialización y recuperación de los pacientes, intentar salvar su salud y activar sus capacidades personales, una estrategia era que el hospital de día prevenía la re-hospitalización.

Las áreas de trabajo fueron Gimnasia, Expresión Musical, Musicoterapia, Taller de Reflexión Grupal, Taller de Estimulación Cognitiva, Laborterapia, Enfermería, Psiquiatría.

Guardia 24 horas:

Se brindó atención ante cualquier emergencia, por servicio telefónico también se brindó las 24 horas de los 365 días del año. Se abordaron solicitudes o derivaciones espontaneas (incluidas las judiciales), y no había posibilidad de programación.

La demanda de guardia pudo tratarse de pacientes en: estados confusionales; excitaciones/agitaciones psicomotrices; tentativas/ideas suicidas; recurrencias; recaídas; Trastornos Psicóticos; Consumo problemático de sustancias; descompensaciones de trastornos del estado del ánimo; demencias entre otros.

Protocolos en los años pandémicos:

El comité de emergencia creó los siguientes protocolos sanitarios para el funcionamiento e ingreso a la institución. Este protocolo sirvió tanto para los profesionales y pacientes, la guía tomó las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación, de la Provincia de Córdoba, y de la OMS.

La Guardia Central antes de ingresar debía pasar por un control térmico, preguntas epidemiológicas para autorizar ingreso, colocación de alcohol en manos, barbijo obligatorio.

En el Internado contaron con un área exclusiva de aislamiento epidemiológico individual o en conglomerado dependiendo de la demanda de camas, y el estado epidemiológico actual. A todo

paciente que ingresó a nuestra Institución se le exigió una prueba para COVID (test Ag/PCR) para definir cuál será el tratamiento con el mismo durante la internación. El aislamiento en este sector era independiente del resultado de la prueba. Todo ingreso permanecerá en este sector 14 días. También contaron con servicio permanente de enfermería que realizó controles tres veces al día realizando curvas térmicas y advirtiendo de inmediato al Área Clínica de cualquier síntoma compatible con COVID. (Clínica Saint Michel, 2022)

Consultorios externos se priorizó la atención a los pacientes con soporte tecnológico de manera virtual, dejando la presencialidad solo a las primeras consultas.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“Abordajes clínicos de jóvenes internados en una clínica psiquiátrica atravesados por violencia familiar”

5. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar los abordajes clínicos de jóvenes internados en una clínica psiquiátrica atravesados por violencia familiar.

Objetivos específicos:

- Describir las modalidades vinculares familiares de los jóvenes en situación de internación.
- Identificar posibles consecuencias de la violencia psicológica ejercida por miembros de sus familias en jóvenes en situación de internación.
- Caracterizar el abordaje terapéutico desempeñado por el equipo interdisciplinario en situaciones donde los jóvenes son víctimas de violencia familiar.

6. MODALIDAD DE TRABAJO

En el presente apartado, se abordaron cuestiones relacionadas a las herramientas de recolección de datos que se utilizaron para realizar el trabajo, la población que asistió a la Institución, la muestra delimitada para el análisis y sus aspectos éticos.

6.1 TIPO DE ESTUDIO

La experiencia que dio origen al trabajo fue llevada a cabo de manera presencial en la institución, participando desde las diferentes áreas que dispuso la clínica, desde el mes de abril hasta el mes de noviembre de 2022.

La metodología del presente trabajo consiste en de lo que Jara denomina sistematizar:

“La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron” (Jara Holliday, 2011).

A lo largo de estos meses se intentó comprender dichas experiencias, extraer sus enseñanzas y comunicarlas. Para poder apropiarnos críticamente de las experiencias vividas, dar cuenta de ellas, compartiendo con otras personas lo aprendido (Jara Holliday, 2011, p 3).

6.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La población del internado en el que se realizó la práctica estaba compuesta aproximadamente por cien personas, en el área del internado. Posteriormente cada uno de ellos iba siendo trasladado según la necesidad de cada paciente. Al ingresar, habitaban el sector rojo, donde solían estar los pacientes más agudos, no tenían permiso a las visitas, ni llamadas familiares, con la mejoría del paciente, según la evaluación del equipo profesional tratante, eran trasladados al sector Blanco II, donde ya tenían habilitadas las llamadas, visitas de familiares, acceso a talleres. Las áreas Verde y Amarilla, estaban compuesta por gerontes, donde la mayoría de los pacientes

padecían de demencia y luego se encontraban en el área Blanco I, compuesta por menores de edad mujeres.

Para el presente trabajo de sistematización se seleccionaron dos usuarias mujeres, de 20 años y 17 años que estuvieron internadas en el sector Blanco I y luego en el sector Blanco II. Las mismas fueron elegidas debido a que se pudo acompañar un proceso terapéutico de manera prolongada, presenciando entrevistas individuales con el psicólogo, participando de conversaciones con los equipos interdisciplinarios implicados en los casos, lecturas de las historias clínicas, integrando entrevistas familiares como observador no participante en presencia del psicólogo, pudiendo así profundizar en el registro de campo sus historias de vida y en el abordaje realizado por el equipo interdisciplinario tratante.

6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Para llevar a cabo el presente trabajo, y desarrollar los objetivos propuestos fue necesario utilizar las siguientes técnicas de construcción de datos:

-Registro de campo: Siguiendo la propuesta de Ameigeiras (2006), el registro implicó brindar textualidad a la experiencia de campo, permitiendo expresar todo lo visto y oído. Se realizó un relato escrito acerca de lo vivenciado con relación a los otros y con los otros.

De acuerdo con lo sugerido por el autor, se realizaron registros todos los días asistidos a la clínica y por fuera de ella. Dentro de la clínica se realizó registros en las actividades de entrevistas a los pacientes, en los Ateneos, y en las vivencias experimentadas del día a día con relación a los profesionales que asistían.

Esta técnica resultó útil para llevar a cabo la sistematización de la experiencia, como propone Guber (2004), también fue necesario realizar un análisis de aquellos registros tomados

-Observación no participante: Yuni Urbano (2006) planteó que este tipo de herramienta, implica que el observador adopta un rol de espectador de la realidad y evita realizar acciones que modifiquen o alteren el fenómeno que nos interesa observar.

La técnica se llevó a cabo durante toda la práctica en situaciones de entrevistas con los psicólogos y pacientes, conversaciones entre profesionales de la clínica sobre los casos. Esto permitió poder registrar el momento y realidad tal cual es, sin modificación alguna.

El análisis consistió en leer y releer las veces que fueran necesarias los registros desde que se ingresó a la Institución hasta el último día, para poder dar cuenta de los temas recurrentes en ellos, identificar las principales categorías conceptuales de acuerdo a los objetivos planteados y abrir hacia nuevas perspectivas de trabajo e interrogantes.

6.4 IMPLICANCIAS ÉTICAS

Para la recolección de datos, desarrollo de la práctica y realización del Trabajo se contempló lo propuesto por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

El trabajo se llevó a cabo bajo el principio fundamental para todos los requerimientos éticos de la práctica profesional del psicólogo es el Respeto por la dignidad de las personas y de los pueblos. Dicha norma, se ha utilizado como guía en nuestro quehacer ético como practicantes reconociendo que toda persona es digna de igual consideración sin importar diferencias aparentes o reales.

Así también se veló por el secreto profesional, el cual es relevante citar:

Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido acerca de los destinatarios de sus servicios profesionales. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades, debiendo resguardar los intereses de las personas a quienes ofrecen sus servicios, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño. (Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016).

Este punto acompaña la confidencialidad que se resguarda en el presente trabajo, donde la información que se obtenía es a partir de la entrega del consentimiento informado a las jóvenes, se resguardaron los datos personales bajo la confidencialidad, obteniendo el permiso para la realización de este trabajo. Las informaciones que se mantenían bajo la confidencialidad eran datos como: identidad del sujeto, para ello los nombres fueron reemplazados por otros garantizando el

cuidado las identidades del paciente, como la de sus familiares; también protege su procedencia, intereses y demás datos que puedan ayudar a identificarlo a fin de preservar y asegurar su privacidad, intimidad, dignidad y respeto.

7. PERSPECTIVA TEÓRICA

En el siguiente apartado se desarrollaron algunos conceptos que conformaban el Eje de Sistematización. Las temáticas presentadas estuvieron expuestas con un fin introductorio que abordará el trabajo integrador final.

Abordajes Clínicos:

Erica Hamuy y Andrea Lucero (2019) citan a Green (2011) quien plantea el concepto del pensamiento clínico, entendiéndolo como la interacción y afectación entre la clínica y la teoría, acentuando la posibilidad que la clínica nos lleve a repensar cuestiones teóricas, técnicas, ampliando y profundizando el modo de concebirla y de ejercerla. Desde la clínica actual se entiende a las subjetividades como una subjetividad abierta, que se construye en una trama intersubjetiva desde las experiencias infantiles tempranas, atravesada por el contexto cultural y socio-económico en la cual está inserta (pp.104,105).

Rojas (2019) hace mención acerca de un psicoanálisis complejo que integra diversas perspectivas: social, vinculante, subjetiva-incluyendo el cuerpo y el funcionamiento de la psiquis al mismo tiempo; diluyendo opuestos binarios -adentro/afuera-; que se extienden en redes interdisciplinarias. Se transita de una lógica de la diferencia a la lógica de la diversidad, diferenciándose en múltiples dispositivos, repensando y cambiando conceptos en la indagación del interior del sujeto moderno. Un psicoanálisis que se transforma a través de los cambios que presenta el mundo, de las variabilidades de las relaciones en donde el vínculo analítico se entrama.

Respecto al abordaje clínico, el psicoanálisis vincular se enfoca en dejar de observar al sujeto como único, interroga al individualismo neoliberal, ya que el sujeto es siempre sujeto-con-otros. A partir de esto, la teoría vincular, comienza en el “entre”, la cual produce un cambio en la visión de la subjetividad, ya que no trata al ser humano a partir de dimensiones aisladas que luego se enlazan, sino en la elaboración conjunta, entretejida, diferenciables, pero a su vez insociables (Rojas, 2019).

El “entre” que hace referencia la autora, es donde se elabora el vínculo y es productor de subjetividades en la trama que dialoga con otros enfoques que innovan el psicoanálisis. Esos desarrollos de la trama vincular, resalta cuestiones poco visibilizadas en el dispositivo individual, como por ejemplo algunas dinámicas vinculares violentas (Rojas, 2019).

Las tramas de los vínculos suceden en un cierto tiempo y espacio, dónde están sujetos a condiciones contextuales de la época, es por esto que teniendo en cuenta a Najmanovich (2005) cuando describe el Paradigma de la Complejidad, como una nueva manera de observar el mundo y las relaciones. Donde plantea que los sujetos, no somos seres aislados. La manera de sentir, pensar, actuar, la construimos a través de la interacción con el medioambiente social y natural. El sujeto adviene y es parte de múltiples interacciones: vínculos familiares, institucionales, de amistades, recreativos, laborales, política, culturales.

Siguiendo la línea de pensamiento de la autora, estos vínculos se inscriben dentro de lo identitario. Desde la complejidad, los vínculos no son entidades fijas, estáticas, determinadas, sino que, se caracterizan por ser atravesadas por el cambio y la transformación, se rigen por la auto-organización.

Es por esto que nace la necesidad de dejar atrás el “Sujeto” y comenzar a pensar en términos de producción de subjetividad en una dinámica vincular, ya que el sujeto “adviene” y “deviene” en y por los intercambios sociales en los que participó y cuyo ambiente estuvo inmerso (Najmanovich, 2005).

Adolescencias tardías:

Respecto a las juventudes que se sitúan en el siglo XX, se encuentran atravesados por la famosa “modernidad líquida” Viñar (2013), plantea que los jóvenes se encuentran entramados en una cultura de la urgencia, una cultura de lo ilimitado. A partir de que, en la actualidad, se observa una complejidad sin precedentes, donde las urgencias del presente absorben toda la atención y dejan poco espacio para reflexionar sobre el pasado, el presente y el futuro. En este contexto, el futuro se vuelve incierto e impredecible. En nuestra cultura actual y local, la tecnología ha posibilitado una producción excesiva sin precedentes en la historia humana, y la falta de autoridad de los padres, que se encuentran en una crisis de valores con cuestión a la permisividad, ha dado lugar a que los jóvenes prolonguen su adolescencia hasta la tercera década de vida. En este marco, los horizontes del futuro se diluyen, donde la incertidumbre y la inseguridad se apoderan de la vida cotidiana.

Siguiendo con la misma línea de pensamiento del autor sugiere que la estructura social que actúa como organizador de nuestro psiquismo, incluyendo aspectos como la actividad laboral, las

relaciones familiares, la afiliación social, el tiempo libre, y las normas sociales que rigen la sexualidad y su transgresión, está experimentando un notable cambio en tiempos recientes.

Es por esto, que a la hora de exponer qué es la juventud, o adolescencias tardías, debemos pensar, tomando los escritos de Viñar (2013) donde plantea que no es una mera cuestión cronológica, es un trabajo psíquico de resignificación, transformación.

El período de la adolescencia no es meramente un proceso de maduración, sino más bien un momento de transformación que se alcanza mediante un trabajo tanto psíquico como cultural. Viñar plantea que considerar la adolescencia como la "primavera de la vida" es malvado, donde todo es una promesa de futuro y los sueños e ideales parecen alcanzables, cuando en realidad se asemeja a un tiempo de desilusión y crisis, cuando los mitos e ilusiones de la infancia se desmoronan y todavía no se ha alcanzado la madurez plena. En resumen, la adolescencia es un tiempo de transición que puede generar desasosiego y crisis en aquellos que la transitan, ya que no somos chicos y aún no somos grandes, pero que también puede ser visto como una oportunidad para alcanzar una nueva etapa en la vida adulta (Viñar, 2013).

Familias y tramas vinculares violentas:

Al conceptualizar la familia, Rojas (2000) la define como una:

“Organización vincular abierta y compleja en la que se despliegan niveles Inconscientes. Es una configuración vincular transformable anudada en la trama del sujeto, vinculo, cultura, que se hace cargo de forma preferencial (no exclusiva) de la función de la constitución subjetiva a través de: función de sostén y corte, procesos de investidura libidinal de los descendientes”.

Berenstein (2004), hace mención acerca de “instituir subjetividad”, donde se co-construye aquello primordialmente es en los vínculos familiares. Viñar (2013) plantea que cada persona está unida a su familia y su historia de una manera que es fundamental para su identidad y su posición en la sociedad. Según el autor, todos los individuos tienen una historia familiar que se relaciona con la cultura y la tradición, y que esta historia es esencial para entender quiénes son y cómo llegaron a serlo. Los mitos y las historias familiares son importantes para la construcción de la identidad de un sujeto, ya que estas narrativas transmiten valores culturales, normas y expectativas que se transmiten de generación en

generación. Viñar destaca la importancia de la familia, la cultura y la tradición para la construcción de la identidad de un individuo.

Las modalidades vinculares familiares son diversas, en dicho trabajo, se desarrollaron modalidades vinculares violentas, en donde se puso hincapié en la:

Violencia psicológica: se gesta a través de las irrupciones, interferencias o imposiciones sistemáticas de actos psíquicos ejercidos por el otro significativo, ajenos a las necesidades de desarrollo y los deseos del sujeto, debiéndose a fallas en las respuestas emocionales, a un grado excesivo de intrusión psicológica o física sobre el niño, constituyendo siempre una violación al ser del mismo (Zirlinger, S, 2000. p. 509).

La violencia psicológica está integrada según Rojas (1998) en varias áreas ya sea a partir de la desinversión de los vínculos cuando hay abandono en distintas modalidades y grados, cuando hay fallas en las ligaduras contenedoras y constitutivas del vínculo, en las violencias discursivas que incluye tanto el contenido semántico del discurso, pero sobre todo la organización en lo implícito de lo enunciado y en el abuso sexual, donde todo acto en el que una persona en una relación de poder involucra a un menor en una actividad de contenido sexual

Según el autor Zirlinger (2000) los tipos de violencias mencionados anteriormente que pueden llegar a ser ejercidas en algunos ámbitos familiares, adquieren un significado profundo, pues perpetúan patrones irracionales en el procesamiento de la información, tanto en su aspecto pragmático como semántico, los cuales son internalizados por el sujeto a través de la observación, imitación e identificación con los otros significativos en la primera infancia. Este fenómeno puede explicar en gran medida la presencia de lazos de sumisión o de dependencia hostil con los protectores, quienes en algún momento se han convertido en victimarios, generando una defensa frente a lo impensable, lo cual se convierte en un pacto de silencio, desmentida o incluso autoinculpación. En este sentido, pareciera ser preferible ser investido negativamente a no ser investido en absoluto, lo cual puede explicar la persistencia de estas dinámicas de violencia en el ámbito familiar.

Estas violencias expuestas y nombradas, experimentadas y sufridas por el adolescente, además de ejercidas por su entorno, tienen múltiples consecuencias. Una de ellas, es el atentado contra la propia vida.

Viñar (2013) hace mención acerca de que la violencia adolescente y sus conductas autodestructivas o destructivas hacia otros, ya sea de manera temporal o permanente, indican un fracaso en el "contrato narcisista" propuesto por Piera Aulagnier, el cual garantiza la aceptación y el lugar en el grupo para el individuo. En este sentido, la recuperación del espacio de reciprocidad, el cual se encuentra ausente o destruido en el acto violento, es crucial para superar la situación.

El autor continúa explayando que, en los casos de violencia extrema, es necesario comprender que el pasaje al acto refleja la incapacidad de los actores, o perpetradores, para inscribir su comportamiento en un discurso significativo. Por lo tanto, el acto violento no es tanto un mensaje de protesta como una señal de desorientación y colapso del sentido.

También se puede describir que al abordar la problemática del adolescente su angustia ya se encuentra naturalizada, le es parte de su cotidianidad, no se expresa como un conflicto psíquico, si no en actuaciones auto o hetero agresivas, con atentados a su propia vida o a la integridad física y/o psíquica (Viñar, 2013).

El sufrimiento no como algo pasivo, sino, como una acción que se manifiesta. El sufrimiento no es simplemente un estado interior, sino que está enraizado en la historia del individuo, incluyendo su historia familiar, social y cultural. Es fundamental entender la influencia de estos factores para comprender la complejidad del padecimiento del sujeto y cómo éste se manifiesta. Es decir, las acciones de los sujetos no pueden ser analizadas de manera aislada, sino que se encuentra profundamente conectado con su entorno y su historia personal y familiar (Viñar,2013).

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

El apartado siguiente estuvo descripto por las diferentes etapas que se atravesaron dentro de la clínica Saint Michel, entre los meses de abril a noviembre del 2022. Incluye el material de registros, entrevistas a usuarios tanto individual como con la presencia del referente institucional, Ateneos y observaciones propias dentro de la institución.

Aviso sobre en qué contexto e institución ingrese.

El 21 de abril mediante un WhatsApp de mis compañeros que cursaban las Practicas Profesionales Supervisadas, me enteré que había quedado en el contexto clínico y en la institución que añoraba: la clínica Saint Michel. Me empecé a preguntar cómo será todo, cuestiones banales como si tendría que usar chaquetilla, y lo que me esperaría dentro de la institución. Los jueves viajaba a Córdoba a las clases y esperaba tener noticias rápidamente para el ingreso, a lo que un 9 de mayo, recibí un mensaje de la profesora diciendo que el viernes de aquella semana tendría que ir a la clínica para comenzar las prácticas.

Primer ingreso a la Clínica Saint Michel

El primer ingreso a la clínica fue un viernes, los días con más actividades en la institución, a las 9:00 am ya estábamos dentro y teníamos una reunión con la referente institucional de la clínica, como también la que está a cargo de los pasantes. La reunión fue muy amena, donde nos contó cómo se conformaba la clínica, el equipo de profesionales que asistía en cada área, los diferentes sectores de la clínica, como así también las diferentes problemáticas que aborda la misma. Concordamos días que asistiríamos a la clínica y nuestras tareas, una cuestión que me genero mucha incertidumbre fue que nos dijo que “tomáramos a la clínica como una hoja en blanco y empecemos a trazar nuestros puntos dentro de ella” (Registro N°1, 13/05/2022).

Fue muy clara a la hora de explicarnos sobre el secreto profesional y como debíamos ingresar a los sectores, primero ir hacia el box de enfermería, preguntar cómo se encuentran los pacientes y si podemos conversar con ellos presentándonos “Hola soy Bianca, pasante del área de psicología, todo lo que usted me diga va a ser comunicado a su equipo tratante” (Registro N°1, 13/05/2022).

La referente nos empezó a mostrar la clínica como así también cada sector del internado con sus nombres. Al comenzar por el Blanco I donde se encuentran las menores me sentí bien recibida, daba la sensación que le gustaba nuestra presencia (Registro N°1,13/05/2022). Luego al ingresar al Blanco II mis sensaciones fueron cambiando, ya que me adentraba a lo que era estar en una clínica psiquiátrica, empecé a ver rasgos faciales de tristeza que nunca antes se me habían presentado y en ese momento pensé “esta es la otra cara de la tristeza” (Registro N°1,13/05/2022) y luego terminamos de hacer el recorrido rápidamente hacia los otros sectores.

Se hacia la hora donde podía asistir a la reunión interdisciplinar de Infanto Juvenil dónde fue muy rico poder escuchar la palabra de los profesionales como los casos, y luego de eso presencie un ateneo el cual un profesional dio su perspectiva acerca de la internación la cual hizo, que cambie mi visión cerca de ella, “una persona antes de internarse, deja de hacer cosas de ser humano, como sociabilizar, trabajar, hacer actividades; la internación es una antesala a volver a vincularnos con el exterior, ya que tienen que hacer amigos, cumplir con ciertas actividades”. (Registro N°1, 13/05/2022).

Comienzo de la incertidumbre a estar más ubicada en la práctica

Los primeros ingresos a la clínica estuvieron interceptados por feriados y paros de colectivos, lo cual eso me generaba ansiedad porque recién pude ingresar bien y completa la semana del 1/06. Los primeros ingresos me centraba en llegar, ir hacia la sala de médicos y buscar algún profesional que pueda acompañar a alguna actividad que ellos permitan. Ese día tuve la primera experiencia de asistir a un taller de reflexión grupal en el Blanco I, fue muy fructífero para poder conocer a los internados, sus historias, sus pensamientos y emociones que estaban atravesando en ese momento. Luego, acompañé a un psicólogo a entrevistar dentro del sector rojo, donde por primera vez entraba en contacto con discursos acerca de los intentos de suicidio, como así también pude presenciar un ingreso a la internación, es decir una reunión con padres y psicóloga, lo cual “al usar chaquetilla y estar al lado de la psicóloga me hacían parte de la entrevista de admisión, solo estaba como observadora no participante” (Registro N°2, 20/05/2022), esto me generaba un poco de nerviosismo.

En las siguientes entrevistas empecé a adentrarme y tomar conciencia de las problemáticas que asistían en la clínica, donde mis preguntas empezaron a ser más profundas al escuchar los

discursos de los usuarios “¿Cómo se hace cuando el paciente muchas veces se da por vencido? ¿Cómo se ingresa a esa subjetividad?” (Registro N° 3, 27/05/2022).

La primera semana completa que ingreso a la Clínica, ya comenzaba a tratar de empezar a marcar y unir los puntos dentro de la institución, como nos había dicho la referente. Ingresé un miércoles por la siesta, fui adentrándome a los sectores, hablaba con enfermería pidiéndole si me podía compartir el parte de los internados y si podía conversar con algunas de las personas que estaban en el área, lo cual hay mucha demanda para la escucha. Las primeras semanas me la pase muy integrada al Blanco I, donde compartía entrevistas con la profesional de psicología los jueves al medio día y los viernes en las reuniones interdisciplinarias.

Las actividades que íbamos desarrollando dentro de la clínica eran muy variadas, entrevistas con los internados de los sectores, reuniones interdisciplinarias, guardia, talleres de reflexión, lectura de historias clínicas, entrevistas con profesionales que trabajan en la clínica, Ateneos de formación y supervisión de casos.

En las primeras semanas pude seguir uno de los primeros casos de cerca, desde su ingreso hacia su externación, es muy satisfactorio ver el cambio que hay en sus rasgos faciales, posturas, discursos hacia una mejoría muy notable, hacen más contacto visual, se les empieza a notar la sonrisa, encontras motivación y futuro en sus dichos.

Las semanas de “caldeamiento” en la institución me llevaban a pensar en todo lo que había por hacer y descubrir en la clínica, pero sentía que ya me tenía que ir definiendo por algún camino.

Encontrándome en la práctica y en la institución Saint Michel.

Un lunes 20/06, empezamos a tener reuniones más recurrentes con la referente institucional donde pudimos contarle lo que íbamos sintiendo y haciendo dentro de la clínica, lo cual allí empezó a disminuir mi ansiedad.

Decido empezar a ir los miércoles por la mañana y compartir las entrevistas con el psicólogo para adultos, los jueves con la psicóloga para menores y los viernes siguiendo con la misma rutina de los miércoles, donde allí fui acercándome más a un orden y a sentirme más acompañada.

Comienzo acompañar a mi referente a las entrevistas, lo cual me empiezo a topar con adultos y jóvenes, donde sus historias estaban muy marcadas por problemáticas familiares, abandono, falta de credibilidad en sus relatos, re victimizando a la persona (Registro N° 5, 13/07/2022). Mi referente me comienza a comentar sobre la importancia de hacer diagnósticos presuntivos ya que si se cierran en diagnósticos estructurales pueden diagnosticar trastornos que no lo son “Lo que se dio cuenta B y luego me lo explico es que, si él se cerraba en el diagnóstico de bipolaridad, se iba a perder una parte de su historia” (Registro N° 4, 24/06/2022).

Luego a mi referente se le asigna un caso nuevo, se trataba de una joven dónde había sufrido un abuso de parte de su cuñado desde los ocho años, hasta los doce años. Su familia estaba compuesta por padres separados convivientes, tres hermanos, una con cáncer, otro preso y su hermana que la hostigaba por haber realizado la denuncia contra su ex pareja.

Es a partir de aquí que empiezo a notar la violencia y abuso intrafamiliar en muchos de los casos que aborda mi referente en la clínica. En una de las entrevistas con la paciente, ella expresa que al hacer la denuncia su familia la echo de la casa, le desearon que se muera y por eso ella terminó ahorcándose (Registro N° 5, 13/07/2022). Ante eso me empezó a interesar sistematizar mi práctica, presentando este caso y teorizando sobre la violencia familiar y sus consecuencias.

Luego sucede un brote de COVID en la clínica, donde se paró la pasantía por dos semanas y re-ingrese el 13/07/2022.

Al retomar las actividades en la clínica, ya más adentrada y con el paso del tiempo, voy dando cuenta de la reorganización que intentan darle a sus pacientes, siendo recurrentes en un pensar en el afuera, encontrar sus gustos, que actividades retomar, que hábitos tener y cuáles dejar (Registro N°5,27/07/2022).

Uniendo mi práctica con mi Trabajo Integrador Final

Con el paso del tiempo dentro de la Institución, los casos nuevos que ingresaban y por los que ya había estado en presencia de sus historias, lo que seguía recurriendo eran estos jóvenes desvitalizados en relación con la violencia intrafamiliar. Dos casos en particular hicieron que me termine de decidir por querer adentrarme y leer más sobre estas cuestiones, el primero se trataba de una menor quien sufrió violaciones de parte de su hermano durante muchos años, en complicidad con sus padres, quien me sensibilizó leer y escuchar sus vivencias tan atroces en tan

corta edad, sus sentimientos de culpa y los diferentes daños psicológicos que la violencia dejó en ella y el segundo se trataba de la joven que nombre anteriormente, quien sufrió abuso por parte de su cuñado y no recibió ningún tipo de ayuda familiar, la cual puedo ser partícipe de su recuperación por su extensión en la internación “es a partir de ese caso que quise hacer mi sistematización sobre la violencia, el poder ver en primera persona como la violencia deja estrés pos traumático tan grandes que es necesario poner un stop en la vida de uno” (Registro N° 10, 17/08/2022).

Estas historias fueron las que dispararon preguntas y observaciones, ver su tono de voz, su postura, sus tímidas opiniones con respecto a sus vidas, su autoestima deteriorado en sus dichos, los vínculos sociales desechos, y como de apoco con ayuda de la terapia iban haciéndose preguntas, con las directivas de los licenciados ir pensando lo que atravesaron y poder tomar decisiones.

Los días viernes, solían hacer reunión de psicología, a lo cual, al no terminar de tener un eje acorde con respecto a la búsqueda de la teoría y de una misma corriente, me había parecido una buena idea llevarlo a la reunión y que puedan pensar conmigo. A lo cual empiezo a exponer lo que observaba desde que llego a la clínica, lo que me interesaba sistematizar y todos mis registros lo que más anotaba, había puntos claves en mi observación: Violencia, Factores de riesgo, Abusos, Familia, Intentos de suicidio en población de jóvenes, a lo que relato mi posible eje y enseguida todos los profesionales se pusieron a pensar conmigo lo que podría llegar a hacer, fue un momento de mucho acompañamiento y de pensar en conjunto, les exprese la idea de exponer un caso de la clínica, donde su devolución fue muy positiva (Registro N°12, 09/09/2022).

Finalización de las prácticas en la Clínica Saint Michel:

Las últimas semanas transcurridas en la clínica fueron donde más intenté estar como una esponja absorbiendo lo que más podía de las intervenciones de los psicólogos, en la escucha de las reuniones interdisciplinarias como también con los usuarios de la clínica, en los ateneos y todos los espacios que se nos ofrecieron durante el año. Finalice contándoles a mis referentes que iba a tomar dos casos de la clínica para realizar mi sistematización, lo cual se ofrecieron para brindarme la ayuda que necesite. Agradezco profundamente el espacio que se me dio como practicante, la atención y el tiempo que dedicaron para enseñarme acerca de todo lo que observaba en la institución.

8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

En este apartado, se retomaron aquellos datos que fueron recopilados en la experiencia de la práctica pre-profesional en la Clínica Saint Michel que resultaron ser los más relevantes en relación al eje de sistematización.

A continuación, se desarrollaron dos casos, basados en el discurso de dos jóvenes que se situaban en el área de internación en la Clínica.

Nasio (2001) menciona que solemos llamar “caso clínico” al interés particular que deposita cada analista en algunos de sus pacientes. Para los psicólogos un “caso” expresa la singularidad del ser que sufre y de la palabra que nos dirige, escrita, en este caso, por una practicante de su encuentro con una paciente de la Clínica. La función didáctica del estudio de caso radica en su capacidad única para transmitir la teoría psicoanalítica a través de la imaginación hacia el que lee, como cobran vida los conceptos, en donde no solo se metaforiza, sino que también tienen la capacidad de impulsar el desarrollo de nuevas hipótesis y conceptos en la teoría psicoanalítica. Un caso clínico se define como el relato construido por un practicante al reconstruir el recuerdo de una experiencia terapéutica significativa. Esta reconstrucción es inherentemente ficticia, ya que el analista recuerda el encuentro a través de su experiencia como terapeuta, lo ajusta según la teoría que busca respaldar y lo redacta siguiendo las restricciones del lenguaje escrito.

Luego de dar esta breve explicación, adentrémonos a:

Caso Diana Artaza

Diana Artaza fue una joven de 20 años. Llegó a la guardia de la clínica acompañada por su madre, donde el equipo profesional que estaba en ese momento, tomó la decisión de internarla por intento de suicidio, ideas homicidas y consumo problemático.

Diana vivía en una zona precarizada de Córdoba, en una de las primeras entrevistas se presenta como “*los Artaza somos lo peor de la villa*” Registro N° 9 (19/08/2022).

La familia estaba conformada por sus dos padres y tres hermanos mayores. Sus padres se encontraban separados, pero compartían la misma vivienda y la relación entre ellos era conflictiva, el vínculo de ambos con Diana no era muy bueno. La relación de Diana con su hermana

primogénita era problemática debido a un hecho que sucedió cuando ella era pequeña con su cuñado. Con la hermana del medio tenía una buena relación, pero padecía un cáncer terminal, donde ya se encontraba muy perdida. Y con su hermano menor, tenía una relación estrecha, pero él se encontraba privado de su libertad, por asesinar a una persona.

Diana convivía con sus dos padres, y en el fondo del patio en un departamento se encontraba viviendo su hermana primogénita, la cual tenía un vínculo conflictivo.

Al tener la primera entrevista se le pidió que contara que era lo que la había traído a la clínica, a lo que ella respondió:

“Hace dos días que ingrese, tengo muchos problemas en mi casa, me abuso mi cuñado desde los 8 hasta los 12 años, yo lo denuncie y tiene que cumplir con una restricción, los primeros años pensé que le había arruinado la vida a mi hermana, le pedía perdón (...)” (Registro N°1, 24/06/2022).

A partir de la primera entrevista, se reunió el equipo interdisciplinario y se comenzó a desarrollar el encuadre de tratamiento para esta joven.

Caso Magali López

La siguiente joven tenía 17 años, fue acompañada a la clínica por su hermano mayor a pedido de su equipo terapéutico externo, la guardia decidió internarla por intento de suicidio. Fue la segunda internación, ya que la primera fue en 2020, cuando ella empezó a contar su historia, la madre la retiró por alta voluntaria con el discurso de que empezó el COVID-19.

Magali vivía en una villa de Córdoba. Su familia se encontraba conformada por sus padres quienes estaban en pareja, y cinco hermanos mayores.

Los dos únicos vínculos estrechos que mantiene Magali con su familia, eran sólo con dos hermanos mayores, Juan de veintidós años y Matías de veinticuatro años. La relación que tenía Magali con sus padres en ese momento se encontraba atravesada por una perimetral accionada por ella, con el anteúltimo hermano a partir del año pasado dejó de tener vínculo, porque pudo denunciar que había sufrido reiterados abusos por parte de él. Con sus otros hermanos no refería tener relación.

Al ingresar a la clínica, la joven comenzó a poder contar lo que ha vivido los últimos años:

“los abusos sexuales por parte de mi hermano comenzaron a mis cinco años (...) él decía que era un juego que no tenía que decir nada y que si yo hablaba nadie me iba a creer (...) en ese entonces en mi casa vivían todos mis hermanos, mi papa y mi mamá, pero nadie escuchó nada. A la semana le conté a mi mamá que mi hermano me había violado, pero ella no hizo nada, no me creyó, mi hermano siguió viviendo en mi casa y ella no tomo ninguna medida al respecto” (Registro N°4, 16/11/2022).

Sus dos hermanos mayores (con los que mantenía una relación cercana) al enterarse de esta situación, comenzaron a acompañar a Magali a hacer las denuncias, y a partir de esto, se generó un conflicto muy fuerte con ambos padres y con el hermano menor que había cometido el delito.

En ese momento, por medio de la justicia, su hermano Juan pudo adoptarla y a partir de allí cuando Magali salió de alta, se fue a convivir con él y su familia conformada por su pareja e hija.

8.2.1 Modalidad vincular perversa.

A continuación, se analizaron las modalidades vinculares familiares a partir de los dichos en las entrevistas que se le tomaron a las jóvenes que se encontraban en situación de internación y también las entrevistas familiares que fueron tomadas en el transcurso del tratamiento.

Se pudo llegar a inferir que las modalidades vinculares de ambas familias se caracterizan por su funcionamiento con productividad perversa,

Estas modalidades de alianzas se sostienen sobre el mecanismo de la co-desmentida, que supone un velamiento excesivo de lo imposible y un déficit en la renuncia pulsional. El anudamiento de ambas instancias se sostiene en el: *“lo sabemos, pero aun así...”*, que se coagula muchas veces con un alto grado de fijeza (...) La función de la desmentida perversa consiste no solamente en obturar a través de los objetos fetiches la diferencia que marca la castración del Otro, sino también velar el vacío que remite a la ajenidad del otro, esto es, a la imposibilidad vincular (Silvia Gomel y Susana Matus, 2011, p. 139).

Cuando Diana le comenta a su familia el abuso sexual que sufrió de parte de su cuñado y su deseo de hacer la denuncia, la familia desestima su vivencia como así también la denuncia que ella quiere realizar: “*no me apoyaron en la denuncia, me echaron de mi casa, me desearon que me muera (...)*” (Registro N°2, 13/07/2022).

Algo similar sucede con Magalí cuando expresa las violaciones reiteradas de su hermano y lo intenta comunicar a sus padres: “*Yo hablé de esto con mi mamá muchas veces, en muchas ocasiones, pero nunca me creyó (...)* (Registro N°4, 16/11/2022); *ella me lo dejó muy en claro con todos sus dichos y acciones (...)* *me dijo que no le importa nada de mí, y que no me creía que mi hermano me violó (...)* (Registro N°1, 09/08/2022).

En estos actos delictivos que vivenciaron estas dos niñas en aquel momento, en donde a su vez lo llevaron a cabo un integrante de la familia y por parte de un familiar extendido, no es sólo esa cuestión, sino que, existe una complicidad en los demás familiares que desmienten los datos de la realidad que podrían llevarlos a aceptar la verdad.

Como proponen Silvia Gomel y Susana Matus (2011), las familias con funcionalidad perversa, se caracterizan por la vincularidad violenta.

Llamamos vincularidad violenta a la relación entre uno o varios sujetos donde alguno de ellos aparece con voluntad de anular al otro para llevarlo a un estado de objetalización y el otro tolera la situación desde un lugar de sometimiento. Los lugares de violentador y violentado son intercambiables y pueden ser ocupados alternativamente por distintos personajes adultos (p. 141).

La violencia aparece bajo diferentes modalidades como proponen las autoras anteriores: violencia corporal (abuso sexual, golpes, maltratos), violencia de género, violencia del Ideal, violencia por amenaza de abandono, violencia perversa ligada al deseo de apropiación y la crueldad, relacionada con la nadificación del otro, violencia a nivel verbal, bajo el discurso monológico, donde se trata de un discurso que modifica con rapidez las creencias, producen una cierta confusión entre el mal entendido y ocultar la verdad, como también el discurso paradójal, Rojas (1990) hace alusión a que en el discurso del doble vínculo predomina lo que es la lógica de la ambigüedad, es decir, la lógica de la contradicción o de la ambivalencia. Se produce un circuito sin fin donde lo verdadero no es lo contrario de lo falso, si no que esos términos pueden ser

fácilmente modificados. Lo cual, lo que se genera es que la violencia a nivel verbal termina obstruyendo la subjetividad y la capacidad de pensar del otro.

La teoría del doble vínculo siguiendo con Rojas (1990) plantea que la persona que emplea el discurso paradójal está situada en un lugar superior o de poder sobre el otro que se posiciona como inferior o piensa que este vínculo es muy importante para que su vida sea posible. Las formas habituales que encuentra como salida el destinatario de este discurso paradójal suele ser el repliegue sobre sí mismo, la apatía, la sobre carga agresiva que se le genera.

Entonces la violencia discursiva no tiene sólo que ver con lo que se verbaliza, si no también, con lo que no está dicho, lo que queda por fuera de la significación. Lo violento es el efecto que produce en la otra persona, en la posición que ocupa el otro (teniendo en cuenta la asimetría, por ejemplo, en estas jóvenes, siendo los padres que tienen que protegerlas) y con rigidez asumen ser dueños de la verdad (Rojas, 1990).

Cuando Diana nos contó que iba a hacer la denuncia, que su familia no la apoyó y además la echó, empieza a sentir que ella había hecho algo “malo”: *“los primeros años pensé que le había arruinado la vida a mi hermana, le pedía perdón después me di cuenta que nada que ver, ella me trataba mal en eventos, me hacía caras feas, me trata despectivamente, no entiendo que le hice”*;

“Después cuando voy a renovar la denuncia, me dicen que ya caducó, que tengo que denunciar algo nuevo, entonces yo me acorde que él había estado en mi egreso y no podía. Mi hermana vive al fondo de la casa de mi mamá, ella puede venir a la casa y moverse cuando quiere, moverse con facilidad, en vez yo, si tengo que ir a colgar las sabanas al fondo, me tira indirectas (...) Mi hermana hace video llamadas con mi abusador en la ventana de mi habitación para que yo escuche. Y bueno, estábamos en un cumpleaños, yo en mi pieza porque no daba más de la depresión, me arrastraba por poco, y empezaron a cantar doctor psiquiatra y me tiraban palos por el micrófono” (Registro N°1, 24/06/2022).

A partir de estas cuestiones, se comenzó a tratar y de apoyar a que Diana pueda renovar la denuncia, ya que no lo había hecho por la falta de credibilidad de parte de su familia: *“chocarme con la realidad cuando salga, hacer la denuncia, los comentarios, me van a querer pedir explicaciones, no quiero pensar, quiero sentirme bien”* (Registro N°3,15/07/2022).

Se organizó una entrevista con la madre para conversar el tema de la denuncia ya que iba enlazado con la recuperación de Diana, la entrevista comenzó así: *“yo con su padre me llevo mal, así que hablamos, pero mal, todo por encima y termino en nada, yo soy muy explosiva y la decisión sobre mis hijos las tomo yo, él tiene palabra, pero yo tengo la última ¿ok? Yo la traje acá para que me la curen, el tema del abuso es un tema nuestro, yo tengo dos hijas ¿sabe? Y tengo nietos, ella nunca estuvo prohibida a hacer la denuncia”* (Registro N°5, 27/07/2022).

Aquí pudimos ver un claro ejemplo de un discurso monológico y de doble vínculo. Primeramente, la frase de *“ella nunca estuvo prohibida a hacer la denuncia”* cuando hacerlo contemplaba burlas, banalización del tema y conllevaba a que descrean en lo que ella había vivido, estando en un lugar de vulnerabilización subjetiva, psíquica, emocional. En ese contexto, el sufrimiento vincular llevó a Diana a pedirle disculpas a su hermana por denunciar el hecho, al malestar que le canten *“doctor psiquiatra”* ubicándola en el lugar de *“loca de la familia”*, llevó a que comenzara a dudar de su percepción y se autoposicione en el lugar de que ella había hecho algo *“malo”*, como plantea Silvia Gomel y Susana Matus (2011) la claridad de nuestros pensamientos y empezar a dudar de ellos dependen muchísimo del consenso que una familia dé a los sentidos y percepciones de lo considerado como *“la realidad”*.

También cuando la madre se refirió a que *“la decisión sobre mis hijos las tomo yo, él tiene palabra, pero yo tengo la última ¿ok?; Yo la traje acá para que me la curen, el tema del abuso es un tema nuestro”* el clima transferencial era violento y con cierta amenaza en el modo en que le hablaba al psicólogo, preguntándonos, si realmente hablaba del *“padre”* o era un mensaje para el equipo terapéutico acerca que la última decisión sobre su hija (mayor de edad) la tenía ella. Marcándole así también lo que debía arribar o hacer el analista con respecto al tratamiento de Diana:

Analista: yo no obligo a nada, es una sugerencia y hay cuestiones que no voy a decir para no romper el secreto profesional.

Mamá de Diana: ta, pero yo la traje acá para que me la curen, no para que me traigan más problemas, así que ese es un tema nuestro.

Analista: es que parte de la curación va enlazado con la denuncia.

Mamá de Diana: *si nunca de le prohibió ¿eh?! Ella eligió no hacerla porque yo estaba enterrando a mi mamá, pero nunca se le negó, ella que haga lo que quiera, pero es un tema nuestro.* (B. Vélez, comunicación personal, 27 de Julio de 2022). (Registro N°5, 27/07/2022).

Aquí a su vez, cuando se trataba de arribar el tema de que Diana retome la denuncia, su madre limitaba diciendo “es un tema nuestro”, cuando verbaliza que nunca se le prohibió, pero a su vez decía “la traje acá para que me la curen, no para que me traigan problemas”. Demostrando un discurso contradictorio.

Pareciera que el “tema” no lleva su nombre de abuso sexual, como así también el discurso de “tengo dos hijas y nietos” no teniendo en cuenta la asimetría del problema, la violencia de su hermana primogénita haciendo videollamada con su abusador en la ventana de la habitación de Diana, que se haga presente el sujeto que cometió el delito en su egreso de secundario. Da lugar a hipotetizar que la vincularidad de esta familia se organiza a través de la violencia. Violencia que en el presente adquiere modos denigratorios y descalificadores (...) pero al mismo tiempo, incluye situaciones del pasado que quedaron silenciadas y por fuera el discurso familiar (Esdelstein y Erbin 2006).

En los relatos de Magalí, también se hace presente en su familia la manera de vincularse a través de la productividad perversa, se hacen presente las diferentes maneras de violencia entremezclado con crueldad.

Berezin (2010) habla sobre la crueldad planteado que

“es una violencia organizada para hacer padecer a otros sin conmoverse o con complacencia. La crueldad es un modo de violencia que se despliega para anular cualquier modo de alteridad. No es solo la destrucción de los otros... si no de sí mismo también... La crueldad no es adscribible a alguna patología en particular, es una condición potencial del ser humano que se efectiviza en determinadas condiciones micro y macro socio-históricas” (p. 141-142).

Cuando Magalí, pese a las amenazas de su hermano abusivo, exclamándole que: *“me tenía amenazada que me iba a matar, que me iban a encontrar tirada en algún lado entonces me quedé*

callada” (Registro N°4, 16/11/2022)., logra poder contarle a su madre lo que viene sucediendo hace muchos años, la respuesta que recibió fue:

“A la semana le conté a mi mamá que mi hermano me había violado, pero ella no hizo nada, no me creyó, mi hermano siguió viviendo en mi casa y ella no tomó ninguna medida al respecto, inclusive el seguía cruzándose a las noches a mi pieza y me violaba sin usar protección. Al mes de mi primer abuso, él se enteró que yo le había contado a mi mamá y me dijo “viste que nadie te iba a creer que yo te violé” yo desde ese momento decidí quedarme callada porque pensé realmente que nadie más me iba a creer, nunca se me cruzó por la cabeza hablar con alguno de mis hermanos ya que tenía en claro que nadie me iba a creer (...) Yo hable de esto con mi mamá muchas veces, en muchas ocasiones pero nunca me creyó, me trataba de mentirosa, nunca recibí la ayuda ni el apoyo que necesité (...)” (Registros N°4, 16/11/2022).

Aquí en la violencia discursiva (además de los otros tipos de violencia), se puede observar cómo en el discurso de su madre “no creyéndole” “tratándola de mentirosa”, que los abusos “eran sus pensamientos, debía olvidarse de todo y que era su culpa” (Registro N°4, 16/11/2022), culpándola por usar calzas ajustadas (Registro N°2, 18/08/22), se puede ver el modo perverso en el que se produce la modalidad vincular partiendo en la contradicción del discurso, el desacredito, la transgresión de las normas, el ocultamiento, que llevó a Magali a efectos devastadores para su subjetividad, a su vez se puede observar como los padres ubican a sus hijos, a ella como “la mentirosa, que se imagina las cosas, que son sus pensamientos”, que inventa y a su hermano que cometió el delito, ubicándolo como alguien a quien proteger (Registro N°1, 09/08/2022). En estas situaciones podemos imaginar el sufrimiento de Magali, víctima de una co-desmentida familiar, donde los padres que debían cumplir su rol de protegerla, la dejaron a dádiva de un hermano abusador con consecuencias traumáticas para su psiquismo.

Como proponen las autoras Silvia Gomel y Susana Matus (2011) el carácter perverso de las alianzas se encuentra en el modo de funcionar mediante el secreto.

Según Alarcón de Soler (2007) el secreto es una forma de comportamiento en las relaciones interpersonales que implica el ocultamiento consciente de información relevante para un vínculo en particular. Esta información no se comparte debido a la censura o prohibición impuesta por uno o varios de los miembros del vínculo. El secreto implica la exclusión consciente de un miembro del vínculo respecto a algo que le pertenece. Así es como se genera una organización dualista,

conocer lo que se mantiene en secreto tiene como consecuencia la exclusión de miembros del vínculo y la inclusión de otros. Dividiendo los que saben y los que no saben. Donde los que saben y tienen esta información en secreto puede que cumpla cierta función de privilegio o de poder, en el cual un miembro del vínculo se sitúa en posición de censura y decreta un saber cómo no legítimo para el otro miembro del vínculo y además les es funcional para chantajear, para someter, para humillar, para manipular. Y que se conozca el secreto, puede llegar a causar fuertes ansiedades, culpas, temores respecto a que lo que se mantenía en anonimato sea de popular conocimiento.

El secreto es un mecanismo que se apuntala en lo intrasubjetivo en cuando hace referencia al narcicismo, en lo intersubjetivo hace referencia a ideales familiares, y en lo transubjetivo se relaciona con la pertenencia social del sujeto (Myriam, Alarcón De Soler, 2007, p.137).

A nivel intrasubjetivo el ocultamiento de la información se relaciona con la necesidad de evitar la herida narcisista que su revelación podría causar, evitando sentimientos como la vergüenza ajena o propia, el castigo.

A nivel vincular, el secreto puede estar relacionado con el mantenimiento de ideales familiares o sociales que se ven amenazados con la revelación del secreto. Estos ideales pueden estar relacionados con las características de la familia, sus héroes o valores, y el secreto se utiliza para evitar ansiedades catastróficas que podrían generarse si se descubriera la transgresión de ciertos ideales o normas sociales. En un nivel transubjetivo, el fin de mantenerlo oculto es preservar la unión familiar y evitar tener que echar a alguno de los miembros, para poder seguir perteneciendo a un medio social.

Finalizando con el pensamiento de la autora es por esto que uno de los mecanismos que se pueden desarrollar frente al secreto, es la desmentida, que circula generando malos entendidos, sensación de enloquecimiento, silencios, confusiones. Causando efectos negativos en los vínculos.

El mecanismo de secreto, se puede observar en ambas familias. Primeramente en la familia de Diana, el abuso se supo a partir de su denuncia, en donde sus padres y hermana primogénita estuvieron en desacuerdo, llegándola a echar de la casa, su hermana con cáncer y el hermano que se encuentra privado de su libertad, son los dos miembros de la familia a quienes este hecho se les mantuvo oculto: *“quería hablarte de lo de mi hermano, mi hermano no sabe que mi cuñado me*

abuso, no sé si contarle ahora, que le faltan dos años para salir, o cuando esté afuera porque no quiero que se desgracie la vida, no sé, ¿se lo debería decir yo o mi hermana? Creo que se lo debería decir yo porque ella le va a mentir, pero bueno ahora quiero estar tranquila, primero hago la denuncia después se lo cuento” (Registro N°8, 05/08/2022).

En esta parte de la entrevista se pudo inferir lo que Alarcón de Soler planteaba acerca de la modalidad del secreto como funcionamiento vincular, las ansiedades catastróficas que se generan a la hora de pensar en comunicar esto que se lleva oculto, dudando en esta instancia si debería ser ella, quien vivió el hecho o la hermana, quien ocupa esta posición de poder decretando quienes lo deben saber y quiénes no, utilizando esta información para humillar, someter a Diana, por ejemplo haciendo video llamada con su abusador en la ventana de la habitación de ella, o tirándole indirectas cada vez que se cruzaban por la casa.

Desde el lado de su madre se pudo inferir, que la denuncia y el popular conocimiento de estos hechos, que han durado un período de tiempo, llevaron a tener que develar el delito cometido, no solamente con respecto a sus hijos, sino también con sus nietos, donde posiblemente se enfrentó a tener que excluir miembros que atenten con la subjetividad de Diana, como así también la desunión de la familia y la caída de ideales familiares al mantener el abuso en secreto sólo con algunos miembros por temores a la repercusión. Se puede observar e hipotetizar cómo así también quería la madre que se mantenga en secreto en la clínica aludiendo a que “es un tema de ellos y lo solucionan ellos” porque si no le traería problemas ya que tiene otra hija y nietos. Puede que se desarrollaran sentimientos de vergüenza propia, o sentimientos de culpa de no haber protegido a su hija en esos momentos.

Con Magali el mantenimiento del secreto por parte de sus padres podría tener que ver con estas cuestiones de desunión familiar, al tener que excluir al hermano abusador del núcleo familiar, como así sentimientos de vergüenza ajena, queriendo mantener un perfil familiar en la sociedad que develando la transgresión decae, se mantuvo el secreto con sus otros hermanos por los temores a la repercusión de ellos, desmintiendo las reiteradas veces que Magali mencionaba la violencia que su hermano estaba cometiendo sobre ella, otorgándole el rotulo de “tenes que olvidarte de todo, son tus pensamientos”. Estas desmentidas generaron efectos devastadores en su psiquismo generándole confusiones acerca de con quien hablar sobre esto o sensación de enloquecimiento. Hasta llegar al punto que la propia Magali decidió salir de este funcionamiento pudiéndole contar

a sus hermanos: *“Hace unos días tome la decisión de contarle a dos de mis hermanos, para que me ayuden a salir de mi casa, ya no quería estar más ahí, ni vivir con mis papás porque me hacía mucho mal y ellos me acompañaron a hacer la denuncia ya que mi papá no quería que la haga, ellos hasta el día de hoy no me creen. (Registro N°4,16/11/2022).*

Los padres, teniendo noción de los delitos cometidos por su hermano a Magalí, la dejaron a la merced de este juego de poderes que cumplía el hermano con respecto al secreto que ocultaban a sus demás familiares y sociedad, la cual lo utilizaba para chantajearla, manipulándola, amenazándola y sometiéndola: *“(…) y él decía que era un juego que no tenía que decir nada y que si yo hablaba nadie me iba a creer (…) Después de eso me dijo que si yo hablaba me iba a matar y se fue a su cama a dormir como si nada hubiera pasado (…) él se enteró que yo le había contado a mi mamá y me dijo “viste que nadie te iba a creer que yo te viole (…) yo no sabía cómo defenderme, me tenía amenazada que me iba a matar, que me iban a encontrar tirada en algún lado entonces me quede callada (…) (Registro N° 4, 16/11/2022).*

Cuando se trata de familias en donde los actos de perversión rigen lo incestual y se esconden bajo la co-desmentida, se trata en familias donde el sistema se construyó sobre miradas equívocas, tocamientos banalizados, lenguaje donde la sexualidad aparece sin velamiento. Donde el sufrimiento vincular tiene que ver con un exceso de proximidad sexual, consecuencia de que las barreras generacionales y vínculos no se establecen de una manera clara y se desarrolla un clima de confusión entre lo prohibido y lo banal, donde la imposibilidad vincular no puede ser velada, Silvia Gomel y Susana Matus (2011).

El secreto que mantenían los padres acerca de los actos de abusos prologandos en años siendo cómplices de esta situación de violencia familiar, parecía que, en estas maneras de productividad perversa en estas familias, estaban armadas a partir de un pacto en donde uno transgredía (el hermano abusador, el cuñado abusador) y los otros desmentían lo que hacían los primeros. Existiendo una banalización de lo prohibido y produciendo sobre los miembros del grupo familiar una indiferencia afectiva frente al sufrimiento y la crueldad.

8.2.2 Identificar las posibles consecuencias psicológicas de la violencia en jóvenes en situación de internación, a través del análisis de sus dichos en las entrevistas.

Este apartado tuvo el fin de tratar de identificar las consecuencias psicológicas que podían surgir como resultado a la exposición de experiencias traumáticas. Utilizando como fuente primaria sus propios testimonios en entrevistas, se buscó arrojar luz sobre los efectos subyacentes que pueden influir en su salud mental y emocional.

Al ingresar a la clínica las dos jóvenes se presentaron de esta manera:

Diana: *“me abuso mi cuñado desde los 8 hasta los 12 años”* (Registro N°1, 24/06/2022).

Magali: *“los abusos sexuales comenzaron a mis cinco años (...) Cuando ya tenía 15 años (...) el entró a la casa diciéndole a mi mamá que quería ir al baño, pero entró directamente a mi pieza y empezó a tocar mis partes íntimas por debajo de la ropa (...) esa fue la última vez que abusó sexualmente de mi”* (Registro N°4, 16/11/2022).

Ambas jóvenes vivenciaron abusos sexuales, pero es importante diferenciar, que uno fue intrafamiliar o endogámico (su hermano) y otro extrafamiliar o exogámico (el cuñado). Eva Rotenberg (2000) se refiere a que el tabú del incesto organiza la estructura familiar, en la cual hay denominaciones acerca del parentesco, con vínculos de sangre y vínculos de alianza. Estas denominaciones marcan una clasificación de lugares, posiciones y funciones. Continúa refiriéndose a la función de la prohibición del incesto como ley por su valor estructurante de la cultura y del psiquismo. Los lugares de padre, madre, hijo o hermano a los cuales hace referencia, ofrecen lo que ella denomina matriz identificadora que estructura y organiza el psiquismo. Cuando ocurre el incesto se altera lo prohibido y la matriz identificadora, donde aquellas funciones que debería cumplir los integrantes de la familia no se estarían llevando a cabo, atravesando un límite que tiene una función simbólica.

A partir de estos testimonios, tanto Diana como Magali sufrieron estos hechos desde su infancia hasta la pubertad/adolescencia, este dato no es menor. Ya que el abuso sexual infantil tiene el efecto de una violenta intromisión que irrumpe sorpresivamente en la subjetividad, generando conflictos psíquicos persistentes, el abuso en el cuerpo de un niño que no tiene la misma capacidad

de decisión, de pensamiento, de defensa, denota la asimetría niña/adulto. Constituyen eventos traumáticos para el desarrollo del infante.

El destino psíquico de los niños que han sido víctimas de abusos sexuales, dependió en gran parte de la reacción de los padres, de los recursos emocionales para poder enfrentar y proteger al niño, ya que en esta etapa se encuentran imposibilitados en poder ligar el afecto experimentado en cualquier pensamiento sobre el hecho traumático que vivieron. En el caso de ambas jóvenes gran parte del entorno familiar desmintió estos hechos.

La violencia familiar que atravesaron Diana y Magali tuvo un impacto profundo, como propone Zirlinger (2000) generando patrones irracionales del procesamiento de la información, en donde estos patrones se aprenden de la observación, imitación e identificación con los adultos que son significativos para el niño. Lo que puede dar significación de los lazos vinculares de sumisión o una dependencia hostil con las figuras paternas, quienes en situaciones han ocupado el lugar de victimarios, lo cual dentro del vínculo esto se convierte en un pacto de silencio, desmentida o incluso autoinculpación de aquello que vivieron. Esto se puede ver reflejado en el siguiente fragmento de registro de campo:

Fuimos a buscarla, entró al consultorio cabizbaja, muy temblorosa.

Analista: *¿Cómo estás?*

Diana: (Habla muy bajo, no hace contacto visual). *Mal, soñé que tenía un fierro en la mano y mataba a mi cuñado. No quiero que se me acerque nadie, tengo miedo de hacer daño y no quiero.* (Tiembla mucho, cierra y abre el puño).

Analista: *vení que vamos a enfermería.*

La acompañamos hacia enfermería donde se le pide que le den un calmante que no sea Benzodiazepinas ya que ella es adicta, a lo cual la hacen ir a la habitación e inyectarle un calmante, es por esta cuestión que vamos a hablar con ella la semana que viene.

(B. Vélez, comunicación personal, 22 de Julio de 2022). (Registro N° 4, 22/07/2022).

Diana mostró signos evidentes de la influencia de estos eventos traumáticos. Su lenguaje corporal reveló incomodidad: habló en voz baja, evitó el contacto visual y mostró signos de angustia física, como temblores y la tensión evidente en sus manos. Además, relató un sueño

perturbador que reflejó la internalización de la violencia en su psiquismo, ilustrando cómo estos traumas se manifestaron en el mundo de los sueños y afectaron la vida diaria, ya que para Diana una salida a la problemática fue “pegarle un tiro”, “matar al cuñado”, en vez de renovar la denuncia, ya que eso implicaba tener que enfrentarse a sus padres y a su hermana, romper con ese pacto de silencio que se generó y ubicar la culpa de quien es merecida.

En este contexto, el analista reconoció la necesidad de intervenir ante la angustia inmediata de Diana, demostrando la urgencia y complejidad de abordar las secuelas del abuso sexual. La mención de su adicción a las benzodiazepinas destacó la relación entre las experiencias traumáticas y las maneras de afrontamiento poco saludables.

La interacción en la enfermería reveló la dificultad de Diana para controlar sus impulsos y sugirió la necesidad de un enfoque terapéutico que aborde tanto las manifestaciones inmediatas del trauma como las dinámicas subyacentes que perpetuaban estos patrones.

Al igual que en el intento de procesar estas vivencias, la desmentida como vimos en el capítulo anterior, la autoinculpación se pudo reflejar en varias situaciones a lo largo de las entrevistas, cuando Magali hace mención a: *“me decía que yo tenía la culpa de todo y que ella estaba mal por mi culpa y me quiero ir a la casa de mi hermano para no causarles más problemas”* (Registro N°4, 16/11/2022), la expresión de Magali, al mencionar “para no causarle más problemas”, reflejó la complejidad interna en el procesamiento de los eventos sucedidos, ya que claramente se atribuyó a sí misma una responsabilidad que no le correspondía, en estos dichos se pudo observar la internalización de la culpa, promovida por las figuras parentales.

Podíamos hipotetizar que Magali se encontraba en una percepción distorsionada de sí misma como una carga para su familia. Esta autoimagen distorsionada, arraigada en la violencia familiar y el pacto de silencio, influía en sus decisiones y emociones, perpetuando el ciclo de la dependencia hostil.

Estos ejemplos ilustraron cómo la violencia familiar y el abuso sexual en la infancia pudieron moldear el psiquismo de un individuo, manifestándose en patrones de comportamiento, procesamiento de información y respuestas emocionales complejas.

En la historia de estas dos jóvenes, donde la presencia tubo un tinte desinvertido y la no presencia en momentos necesarios de contención y cuidado fueron moneda corriente, Le Breton

(2011) habla sobre cómo el otro no actúa solo como un objeto interno, en donde la interacción va generando efectos en el psiquismo, no solamente con la presencia, sino también porque la realidad de la presencia del otro, puede darse cuando no está presente.

Plantea que estas familias conflictivas no cumplen su función sociológica de darle al infante la oportunidad de explorar el mundo y despertar su por vivir. Estas familias fracasan en proporcionar un entorno propicio para el crecimiento y desarrollo del niño. Presentan un debilitamiento de los lazos que afecta el apuntalamiento intersubjetivo del psiquismo. La indiferencia de estas familias es perjudicial, ya que no permiten ningún tipo de intercambio ni construcción de significados. Muchos niños involucrados en estas situaciones se encuentran completamente abandonados en su vida diaria. La violencia presente dentro de estas familias debilita al niño en su capacidad para interactuar y negociar con los demás, impidiéndole encontrar su lugar tanto consigo mismo como en relación con los demás. Son jóvenes que se han desarrollado en familias disfuncionales donde nunca han tenido sentimientos de existir como sujetos, no vinculan su existencia como si fuese digna de valor. Sumándole en la etapa de re significación que se encontraban Diana y Magali.

El ingreso a la clínica de Diana y Magali fue por intentos de suicidio, lo que pone de manifiesto la profunda angustia emocional que enfrentaban. La teoría de Baudry (1991) y Moira et al. (2017) arrojan luz sobre la causa del acto suicida como una expresión del sentimiento de repugnancia hacia uno mismo, la culpabilidad y la imposibilidad de denunciar la causa. Este acto, según Baudry, puede entenderse como una "voluntad de clavar los frenos ante lo intolerable" (p. 212).

En el caso de Diana, a lo largo de las entrevistas, emerge un patrón de conductas autodestructivas, incluyendo cortes, ingesta de fármacos y alcohol, en el caso de Magalí quien ya contaba con un equipo terapéutico externo a la clínica y tomaron la decisión de derivarla a la clínica debido a cortes, ingesta de fármacos e ideas homicidas. Estas acciones podían interpretarse como intentos de expresar lo innombrable, clavar frenos ante un sufrimiento insoportable relacionado con el abandono de sus padres ante esta situación, donde se denota el desacuerdo, la indiferencia y las violencias que aplastan la subjetividad de Diana y Magali.

Las conductas de cortarse, empastillarse, esnifar benzodiazepinas y consumir whisky hasta quedar inconsciente (Registro N°2, 13/07/2022), según Le Breton (2011), representan una

exposición de sí misma a la probabilidad de herirse o morir, poniendo su salud en peligro. Estas acciones sugieren motivaciones inconscientes asociadas a la percepción de que su vida carece de sentido y la incapacidad de encontrar apoyo y significado en sus vínculos con los demás.

El autor anteriormente citado también señala que estas manifestaciones físicas pueden ser una forma de liberar la tensión emocional generada por sensaciones de vacío y angustia. La dificultad para tramitar lo sucedido conlleva a que el cuerpo se convierta en la forma principal de expresión.

Magali relata “*Yo hablé de esto con mi mamá muchas veces, en muchas ocasiones, pero nunca me creyó, me trataba de mentirosa, nunca recibí la ayuda ni el apoyo que necesité y por todo esto tuve los intentos de suicidio, ya no aguantaba más*” (Registro N°4, 16/11/22). Magali pudo poner en palabras lo que su hermano abusivo le había estado haciendo todos esos años, pero del otro lado no había alguien disponible que pueda verla, escucharla y contenerla. A partir de este desamparo hay una reacción de conducta inmediata que se parece a un grito, aparece la manifestación del acto en intentar suicidarse, cortándose además de la ingesta de fármacos. Tal como sugiere Le Breton (2011)

“Hacerse mal para tener menos mal en otra parte (...) infligiéndose un dolor controlado, lucha contra un sufrimiento infinitamente más pesado. Esos motivos traducen el sufrimiento nacido de una comunicación que fracasa en establecerse” (pp. 8-9).

Cuando Diana hizo referencia a “*no me apoyaron en la denuncia, me echaron de mi casa, me desearon que me muera, por eso yo terminé ahorcándome*” (Registro N° 2, 13/07/2022), nos puso a pensar que la magnitud de angustia se manifestaba no solo en el abuso que había experimentado, sino que también en la falta de contención de su entorno, la indiferencia afectiva que provocaba esa sensación de vacío, ilustraba cómo la incapacidad de establecer una comunicación efectiva y recibir apoyo podía intensificar el sufrimiento emocional, donde ya era tanta la tensión que no podía metabolizar psíquicamente y pasaba a un acto corporal.

Continuando con las ideas del autor mencionado anteriormente, estos actos de fuga se deben a un deseo de escape al ahogo familiar que les produce, ya sea por el desamparo, la indiferencia y la re victimización que se produce al no creerle los hechos que ellas vivieron. En la frivolidad

de estos actos por parte de la familia se facilita la recaída, que suelen ser diferentes formas de auto exposición, intentan desprenderse de una trama afectiva que le produce sufrimiento.

En el caso de Magali ella lo relató muy en claro: *“le conté y mi mamá me decía que me tenía que olvidar de todo, que todo era mi culpa y le dije que no podía y me corte todo el brazo”* (Registro N°4, 16/11/2024). Esto también se puede notar en una entrevista con Diana cuando habló de cómo se encontraba y que es lo que esperaba de la internación: *“estoy mal, siento que estoy igual a que cuando estaba en mi casa, no logro estabilizarme “; “que se me abra el apetito, tener mi fuerza de antes, me pase 5 noches sin dormir” (...)* (Registro N°1, 24/06/2022). Con estos dichos se pudo hipotetizar que cuando estaba en su casa se sentía angustiada, sin fuerzas, “desestabilizada”, pasaba días sin comer, como así sin dormir, en los dichos de Diana y Magali se pudo ver reflejado los efectos psíquicos que produce crecer, desarrollarse en familias conflictivas, como así también se pudo ver en el relato de Diana que lejos de su familia reaparecen estos deseos de volver a tener su fuerza de antes, donde lejos de la trama familiar, desea poder conseguirlo.

Moira et al. (2017) destaca que el sufrimiento experimentado por Diana y Magalí limita la capacidad simbólica, apareciendo como un exceso de excitación que no puede ser procesado de manera reflexiva y que se fuga a través del cuerpo. Un claro ejemplo de esto es la experiencia de Diana, quien expresa: *“siento que cuando tengo felicidad me la arrebatan”*. Interrogada sobre quién le arrebatara esta felicidad, responde: *“Mi familia (...) Tengo muchas ganas de consumir, tengo muchas pesadillas, que llego a mi casa y hay un montón de problemas.* (Registro N°2, 13/07/2022).

La Dra. Bottini (2012) profundiza en la dificultad de procesar simbólicamente estas experiencias traumáticas. Cuando los jóvenes se encuentran sobrecargados de emociones y experiencias traumáticas, su Yo puede verse abrumado en el intento de darle sentido y simbolización a la saturación emocional. La metabolización psíquica es esencial para posibilitar la capacidad simbólica, para poder apropiarlo, permitiendo al Yo dar significado a lo vivido. Sin embargo, cuando el Yo se ve desbordado, como en el caso de Magalí donde contenía *“sentimientos de suciedad”*, también tiene muchos pensamientos intrusivos e inseguridades y sensaciones de rechazo hacia su cuerpo, su sueño se encontraba interrumpido por pesadillas, por llantos e imágenes (Registro N°4, 16/11/2022), se activa un mecanismo de defensa. Este mecanismo de defensa se manifiesta en un cerramiento del sistema, con procesos de desinvertimiento libidinal de los objetos internos y del mundo. Diana, al leer una carta durante una sesión, revela: *“la ansiedad,*

del whisky, que se ahoga en pastillas y se vuelve un ente. Las marcas y lo que consumo dan cuenta de que tengo más edad que la vivida” (Registro N°2, 13/07/2022). Aquí, se puede observar como busca constantemente eliminar cualquier estado de tensión mediante una satisfacción inmediata, como lo evidencia Diana en sus relatos hacia el consumo para apagar las pesadillas y olvidar los problemas de su hogar.

Bottini (2012) describe este comportamiento como una búsqueda de "alivio inmediato", una satisfacción momentánea que temporiza el malestar y ayuda a olvidar momentáneamente las tensiones provocadas por las experiencias traumáticas. Cuando esto sucede, el individuo se encuentra atrapado en un circuito que propicia un espectáculo vacío, pura imagen sin sentido, que solo puede producir empobrecimiento. Donde es un terreno para que reine el goce pulsional sobre el deseo.

El funcionamiento compulsivo genera una especie de “deshidratación psíquica” va a nombrar la autora, esto produce que el sujeto crea que está apagando la insatisfacción, pero en realidad se ve envuelto en un círculo de insatisfacción aún más intenso. La tensión que se produce por estos impulsos que se encuentran desligados son inevacuables a su vez que no pueden ser procesados psíquicamente.

A partir de ello, se puede observar la diferencia entre el placer y la felicidad que está relacionada con una sensación de comodidad consigo mismo, como propone Bottini, es una cuestión que integra directamente a la representación que el Yo tiene con respecto a sí mismo y sus ideales, no se puede equiparar simplemente al alivio temporal del malestar.

Lo que plantea la doctora se puede ver reflejado en la siguiente entrevista:

Analista: *¿Cómo va?*

Diana: *estoy media depresiva desde ayer a la noche.*

Analista: *¿por?*

Diana: *me siento sin ganas de hacer absolutamente nada (...) ¿Quién va a querer estar con una drogadicta? Me vino muchas cosas con mi mamá (...)*

(B. Vélez, comunicación personal, 15 de Julio de 2022). (Registro N°3, 15/07/2022).

Aquí se pudo observar cómo Diana a través de sus dichos “me siento sin ganas de hacer absolutamente nada” se relacionaba con lo expuesto anteriormente, acerca de este espectáculo vacío, donde la falta de sentido, la ausencia de deseos y metas contribuyeron a su sensación de empobrecimiento emocional. Cómo también se hizo notar la representación negativa que tenía de ella misma relacionando su identidad únicamente cómo: “drogadicta”.

“A modo de conclusión es posible afirmar que, si el sujeto se constituye al amparo de una trama simbólica, de las palabras, de los gestos de reconocimiento y amor, de las leyes que prescriben y prohíben, entonces se puede decir que el peor de los desamparos, el más radical, es el desamparo simbólico (...)” (Bottini 2012, p. 165).

A partir de esto podemos inferir la importancia de que un ser humano se desarrolle en un entorno que le ofrezca una trama simbólica, brindándole un sentido de pertenencia, valores, que se le proporcione un sentido de conexión con ellos mismos y los demás, así el sujeto aprenda y pueda gestionar sus impulsos y emociones de una manera saludable (Bottini 2012).

8.2.3 Caracterizar el abordaje terapéutico en situaciones donde los jóvenes son víctimas de violencia familiar

El último apartado tuvo el fin de tratar de describir el modo en que un equipo terapéutico abordó la situación de estas dos jóvenes dentro de una Institución de salud mental.

El abordaje en situaciones de crisis dentro de una clínica polivalente, significa que el tratamiento del sujeto va a ser abordado interdisciplinariamente, Najmanovich (1998) desarrolla que a través de la interdisciplina se produce una fertilización cruzada que nos permite enriquecernos a través del diálogo interdisciplinario. Esta se manifiesta como la conversación entre diversas perspectivas, aprovechando la creatividad que emana de la diversidad, enriqueciéndonos mutuamente. En la clínica las jóvenes fueron atendidas desde el área médico y enfermería, psiquiatría, psicología compuestas por: terapias familiares, de grupo e individual; nutricionista, asistente social si es necesario y actividades a cargo de terapeutas.

En el contexto que surgen las internaciones de las dos jóvenes son en carácter de situación de crisis o urgencia, Álvarez (2021) describe estas urgencias psiquiátricas como situaciones que están caracterizadas por síntomas psicopatológicos o trastornos de la conducta que son riesgosos para sí mismos como para terceros. Entre las manifestaciones que el autor describe está la conducta suicida en primer lugar, seguida por crisis de angustias.

En la clínica, las situaciones de crisis se abordaron de manera que los sujetos ingresaban a través de la guardia. En el caso de Magalí, la derivación se efectuó desde su consultorio externo, mientras que, en el caso de Diana, se originó como una consulta espontánea, la cual fue acompañada por su madre. En ambos casos, los profesionales de la guardia llevaron a cabo una evaluación acerca del riesgo suicida en las jóvenes. El autor Portilla Arroyo (2004) escribe acerca de que lo primero que debe hacerse al recibir una persona en estos estados de crisis, es presentarse, lo cual no solo contribuye a establecer una buena relación terapéutica, sino que también ayuda a reducir las defensas del sujeto. Para continuar, se debe brindar una breve explicación del propósito de la intervención. Luego, se procederá a preguntar sobre la perspectiva personal y la visión general del usuario con respecto a la situación que está experimentando, y se debe escuchar atentamente, de una manera empática sin intervenir en su relato.

Siguiendo la misma línea teórica, se da continuación a la entrevista siendo más directivos, es decir, interrogando de manera directa para pesquisar los factores de riesgo presentes, avanzando desde lo más general hasta aspectos más específicos de los síntomas, evaluando, desesperanza y pensamientos suicidas en la persona, como así también determinar el grado de impulsividad mediante el relato de su historia, consultar si hubo planificación en el acto, como también tomar conocimiento sobre el método utilizado y la letalidad del mismo.

Luego de realizar la evaluación de riesgo suicida, en el caso de Magalí y Diana tenían muchos factores de riesgo, se tomó la decisión de la internación que podía ser: internación voluntaria, internación involuntaria o procesos de judicialización en los casos que los riesgos fueran inminentes. La internación de ambas fue voluntaria.

Una vez que se haya formalizado la toma de decisión, se procede a comunicarla al usuario en cuestión, así como a sus familiares o a la persona responsable del sujeto involucrado. En este punto, se les proporciona el consentimiento informado para su revisión y firma. Además, se procede a brindar una explicación detallada y exhaustiva acerca de los elementos y procedimientos

que implican la internación. Se les informa que los tratamientos en la clínica son interdisciplinarios, que consta de un tratamiento psicofarmacológico acompañado por terapia y las otras disciplinas que ofrece la clínica.

Los usuarios son instruidos acerca de qué área del internado iban a estar, los objetos de higiene personal requeridos y las prendas de ropa que debían proveerles durante la internación, como, así como también algunos snacks/aperitivos. En resumen, se les explica que es lo que pueden llevar en su internación y que está prohibido ingresar a la clínica. Además, se les informa acerca de las visitas familiares y sus horarios.

En el transcurso de su primera semana internadas ya tuvieron las visitas de los diferentes profesionales, donde el psicólogo empezó con una pregunta: “¿Por qué ingresaste a la clínica?” (Registro N°1, 24/06/2022). Permitiendo la apertura y el desarrollo de la historia del sujeto que se encontraba con una intensa angustia.

Luego de haber escuchado las historias de Magalí y Diana el abordaje terapéutico dentro de la internación se basó en: ofrecer una mirada, ofrecer la escucha permitiendo el despliegue de la palabra y la historia, ofrecer validez en sus dichos y devolverles la confianza de creer en ellas mismas y sus vivencias.

A partir de realizar reuniones interdisciplinarias, observando sus relatos donde describían una infancia cruel, violenta, en la marginación con muchas faltas. La primera pregunta que surgía fue ¿Cómo se “es”, cuando la exclusión, el desamparo, el abandono y la carencia sustituyen: cuidado, sostén, libidinización, la provisión y promoción vincular?

A partir de la pregunta anterior, donde estábamos frente a adolescentes que habían tenido que sobrevivir, Ulloa (2009) teoriza el desamparo cruel, donde la primera falencia se encuentra en la ternura como primer anidamiento del sujeto, el primer amparo de la ternura que recibe el infante de una familia. Donde Freud dijo muy poco sobre la ternura, pero a su vez muy importante: que se origina en la coartación del fin último de la pulsión. Donde esta coartación depende de la presencia de un tercero. Un tercero que acota la “libertad” pulsional del adulto y de ahí el surgimiento sublimado, de la ternura materna, responsable de la pulsionalización del hijo. Esta coartación de la que habla Freud se traduce en dos aspectos: la empatía que garantiza el suministro de lo necesario para el niño y el miramiento, la mirada compuesta por afecto amoroso de alguien que ha salido de

nuestro cuerpo, reconocido como sujeto distinto y ajeno. La ternura tiene como suministros: el abrigo, el alimento y el buen trato, un buen trato que alude a la donación simbólica de la madre al infante, es decir a partir de que los proveedores de ternura comprenden las necesidades del niño a través de la empatía y el miramiento, satisfaciendo estas necesidades a merced de los suministros adecuados. Cuando sucede esta falencia en el primer amparo, en el proveer la ternura y la inexistencia de un tercero, se produce lo que el autor va a llamar como la “encerrona trágica”.

En los casos de Diana y Magalí la falta de este tercero que interviniera se podía ver en situaciones como: cuando Diana le contó al padre que el novio de su hermana la había abusado a lo que él respondió que *“tenía dos hijas, pero que no quería elegir a ninguna”* (Registro N°4, 22/07/2022), donde para Diana este era un discurso enloquecedor ya que esta decisión amparaba a su abusador, al igual que Magalí cuando nos contó que *“mi papá no quería que la haga, ellos hasta el día de hoy no me creen”* (Registro N°4, 16/100/2022). No hay mayor desprotección que sufrir abusos (a su privacidad, a su integridad sexual, a su psiquismo, a su ser) por las personas que se esperaba protección, y cumplían un lugar de vital importancia en la constitución del psiquismo infantil.

Lo que el autor citado anteriormente explica es que este desamparo genera angustia, pero no es tan grave como el dolor psíquico que genera, un dolor que se mantiene constante en el tiempo y que la única salida de alivio que pareciera encontrar es la muerte (Ulloa, 2009).

A partir de lo que las jóvenes nos pudieron verbalizar, la descripción de los momentos que tuvieron que pasar revelaba una experiencia llena de hechos que implicaban privación emocional alternada con episodios de abuso, vínculos caracterizados por la disfuncionalidad y el trauma donde la realidad se transformó en una invasión brutal de estímulos imposibles de metabolizar surgiendo afectos desbordantes.

Dentro de la internación se apuntó a diferentes objetivos. Principalmente se les otorgó una estructura en su día, ya que venían de una rutina donde se producía un desorden en los ritmos vitales saludables sostenido en el tiempo, que no les permitía dormir, comer, realizar actividades, vincularse con los demás. Por lo cual, en la internación había horarios tanto para levantarse, como para almorzar, para hacer las actividades (musicoterapia, gimnasia, laborterapia, grupo de reflexión, etc.), para tener las sesiones terapéuticas y para sociabilizar. Eso llevó que poco a poco

las jóvenes fueran recuperando su ciclo circadiano, se acomodaran a la medicación y pudieran adentrarse a pensar acompañadas por un equipo interdisciplinario su situación.

La clínica mediante todas las actividades ofrecía una función amparante a través del cuidado, sostén, motivando la apertura a lo social con sujetos en situaciones parecidas. Diana en una conversación hizo alusión a lo que le producía estar en la clínica: *“me vienen sueños de cuando balearon mi casa, me apuntaron en la cara, yo agaché la cabeza y me salvé por eso. Después me levanto y veo que estoy acá y me tranquilizo”* (Registro 13/07/2022).

Con respecto al rol del psicólogo dentro de una internación, la manera de arribar solía ser muy diferente y más intensiva, ya que se las veía dos veces a la semana, cómo también a pedido de cuando ellas lo necesitaran, a su vez se mantenía comunicación con sus familias para pasarles información de cómo se encontraban, las internaciones no perduraban más que cuatro semanas, lo que llevaba a tener que abordar situaciones críticas para que cuando el usuario saliera de la clínica pudiera forjar un presente con las herramientas construidas en conjunto que permitieran recuperar algo del sentimiento de la continuidad de la existencia.

La autora María Cristina Rojas (2004) teoriza que la práctica clínica psicoanalítica nace en respuesta a una demanda que está vinculada a algún modo de sufrimiento, a partir de allí el terapeuta comienza a pensar un dispositivo que “tiene algo que hacer” con la angustia del sujeto, desde allí se desarrolla el compromiso, responsabilidad con la persona que tenemos en frente, así como también, la eficacia, que nunca es certera, del dispositivo terapéutico que vamos diseñando.

«Desde tres lados amenaza el sufrimiento: desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más doloroso que cualquier otro.» (Freud, S., 1930, pág. 76, como se citó en Rojas, MC, 2004, pág. 191).

Siguiendo con la misma línea de pensamiento de la autora, plantea que nuestros dispositivos vinculares los podemos pensar en relación a este “sufrir con otros” donde en cada terapia se albergan, entrelazan y son indisociables las tres dimensiones que Freud hace mención: cuerpo,

vínculo, mundo. El sufrimiento de estas jóvenes se enlaza con el predominio de desligadura, pérdida de referentes, vacío de sentidos. Lo que invita a la práctica clínica a trabajar sobre el tejido imaginario y significativo. Con respecto a esto, Hornstein (2004) hace alusión a que un psicólogo siempre trabaja con su escucha, disponibilidad afectiva, pero ahora se le pide algo más: su potencialidad simbolizante, no sólo para las experiencias pasadas, si no, para producir lo que nunca estuvo. En una de las sesiones con Diana, se puede visualizar este accionar simbolizante por parte del analista:

Analista: me parece importante lo que te marqué antes. Cuando desaparece el odio o la ira, no sabes qué sentís, te confunde, por eso vamos a trabajar con las emociones, porque con la ira y el enojo ya sabemos qué haces, con la tristeza y felicidad no sabes.

Diana: no sé qué es ser feliz.

Analista: para la próxima quiero que pienses tus emociones como un semáforo, en rojo lo que te da odio, en amarillo lo que es indiferente y en verde lo que te da alegría. ¿nos vemos el lunes?

. (B. Vélez, comunicación personal, 15 de Julio de 2022) (Registro N° 3, 15/07/2022).

Esta analogía que le presentó el terapeuta, con el semáforo y sus emociones, ayudó a que Diana pudiera simbolizar, identificar, percibir sus emociones de una manera más clara y consciente. La posibilidad de poder explorar sus emociones de una manera nueva, escribiéndolas, sin tener que acudir al corte, a la ingesta de fármacos.

El fin del análisis no es imposibilitar las reacciones patológicas, si no de procurar al yo la libertad de decidir en un sentido u otro (Freud, 1923, cómo se citó en Rojas, 2004, pág. 191). La libertad de elegir como responder a las experiencias, en el análisis se busca que el individuo pueda tomar decisiones conscientes y saludables en lugar de eliminar por completo los conflictos y las reacciones emocionales de una manera insalubre. Por ejemplo, en esta conversación con Magalí:

Analista: ¿Cómo estás?

Magalí: Tengo pensamientos que no se si son buenos o malos

Analista: a ver

Magalí: Mi hermano Eros me adoptó, eso es algo bueno

Analista: ¡¡¡¡no sabía nada!!!! *Que hermosa noticia ¿estás contenta?*

Magalí: *Si re, pero no sé qué sentirá mi mamá*

Magalí: *Yo pienso en que podría perdonarla si todos cometen errores, perdono para poder estar bien*

Analista: *bueno, ahí con tiempo, hay veces que nos lastiman mucho, podemos perdonar, pero poniendo distancia, tomá tiempo, tu mamá se la mandó muy feo*

Magalí: *Y otro es mi hermano ...*

Analista: *Pausa, no, mira yo con estas cosas soy así recta, tu hermano te ha violentado muchísimo, se te ha hecho cosas imperdonables, el daño que te hizo es tan grande, tan grande, que es ilegal ¿sí?, vos tenes que permitirte que te tome todo el tiempo, y te digo una cosa, hay cuestiones que no se perdonan, y vas a poder seguir con tu vida igual, seguir adelante. Son dos cosas diferentes tu mamá y tu hermano, tu mamá te ha descuidado, no te protegió, hizo mucho daño psicológico y tu hermano atento contra todo tu ser. A veces es sano no perdonar algunas cuestiones porque nos cuidamos, nos valoramos.*

Magalí: *Si yo pensé en perdonarla, pero no quiero verla ni hablar todavía*

Analista: *me parece bien que perdones con distancia.*

(A. Cruz, comunicación personal, 09 de agosto de 2022). (Registro N° 1, 09/08/2022).

Magalí pasó por experiencias traumáticas, donde desde los 5 años hasta los 12, habitó estos vaivenes de querer perdonar por los hechos que les hacían vivir, fue por esto que en personas que se las ha violentado desde su infancia hasta la adolescencia, al no tener un panorama claro de lo sucedido, la terapeuta, en este momento de internación decidió ser más directiva en cuestiones que contemplaba necesarias para su bienestar psíquico. Recibió una grata noticia, como es que su hermano la adoptaría, pero en seguida el pensamiento de qué pensará su madre, de poder perdonar,

teñidos de sentimientos de culpa, esto se veía reflejado en sus dichos y lo que esta situación le hacía sentir “*un día de visitas, donde va su cuñada, novia de su hermano, y le cuenta que antes de que ella venga tuvo una crisis y se debió a las dudas que le genera estar distanciada de su mamá ya que ella nunca hizo nada para ayudarla, pero que hoy está segura de que lo que está haciendo es lo correcto*” (Registro N°16/11/2022). La analista no buscaba simplemente eliminar las emociones de Magalí o decirle cómo debía sentirse, sino que la acompañaba en la exploración de sus emociones, de sus pensamientos y sentimientos.

Cuando la analista mencionó que “*hay veces que nos lastiman mucho, podemos perdonar, pero poniendo distancia*”, estaba aludiendo a la idea de dar a Magalí la manera de decidir cómo abordar la relación con su madre y su hermano. No le decía que debía perdonar o no perdonar, sino que le permitía explorar sus propios sentimientos y tomar decisiones saludables para uno, con criterio de realidad. Esto es coherente con la noción freudiana de que el análisis busca guiar al individuo para que pueda elegir conscientemente cómo lidiar con sus conflictos y experiencias traumáticas.

El querer perdonar de Magalí, producía que estos adultos siguieran abusando de su inocencia a través de diversas formas de manipulación, el vínculo con su terapeuta permitió que poco a poco vaya transitando sus emociones respetándose y cuidándose de una nueva manera. En otras palabras, la analista también actuó como "facilitadora" trabajando con Magalí a comprender lo que siente.

Al pasar las semanas, el trabajo interdisciplinario con las jóvenes, se vislumbró de a poco, algunos cambios, en el semblante de sus rostros, pero sobre todo al hablar, al empezar a encontrar cosas que las conectaban con sus deseos y vidas, por elección de ellas mismas.

“El psiquismo es una organización abierta en devenir, se abren otras posibilidades de transformación y se habilita la dimensión acontecimental. El acontecimiento mutativo abre a otro campo y desencadena un tiempo de recomposición. Como señala Le Poulichet: «Así se presenta el trabajo del tiempo en el análisis, por el cual todo acontecimiento nuevo recompone aquello que lo precedía y todo hallazgo abre un campo en el que continuará apareciendo». (Rojas, pág. 198).

Los cambios que se dieron en cada caso fueron tan singulares como lo fueron los sufrimientos iniciales, las formas y caracteres que va adquirió el recorrido analítico. Se pudo visualizar en este recorte de una de las sesiones con Diana

Analista: *¿pudiste hacer ejercicio?*

Diana: *Todavía no tuve ganas.*

(B. Vélez, comunicación personal, 13 de Julio de 2022). (Registro N° 3, 13/07)

Esta era una pregunta que en cada encuentro existía, si no era ejercicio, era si había podido hacer alguna actividad social, o taller, hasta que tiempo después

Analista: *Hola Diana, ¿Cómo va?*

Diana: *recién paro un poco, hoy hice gym, guitarra, canté, estoy encontrando lo que me hace sentir mejor (...) Te quería contar que los sueños que me drogo están desapareciendo, ya no voy al gym solo a pegarle a la bolsa, tomo las pastillas bien, ahora estoy encontrando cosas que me gustan, estoy ocupada, no siento que no hice nada, empecé a ver películas, no como antes que solo quería que termine el día para dormir.*

Analista: *empezas a disfrutar de las cosas*

Diana: *sí, estoy sociabilizando con gente nueva y no me cuesta*

Analista: *apareció la música*

Diana: *si por ahí me acuerdo de frases de canciones y las anoto*

Analista: *¿de qué tipo?*

Diana: *canciones de bandas, las brujas, no lo veo inalcanzable al poder cantar, estoy haciendo ejercicios por teléfono con la fonoaudióloga, canto cuando tengo ganas. Siento que tengo energía*

Analista: *¿apareció el deseo de consumir?*

Diana: *no, pero si palpitaciones altísimas, me dan S O S, me acosté en mi cama y con mi compañera pusimos la tele y se calmaron*

Analista: *no solo fue la medicación, fue la presencia de un otro que estuvo a la par*

Diana: *si, después esto de que pude hablar con mi papá con mi mamá, me siento mucho más tranquila, y si veo que llego y está todo igual, me busco un trabajo y me voy al departamento de mi mejor amiga*

Analista: *es la primera vez que piensas esa posibilidad (...)*

(B. Vélez, comunicación personal, 28 de Julio de 2022) (Registro 28/07/2022)

Diana, al inicio de su internación, contenía mucha angustia, que muy a su pesar se obligaba a levantarse de la cama, comer, incluyendo la falta de interés en actividades, como así también su lucha contra las adicciones, sumándole su sensación de vacío constante. Sin embargo, a medida que avanzaban los días en la internación y todos los trabajos que conlleva eso, se podía observar un cambio notable en su actitud y pensamiento.

Diana de a poco se fue conectando con cuestiones que antiguamente la hacían feliz, por ejemplo, el canto. El poder proyectarse hacia un futuro, como dice ella “*no lo veo inalcanzable al poder cantar*”, generando otra manera de verse hacia ella misma, trabajando la confianza y dirigiéndose hacia sus deseos.

Desde un principio el trabajo interdisciplinar se guio en la potencialidad de estas jóvenes y no en sus faltas, de apoco las conversaciones iban buscando ramificar en vínculos más sanos para ellas, cómo el pensar irse del lugar en el que estaban, a vivir con su mejor amiga o su pareja:

Analista: *Hola Diana, ¿Cómo estás?*

Diana: *bien, tuve de visita a mi ex pareja, fue muy lindo, yo pensé que lo estaba arrastrando conmigo, pero no, él siempre estuvo cuando lo necesité*

Analista: *¿has pensado vivir con él?*

Diana: *Si, sólo quiero estar con él, volver a tener la pareja que teníamos*

Analista: *¿Cómo se llevaban?*

Diana: *muy bien, íbamos para todos lados, íbamos al parque a tomar mates. Estoy re feliz, siempre estuvo, pero no lo supe ver, ahora lo valoro, no veo la hora de salir afuera y que nos acompañemos en nuestros proyectos*

Analista: *si estamos hablando del alta con el equipo, estamos cerca, la psiquiatra quiere terminar de sacar el clonazepam y sus derivados, que se termine de sacar la dependencia. Has hablado mucho, lo que eso te permite expresarte y no tener que consumir, sacar el enojo*

Diana: *si no hay apuro, me estoy sintiendo bien.*

(B. Vélez, comunicación personal, 03 de agosto de 2022). (Registro N° 7, 03/08/2022).

Al estar tan inmersa en las problemáticas familiares, sentirse sola, recibir todo el tiempo comentarios agresivos hacia su persona, la hizo desenfocarse de lo que ella misma pudo construir con alguien fuera de su ámbito familiar, en este caso, su pareja. Ver la posibilidad de salir del lugar donde estaba imposibilitada, para habilitar unos acontecimientos nuevos, considerar nuevas opciones para su vida.

En el proceso de internación fue escuchada y validada, de a poco desaparecieron los sueños de consumo y el ejercicio dejó de ser una descarga de ira para convertirse en disfrute, también pudo abrirse con personas que estaban pasando por diferentes problemáticas en la vida.

En la historia de Magali también se vieron cambios importantes y saludables para ella, lo que nos lleva a inducir que el desarrollo de los procesos terapéuticos en crisis, interdisciplinarios y con un abordaje psicoterapéutico centrado en la palabra, en el apoyo y capaz de considerar aspectos vinculares de la problemática subjetiva fueron generadores de transformaciones tanto en las dinámicas interpersonales como en la experiencia subjetiva. Esto se manifestó de manera única en cada configuración terapéutica. Es importante destacar que esta noción de transformación no puede ser simplificada ni trasladada de manera lineal (Rojas, 2004).

Magali al estar contenida, acompañada, amparada en la clínica, pudo transformar cuestiones muy difíciles, del miedo desde los 5 hasta los 12 años de no poder denunciar lo que le estaba ocurriendo, porque pensaba que nadie le iba a creer, ha explayarse en su vínculo terapéutico

que no tenía ganas de tener contacto con sus padres, ni que vayan de visita a la casa de su hermano cuando ella estuviera, fue un avance muy importante, ya que se lo pudo comunicar a su hermano adoptante, la comunicación fue acompañada por un encuadre de su terapeuta y su asistente social *“Con un mes de internación la paciente se empieza a encontrar más tranquila (...), refiere estar de mejor ánimo, pero que no quiere tener contacto ni con su madre ni con su padre, porque la situación familiar le genera malestar y angustia “nunca hicieron nada”, “me echan la culpa a mí de todo”* (Registro N° 14/11/2022); el tomar distancia y comenzar a tomar conciencia de lo vivido, emergieron en Magali nuevas emociones que debían ser acompañadas: *“la licenciada comienza a hablarle de esta necesidad de su hermana, que es necesario que la cumplan porque ella aún tiene cuestiones, Magali no debe sentirse en peligro, ni con miedos, porque todo ha sido muy traumático y puede desencadenar síntomas importantes como lo que es que se le suba la tensión, dolores de cabeza, angustia, ya que la madre hace comentarios muy inadecuados. Su hermano dijo que él no quería hacer la denuncia, pero si es el caso para que ella este tranquila y en paz lo va a hacer, que con su mamá no habla, pero que su papá le dijo que no se iban a acercar ni la iban a molestar, que iban a respetar el espacio, pero si buscan quilombo, siguen haciendo comentarios, voy a tener que hacer la denuncia. Magalí dice que ella se quiere tomar este tiempo de no hablarle ni a la mamá ni al papi, para poder estar bien ella, a lo que el hermano le responde quédate tranquila, no voy a dejar ni que se acerquen te voy a cuidar”* (Registro N° 10, 18/08/2022).

Con el paso de las semanas de internación de Magalí, pudo expresar sus necesidades, sus emociones, lo que le parecía bien o no para su situación, al igual que al hacerlo participe a su hermano adoptante de su sentir y las decisiones que quería que se cumplan para ella estar mejor, Rojas (2004) plantea que no hay ese grande, determinante y místico pasaje en el cual algo cambia de una vez y para siempre; existen momentos diversos de «insight» o del que el sujeto pueda dar cuenta de sí; hay nuevas formas de pensar que no necesariamente están ligadas a una única significación nueva, pero obturante: se abre lo inaugural que opera y transita.

Lo inaugural para Magalí se encontraba en la adopción de su hermano mayor, donde *“las profesionales destacan su rol en esta situación tan difícil, a lo que el hermano le responde que ya le están pintando su nueva habitación para que se sienta cómoda, que la va a molestar su sobrina (...)* (Registro N°4, 16/11/2022).

El proceso de tramitar el alta comenzó mientras se hablaba con el juzgado para que salga bajo cuidado de su hermano. Magalí se encontraba contenta con respecto a esta medida, ya que decía sentirse bien tener un espacio en la casa del hermano y que le da seguridad (Registro N°4, 16/11/2022).

Se habló con SENAF para articular el alta médica y se trabajó con Magalí y el hermano como proceder en el afuera (Registro N°4, 16/11/2022).

Finalizó su internación y siguió yendo a la clínica a hacer tratamiento ambulatorio, la primera semana comentó que retomó cuestiones del colegio y que eso le hizo bien, luego que a veces tenía que hablar con su abogada y le traía mucha angustia, pero lo que hizo fue hablarlo con su hermano *“me sentí mal y lloré, pero conté todo”* (Registro N°4, 16/11/2022). Además, comentó que *“Ahora estoy en la casa de mi hermano y me siento mucho mejor, ellos me hacen sentir bien, me despejan la cabeza para que no piense en lo que sucedió y me ayudan a vivir tranquila, todo lo contrario, a cuando vivía con mis papás; ahora que denuncié me siento muy bien siento que esta excelente lo que estoy haciendo es lo que corresponde”* (Registro N°4, 16/11/2022).

Se encuentra viviendo con su hermano quien la adopta en la internación, su novia y la hija en común de dos años (Registro N°4, 16/11/2022).

Por su parte, lo inaugural que empezó a procesar Diana se pudo percibir en el siguiente diálogo con su terapeuta:

Analista: ¿y qué vas a hacer cuando salgas?

Diana: tratar de dejar el cigarrillo, ir al fono, buscar un trabajo, si las cosas no cambian, me voy de mi casa

Analista: es algo importante para tener en cuenta

Diana: me dejé destrozar mucho y no me lo voy a permitir nunca más, porque me veo muy bien. Voy a seguir el tratamiento y alejarme de personas que no quieren mi recuperación o que yo esté bien o que no entienden lo que necesito para estar bien

Analista: o acercándote a otras cosas también

Diana: sí.

(B. Vélez, comunicación personal, 19 de septiembre de 2022). (Registro N° 9, 19/08/2022).

Dos meses más tarde aproximadamente, fue a su análisis en consultorio externo y le expresó a su analista que *“su mamá la quiere enferma” y se va a vivir con su novio* (Registro N° 10, 12/10/2022).

La internación para ambas jóvenes fue el comienzo de un trabajo mucho más grande, donde se pudo reflejar que la contención, el acompañamiento y los vínculos forzaron nuevas maneras para encontrarle nuevos sentidos y elaborar proyectos para sus vidas, un camino por el que sí se pudo seguir, vivir y encontrar disfrute, como alude Najmanovich organizamos a la par que resignificamos historias. En el tiempo de internación nos encontramos con dos jóvenes con deseos de estar mejor, y a la pregunta del comienzo al ver sus historias del “¿Cómo se “es”?” nos encontramos con otra propuesta identificatoria dentro de la internación, al igual que ellas, porque con nuestro trabajo interdisciplinar en donde en estas historias tocó amparar y cuidar, ellas también pudieron tomar una nueva forma de auto cuidarse, encontrando su potencial para poder salir de lugares violentos, hogares que no fueron hogar, re-escribiendo sus historias.

9. CONCLUSIONES

La experiencia de las Prácticas Profesionales Supervisadas se presentó como requisito para la finalización de la carrera de Licenciatura en Psicología. El tránsito por este proceso me enriqueció tanto en lo profesional, afinando mi observación y escucha, pudiendo aplicar diversos conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, como en lo personal incluyendo una mirada más amplia, uniendo lo sociocultural, el contexto, los aspectos psicosociales. A través del trabajo de sistematización pude ir más allá de las lecturas teóricas, abarcando las propias vivencias de los actores, relaciones, situaciones, contextos que, a través del acto interpretativo, han permitido construir algo nuevo utilizando la reflexión crítica (Jara Holliday, 2011).

A partir de la bibliografía consultada y el análisis realizado, podemos establecer como conclusión que a lo largo de este trabajo se observó un patrón consistente de funcionamiento perverso en ambas familias, donde se manifestó a través de mecanismos como la desmentida y el mantenimiento de secretos. Estos elementos, enraizados en la negación de la realidad y de situaciones traumáticas, generaron un impacto negativo en la vida de las jóvenes afectadas.

En el caso de Diana, la falta de apoyo de su familia al revelar el abuso sexual sufrido y la expulsión de su hogar han evidenciado como se buscaba mantenerlo en secreto, sostenido por la desconfianza y la desestimación de la experiencia de Diana, esto reveló un patrón de violencia discursiva que perpetuó en la re victimización y la vulnerabilidad.

Magali, por otro lado, se enfrentó a un entorno donde la crueldad se tejió entre la amenaza constante de su hermano abusador y la desmentida sistemática de sus padres. La negación de los hechos, acompañada de acusaciones y culpabilización hacia Magali, ilustró la complejidad de las dinámicas familiares perversas, donde el secreto se convirtió en una herramienta de control y poder.

También arribamos a la conclusión de que estos modos de funcionamientos familiares que son constantes y acumulativos, explicaron los modos de arribar estas situaciones por las jóvenes, modos que se presentaron como intentos de suicidio, que en estos casos se conectaron con el peor de los desamparos por parte de su contexto que debería haber sido contendor, el desamparo simbólico, la desafectivización y la indiferencia intensificaron las angustias exacerbando la carga traumática, imposibilitando la metabolización saludable de estos hechos en sus vidas.

A lo largo de la experiencia, hemos examinado cómo el proceso de evaluación de riesgo suicida, la toma de decisiones sobre la internación, y el posterior tratamiento interdisciplinario son pasos cruciales en la atención de casos como los de Magalí y Diana. La apertura a diversas disciplinas, desde la medicina hasta la psicología, desde la enfermería hasta la terapia familiar, grupal, ofrece un abanico de recursos que enriquecen la comprensión y el acompañamiento terapéutico.

Dentro de la internación, exploramos el papel del psicólogo, donde sus intervenciones terapéuticas, como se observó en las sesiones con Diana y Magalí, implicaron la utilización de metáforas y ejercicios concretos que fomentaron la simbolización y la identificación de sus emociones. La analogía del semáforo, por ejemplo, proporcionó a Diana una manera de entender y comunicar sus sentimientos, permitiéndole navegar por un territorio emocional complejo de una manera consiente, donde no reinen sus impulsos o conductas autodestructivas.

Además, la terapia buscó la toma de decisión de las mismas jóvenes. La libertad de elegir cómo responder a situaciones difíciles se convirtió en un objetivo crucial del proceso analítico. En el caso de Magalí, se destacó la importancia de establecer límites saludables y tomar decisiones informadas hacia su hermano adoptante sobre cómo quiere seguir la relación con su madre y hermano abusador.

La tarea del psicólogo se amplió más allá de la mera escucha y disponibilidad afectiva, generando una potencialidad simbolizante para ayudar a construir significado y tejer un tejido imaginario más saludable.

El proceso terapéutico con Magalí y Diana evidencia la capacidad transformadora de los enfoques interdisciplinarios en situaciones complejas. La cita de Le Poulichet destaca la naturaleza dinámica y en constante evolución del psiquismo, señalando que cada acontecimiento nuevo desencadena un proceso de recomposición y apertura a nuevas posibilidades. Este marco teórico ilumina el camino para comprender las transformaciones singulares que emergen en el recorrido analítico de cada joven.

El análisis detallado de las sesiones con Diana y el seguimiento de Magalí postinternación revelaron la diversidad de cambios experimentados por estas jóvenes. Desde la falta de motivación y el enfrentamiento a las adicciones hasta el redescubrimiento de actividades que les generaban

bienestar, ambas protagonistas muestran una evolución notable en su actitud y perspectiva de vida. La presencia de figuras significativas, el respaldo terapéutico y la apertura a nuevas opciones se presentan como factores clave en este proceso de cambio.

En el caso de Magalí, la transformación se evidenció en la capacidad para expresar sus necesidades y emociones, desde el momento de tramitar el alta hasta su adaptación en el nuevo entorno familiar, resaltando la importancia de figuras de apoyo sólidas. La continuidad de su tratamiento ambulatorio y la reapropiación de aspectos académicos indicaron un progreso, subrayando el acompañamiento interdisciplinar en este nuevo momento de su vida.

Por su parte, Diana experimentó una reconexión con sus deseos, como el canto, la aparición de un otro, el diálogo sobre la posibilidad de vivir con su ex pareja y el deseo de proyectarse hacia un futuro reflejan una reconexión con la vida, su firme determinación para rechazar situaciones perjudiciales y buscar nuevas formas de autocuidado reflejó una notable evolución en su percepción de sí misma y su entorno, marcando un cambio significativo que reveló el impacto positivo del trabajo terapéutico en su vida.

En ambos casos, el proceso de alta y la transición a la vida cotidiana se gestionaron con un enfoque preventivo y proactivo. Las nuevas formas de afrontar los desafíos, el fortalecimiento de vínculos saludables y la construcción de un proyecto de vida auténtico se presentaron como resultados tangibles de la intervención terapéutica.

El proceso de transformación no solo se manifestó en el plano individual, sino que también incidió en la reconfiguración de los vínculos familiares y sociales.

El trabajo interdisciplinario, enfocado en las potencialidades de estas jóvenes, se orientó a la búsqueda de vínculos más saludables y a fomentar la conexión con la vida. En conclusión, estas historias subrayaron la importancia de ofrecer un espacio terapéutico que permita la expresión y reflexión sobre las experiencias personales, facilitando así procesos de transformación significativos.

En última instancia, es importante destacar que el proceso terapéutico no es lineal ni estático. Son valorables estos cambios, pero es un trabajo constante, donde estas evoluciones son el principio de un trabajo mucho más grande.

Para finalizar dejo un pequeño relato de Hartmann (2008):

Freud relata una escena de un niño que no podía dormirse por el terror y angustia que le daba la oscuridad. Entonces le pide a su tía:

-Tía, decime algo, tengo miedo porque está todo muy oscuro.

A lo que ella responde:

- ¿y de qué te serviría, si de todos modos no podés verme?

Y el niño concluye:

-Eso no importa. Hay más luz cuando alguien habla.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelleira, H. (2009). *El abuso sexual infantil en la familia: catástrofe en los vínculos, complejidades del abordaje interdisciplinario*. [Abelleira - El abuso sexual en la familia.pdf](#)

Álvarez, G. (2021) Urgencias en salud mental. En L, Dionisio. *Psiquiatría para médicos: nociones clínicas, diagnósticas y terapéuticas*. (361-365). Tinta Libre Ediciones.

Ameigeiras, Aldo Rubén. (2006). “El abordaje etnográfico en la investigación social”. En Vasilachis de Gialdino, Irene. *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 107-151). Barcelona: Gedisa.

Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro (s): ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.

Clínica Privada Saint Michel (2022). Recuperado el 11 de junio de 2022 en: <http://saintmichelsrl.com.ar>.

Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). Código de ética del Colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba. Recuperado de legisalud.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf

Escobedo Sanchez, P.A. (2008). *Psicología clínica*. Editorial El Manual Moderno.

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría*. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 1-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>

Gomel, S., & Matus, S. (2011). Funcionamientos con productividad perversa (pp. 139-157). *Conjeturas Psicopatológicas: clínica psicoanalítica de familia y pareja*. Buenos Aires, Argentina. Psicolibro Ediciones.

Guber, R. (2004). El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo (pp. 323-323). Buenos Aires: Paidós.

Hamuy, Erica y Lucero, Andrea (2019). Estrategias clínicas. Movimientos e intervenciones en la Clínica Psicopedagógica actual. *El tiempo y los vínculos*, 1 (318), 103-116. www.aappg.org/wp-content/uploads/Revista-Completa-AAPPG-2019.pdf

Hartmann, Alice (2008, 10 de noviembre). Tía hay más luz cuando alguien habla. *Fort Da Revista de Psicoanálisis con Niños*. <https://www.fort-da.org/fort-da10/hartmann.htm>

Jara Holliday, O. (2011). Orientaciones teórico- prácticas para sistematización de experiencias. Biblioteca electrónica sobre sistematización de experiencias. Recuperado de http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf

Ley N° 7106 de disposiciones para el ejercicio de la psicología. (1984). Recuperado de http://fepra.org.ar/feprav3/documentos/leyes_ejercicio_provincias/Cordoba_Ley7106.pdf

Marcelo N. Viñar, M.N (2013). La mirada a las adolescencias del siglo XXI (pp. 11-50). *Mundo adolescente y vértigo civilizatorio*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Marcelo N. Viñar, M.N (2013). Vértigo civilizatorio. Noveduc (pp. 51-60). *Mundo adolescente y vértigo civilizatorio*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Marcelo N. Viñar, M.N (2013). Adolescencia y campo dialógico (pp. 61-84). Mundo adolescente y vértigo civilizatorio. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Marcelo N. Viñar, M.N (2013). Violencia y marginalidad. Centro y margen (pp. 85-104). Mundo adolescente y vértigo civilizatorio. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Marcelo N. Viñar, M.N (2013). Sobre trauma y vulnerabilidad (pp. 105-149). Mundo adolescente y vértigo civilizatorio. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Marcelo N. Viñar, M.N (2013). ¿Cómo pensar la condición de sujeto humano del tercer milenio? (pp. 151-167). Mundo adolescente y vértigo civilizatorio. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Nasio, JD (2005). ¿Qué es un caso? (pp. 15-39). En *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós

Najmanovich, D. (2005). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencias (pp. 45-53). El juego de los vínculos: subjetividad y redes: figuras en mutación. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Najmanovich, D. (2005). Dinámica vincular: territorios creados en el juego (pp. 69-84). El juego de los vínculos: subjetividad y redes: figuras en mutación. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Portilla Arroyo, J, I. (2004). Evaluación del riesgo de suicidio en los servicios de urgencias. En J, Bobes García. P, A, Saiz Martínez. M, P, García-Portilla Gonzales. M, T, Bascarán Fernández. M, Bousoño García. Comportamiento suicida prevención y tratamiento. (282-288). *Ars Medica*.

Rojas, M. C. (2004). Dispositivo analítico familiar: finales de análisis. *Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, 2, 195-213. <https://www.aappg.org/wp-content/uploads/2004-N%C2%BA1.pdf#page=187>

Rojas, M. C. (2000). Modelizaciones en psicoanálisis familiar: aproximación teórico-clínica a la familia de hoy. *Psicoanálisis de las configuraciones vinculares: revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 87-107.

Rojas, M.C (2019), Pensamiento vincular entre el hoy y el mañana. El tiempo y los vínculos, 1 (318), 160-172. www.aappg.org/wp-content/uploads/Revista-Completa-AAPPG-2019.pdf

Ulloa, F. (30 de octubre de 2009). *Desamparo y Creación – Parte I*. El Psitio. <https://www.elpsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=2112>

Yuni, J., & Urbano, C. (2006). Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación II. Brujas.

Zirlinger, S. (2000). Semblantes y destinos de la violencia psicológica. *Psicoanálisis de ApdeBA*, XXII(2).