

ABUSO SEXUAL INFANTIL Y EL INVESTIMIENTO/ DESINVESTIMIENTO LIBIDINAL DEL CUERPO SEXUADO GENITALMENTE

CHILD ABUSE AND THE LIBIDINIZATION/DELIBIDINIZATION OF THE GENITALLY SEXED BODY

Franco, Adriana¹; Gómez, Valeria²; Toporosi, Susana³; Germade, Agustina⁴; Santi, Gabriela⁵; Woloski, Graciela⁶; Peñaloza, Nancy⁷; Tkach, Carlos⁸; Pucci, M. Victoria⁹; Raschkovan, Ivana¹⁰

RESUMEN

La presente investigación clínica se propone evaluar cuáles son los efectos del abuso sexual infantil en la apropiación subjetiva de la sexualidad genital de adolescentes que han sido abusados sexualmente en la infancia. Uno de los objetivos planteados en la investigación es explorar la relación entre el abuso sexual infantil y el investimento/desinvestimento libidinal del cuerpo sexuado genitualmente. Este objetivo se abordará en el desarrollo del artículo. En el marco de un diseño exploratorio, se ha trabajado con una muestra finalística conformada por ocho adolescentes, siete mujeres y un varón, que han sido abusados sexualmente en la infancia y que realizan o han realizado tratamiento psicoterapéutico. La fuente de datos han sido los materiales clínicos elaborados por los psicoanalistas a cargo del tratamiento de cada adolescente. El procedimiento de análisis ha sido cualitativo, de tipo hermenéutico. En el análisis de estos materiales clínicos nos abocamos a analizar los trabajos psíquicos que realizaron los adolescentes para investir libidinalmente el cuerpo sexuado genitualmente, y las dificultades para que se desplegara dicho proceso.

Se adjuntan las tablas elaboradas para el presente trabajo sobre siete de los ocho materiales clínicos que componen la muestra, como los datos significativos de las historias clínicas.

Palabras clave:

Abuso sexual infantil - Adolescentes - Investimento/Desinvestimento libidinal - Cuerpo sexuado

ABSTRACT

This research has the goal of assessing the effects of child abuse in the subjective appropriation of genital sexuality in adolescents who have been sexually abused in their childhood. To accomplish this, we will: explore the link between child abuse and the libidinization/delibidinization of the genitally sexed body.

Using an exploratory framework, we have worked with a sample of seven adolescents who have been sexually abused in their childhood and have undergone psychotherapeutic treatment. The source for our data were the clinical records kept by the psychoanalysts who lead each adolescent's treatment.

In the assessment of these clinical records we focused in the analysis of the psychic works done by the adolescents in order to libidinize the genitally sexed body, and the difficulties in deploying such process.

Key words:

Child sexual abuse - Adolescents - Libidinization/delibidinization - Sexed body

¹Lic. en Psicología. Prof. Reg. Adj. de Clínica de Niños y Adolescentes, UBA. E-mail: adrifranco_2004@yahoo.com.ar

²Magister en Psicología Educacional Lic. en Psicología. Profesora en Psicología. JTP Reg. de Metodología de Investigación psicológica (Cátedra II), Facultad de Psicología. UBA.

³Lic. en Psicología Psicoanalista de niños y adolescentes.

⁴Lic. en Psicología. Especialista en psicoanálisis con niños.

⁵Lic. en Psicología.

⁶Lic. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes.

⁷Lic. en Psicología. Profesora Universitaria de Psicología. Ayudante de primera en la Cátedra Clínica de niños y adolescentes, Facultad de Psicología, UBA.

⁸Dr. en Psicología, UBA. Prof. Adj. Reg. de Clínica de Niños y Adolescentes, Facultad de Psicología, UBA.

⁹Lic. en Psicología. Psicoanalista de niños y adolescentes.

¹⁰Lic. en Psicología. Ayudante de Primera en la Cátedra de Psicopatología Infante Juvenil, UBA.

Introducción

Nuestro trabajo de investigación¹ está orientado a evaluar cuáles son los efectos del abuso sexual infantil en la apropiación subjetiva de la sexualidad genital de adolescentes que han sido abusadas/os sexualmente en la infancia y se encuentran en tratamiento psicoterapéutico.

En esta oportunidad, nos proponemos explorar la relación entre el abuso sexual infantil y el investimento/desinvestimento libidinal del cuerpo sexuado genitalmente en las siete adolescentes mujeres de la muestra. Mostraremos el estado de avance de nuestro estudio al respecto. Cabe aclarar que estamos transitando una fase exploratoria de la investigación clínica, estableciendo por tantos las primeras categorizaciones teóricas del objeto de estudio y realizando el procesamiento de datos y análisis preliminar de siete de los mismos. Hemos querido dejar constancia en este artículo, de este momento particular de trabajo del equipo, enfatizando la dimensión procesual, más que resultadista de la investigación. Esta decisión se sustenta en el incipiente desarrollo de las investigaciones clínicas sobre el tema.

Respecto al estado de arte hemos constatado que las investigaciones sobre sexualidad y afectividad en la adolescencia son muy escasas. En el relevamiento de investigaciones clínicas nacionales e internacionales hallamos una vacancia significativa de conocimiento en el terreno de la sexualidad en adolescentes abusadas/os.

En un informe respecto a las investigaciones argentinas sobre sexualidad en la adolescencia (1983-2006), Chavez (2009) afirma que la mayoría de los estudios recientes están centrados en el análisis de las prácticas sexuales y reproductivas, edad de inicio de las relaciones sexuales, uso de métodos de anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Gogna (2005, en Chavez, 2009) ha realizado un estado del arte sobre las investigaciones en sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina en la década del noventa, ofreciendo un panorama actualizado sobre resultados y métodos de estudio sobre la problemática. Señalan que la mayoría son de tipo cuantitativo, realizados en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Ambas coinciden en el estado de vacancia de la temática que investigamos y coincidimos en la necesidad de realizar investigaciones que aporten herramientas terapéuticas con el fin de mitigar los efectos devastadores del abuso infantil en la subjetividad y sexualidad de los adolescentes.

Otra de las investigaciones relevadas es una investigación sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes realizada en Uruguay (López Gómez, 2005). En el estado de arte presentado, coinciden en que la producción de investigaciones publicadas es muy escasa; tratándose de seis estudios específicos en diez años (1995, 1996, 1998, 1999, 2001 y 2004). Afirman que los estudios sobre sexualidad y adolescencia siguen siendo marginales y/o invisibles. Se describió a los y las adolescentes como: sujetos condicionados socialmente a vivir de forma diso-

ciada, la sexualidad y la afectividad. Es este punto que nos resulta una referencia significativa para nuestra investigación, ya que la exploración de este tópico constituye uno de los objetivos de nuestra investigación.

Respecto a la relación de las y los adolescentes con el cuerpo y la sexualidad, enfatizan que la relación del sujeto con el propio cuerpo se construye desde la infancia, en relaciones tempranas con los progenitores y se sostiene que niños y niñas que crecen en contextos de privación económica y emocional, sufren un impacto negativo que incide profundamente sobre sus posibilidades de desarrollo.

Varios de los casos clínicos, unidades de análisis de la investigación manifiestan estas características respecto a sus familias y ambientes afectivos.

Estos autores afirman que los medios ponen a disposición, legitiman y silencian representaciones, modelos, imágenes, valores y creencias también en el terreno de la sexualidad. Plantean que existe una estrecha relación entre la percepción y actitud hacia el propio cuerpo y la información que los y las adolescentes disponen sobre el mismo. Para otros en cambio, el eje se definiría por la posibilidad de “apropiarse” del cuerpo, entendiendo que un mayor caudal de información no genera de por sí este proceso de apropiación.

Coincidimos con esta última posición respecto al vínculo entre apropiación subjetiva del cuerpo y capacidad para vivir con placer la sexualidad y el punto de vacancia que encontramos es cómo se constituye y subjetiva el cuerpo genitalizado por la pubertad si se han padecido una o varias situaciones de abuso sexual en la infancia. Especialmente cuando fueron realizadas por personas ligadas afectivamente a la víctima.

Otra investigación realizada en Chile (González, Molina, Montero, Martínez N, Leyton, 2007) sobre comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitarios, se aproxima a uno de los objetivos de nuestra investigación ya que observan que «el amor» como motivo para tener relaciones sexuales ha ido disminuyendo, mientras que «basta que ambos lo deseen» ha ido en aumento. Esta observación nos plantea un interrogante acerca de la relación entre la disociación de afecto y sexualidad como efecto de lo traumatogénico del abuso sexual o como efecto de una presión socio-cultural de apresurar las experiencias sexuales antes que se haya inscripto psíquicamente, la sexualidad genital puberal. En esta línea cabe destacar la obra de Mario Margulis (2003) quien, con su equipo, abordó los mandatos culturales referidos a la constitución de relaciones afectivas, a la sexualidad y el amor en jóvenes de Ciudad de Buenos Aires y algunas localidades del conurbano.

El artículo está organizado en cuatro apartados:

- 1) Fundamentos teóricos sobre los trabajos psíquicos que tiene que realizar el adolescente para investir libidinalmente el cuerpo sexuado genitalmente;
- 2) Aspectos relevantes del método que sustentan la modalidad del trabajo de campo y de producción de los datos;
- 3) Resultados. Este apartado se subdivide en dos: 3.1.)

¹Proyecto UBACyT CP 03. Programación 2011-2013: Apropiación subjetiva de la sexualidad genital en adolescentes que han sido abusados sexualmente en la infancia.

Categorías de análisis y procesamiento del material empírico: presentamos seis categorías que nos permiten investigar en el material clínico la trama de los procesos subjetivos de inscripción de la genitalidad; con la intención de caracterizar conceptual y empíricamente cada categoría a la luz de la singularidad de cada caso y 3.2.) Síntesis de los resultados obtenidos en el análisis de los materiales clínicos de las adolescentes que conforman la muestra;

4) Conclusiones: aquí exponemos conjeturas preliminares acerca del investimento/desinvestimento libidinal del cuerpo en los siete casos clínicos analizados.

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La pubertad marca el comienzo de transformaciones en el cuerpo con el desarrollo de los órganos genitales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios que van a autorizar, por lo menos potencialmente, a practicar relaciones sexuales genitalizadas. Pero estos cambios no necesariamente determinarán el modo en que se produzcan los cambios intra-psíquicos posibilitadores o no de arribar a una libidinización satisfactoria del cuerpo genitalizado.

Las modalidades que adquiere la sexualidad en las/os adolescentes estarán determinadas por los trabajos psíquicos de inscripción de la genitalidad de cada subjetividad en particular, enmarcados en los mandatos político, de género, de clase social y de la cultura a la cual pertenece cada adolescente.

Desde el psicoanálisis varios autores entre los que se encuentran Phippe Gutton (1993), Didier Luru (2004, 2005), Philippe Jeammet (1990), Donald Winnicott (1989), Piera Aulagnier (1977; 1980) entre otros y entre los nacionales, Cristina R. de Hornstein (2006), Hugo Lerner (2006), Susana Sternbach, (2006) Ricardo Rodulfo (2004), Susana Toporosi (2003), Adriana Franco (1995, 2003^a; 2003b), han reflexionado sobre los trabajos psíquicos que llevarían a que el sujeto adolescente pueda posicionarse reconociendo al otro en su diferencia sexuada, y como objeto total, no como objeto parcial de placer. Es importante también poder consignar cuál es el posicionamiento de los adultos que constituyen el ambiente familiar y social del adolescente, aunque no pongamos el foco en ello en la presente investigación.

Didier Luru (2000) plantea que el adolescente: a) debe pasar por un primer momento de sexuación: situarse en su sexo soportando los significantes de su sexo anatómico. Encontrará a través de los otros los límites de su bisexualidad psíquica. b) Una vez situado en su propio sexo, se verá confrontado a sus elecciones de objeto que se le imponen, en la mayoría de los casos. c) La masturbación es intensa como eco de un autoerotismo infantil. El otro es cosificado pero adquirirá sin embargo una consistencia en la construcción de su fantasma. d) El otro, el objeto sexual nuevo, se distinguirá de los objetos edípicos y llegará a tener el rango de persona total objeto de amor. e) Mediante una báscula de identificaciones, las identificaciones parentales pasan ahora a identificaciones con los pares: con figuras heroicas, míticas, (estrellas, actores, deportistas, etc.) Esta traslación no siempre es fácil. f)

Coincide con Freud al afirmar que la corriente tierna va a preceder a la corriente sexual en la mayoría de los casos. Dicha corriente tierna forma parte del "amor verdadero", contrariamente al amor sensual que se limita a la satisfacción de la necesidad sexual y que disminuye la atracción del objeto una vez obtenida la satisfacción. Estas dos tendencias a veces permanecen separadas, o logran integrarse.

François Marty (2004), sostiene que en la adolescencia es una necesidad desinvertir al objeto (a los objetos parentales incestuosos y al cuerpo de la infancia), pero no lo es, en cambio, desinvertir la actividad de relación con los objetos y consigo mismo. Si hay desinvertimiento de estos últimos, el riesgo de violencia actuada es mayor. Con la entrada a la genitalidad se asiste a una modificación esencial en la elección de objeto. Los objetos de amor devienen extrafamiliares y los padres quedan relegados a último plano. Por tanto, hace falta una sólida base narcisista para soportar resistir las desilusiones que trae tal experiencia.

Por su parte, Didier Luru (2005) ancla también su mirada en la relación con el propio cuerpo en la adolescencia y la importancia del grupo de pares. En su texto *La locura adolescente* señala que, en este período, el narcisismo tambalea debido al distanciamiento que surge entre el niño ideal o idealizado de los padres y la realidad de aquello en lo que el adolescente se ha convertido. Es en este período, ante el empuje de la pubertad y de las transformaciones corporales, que las pulsiones se genitalizan; y las identificaciones comienzan a vacilar. De este modo, el adolescente se encuentra en pleno déficit de identificaciones y se ve obligado a modificar sus fuentes de aportes narcisísticos, apoyándose en los grupos de pares.

Miedos y angustias se conjugan, articulados con el advenimiento del cuerpo púber. Existen dos razones principales para esto: 1) El abandono de las referencias de la infancia y el de las identificaciones que, hasta entonces, le daban una base narcisística suficiente como para evitar la aparición de la angustia. 2) La reorganización pulsional, que tiene por consecuencia el surgimiento del cuerpo sexuado, de la genitalidad, así como el retorno de los conflictos edípicos.

Muy a menudo, experimenta una inquietante sensación de extrañeza. Se encuentra simultáneamente cercano a ese otro en el espejo, y siente que ya no es del todo él mismo. El adolescente, considera a su cuerpo como exterior a él. Lo real del cuerpo no puede subjetivarse. Es una operación que debe ir acompañada por intentos de simbolización de lo real pubertario psíquico.

Antonio Pignatiello (2004) afirma que es preciso acudir a la perspectiva psicoanalítica sobre el trauma como realidad psíquica, en la que la etiología que se deriva no es producto solo del impacto de un hecho objetivo, sino que resulta de operaciones subjetivas que constituyen a la vivencia como trauma.

El trauma no se instala como tal en el momento de la ocurrencia del evento que en sí mismo, puede no tener especial intensidad. Tiene que haber un segundo momento, usualmente luego de la pubertad, en el cual un nuevo

encuentro con la sexualidad despierta la huella del evento pretérito resignificándola. La escena abusiva se vuelve traumática alcanzando al sujeto desde el recuerdo con una intensa carga de afectos displacenteros, especialmente de angustia.

Siguiendo esto último, podemos incluir el mecanismo de *disociación*.

Irene Intebi (2011) lo considera como “*un complejo psicofisiológico proceso que produce una alteración en el estado de conciencia*”. Durante el proceso, los pensamientos, los sentimientos y las experiencias no son integrados a la conciencia ni a la memoria del individuo. Un fenómeno disociativo siempre está acompañado por dos características: a) pérdida de la sensación de la identidad propia y b) un trastorno de la memoria que puede manifestarse como amnesia frente a hechos vividos.

Bettina Calvi (2006) en *Abuso sexual en la infancia* aborda los procesos subjetivos posteriores al traumatismo. Para ello se apoya en los desarrollos de Silvia Bleichmar (2010) quien sostiene que: a) en primera instancia se encuentra el intento de evacuación que se caracteriza por el retorno de las imágenes, la compulsiva reaparición de lo vivido y el intento de evacuación para evitar los procesos de desestructuración. El sujeto realiza un intento de recomponer la membrana del yo. Esta acción psíquica reviste características similares a las depresiones: el repliegue, la desconexión de todo aquello que lo rodea, la apatía. b) Pasado algún tiempo, el psiquismo se recompone con una organización diferente de la previa que puede ser una forma de organización superior o bien una forma neurótica.

A estos efectos del traumatismo, se pueden agregar las siguientes modalidades de tramitación:

a) *Procesos de desmantelamiento psíquico*: presentan apariencia depresiva por la apatía y la falta de deseo de vivir, pero no son del mismo orden que los fenómenos postraumáticos clásicos. Se trata de sujetos que se abandonan perdiendo toda capacidad autoconservativa y autopreservativa del yo.

b) *Estado de aturdimiento y falta de conciencia*: estado de una percepción sin conciencia, una sensorialidad sin registro representacional. Suelen no recordar las características del episodio mientras intentan convencerse a sí mismos de que en realidad eso nunca pasó. Negación que de sostenerse arrasará el psiquismo con efectos devastadores.

c) *Arrasamiento*: El abuso sexual infantil y más aún el incesto paterno-filial es algo tan destructivo que también *arrasa* con los instrumentos de registro del hecho traumático. Por lo tanto, muchas veces no hay registro. No tiene nombre, es imposible de simbolizar, es por eso que los niños recurren a las palabras de la madre o de otro adulto que los sostiene para atravesar la situación.

d) *Evocación desafectivizada*: cuando niñas, niños y/o adolescentes que han sido abusados se ausentan de sus propias percepciones dado que les resulta imposible ligar el afecto experimentado con cualquier pensamiento sobre lo que vivieron y que muchas veces es negado por el entorno.

Estas modalidades defensivas de tramitación han guiado parte de nuestro trabajo de rastreo en los materiales clínicos.

Un autor que es un importante referente y realiza un aporte para la presente investigación, es Philippe Gutton (1993) quien en su texto *Lo puberal*, sostiene lo inédito de la experiencia puberal que consiste en la representación psíquica de la sexualidad genitalizada y la complementariedad narcisística de los sexos. Es trabajo de la Adolescencia lograr el proceso de desinversión de los padres de la infancia y poder constituir fantasías incestuosas puberales que quedarán sepultadas en el inconsciente. Estas *escenas puberales* se constituyen sólo si los padres o sustitutos parentales respetan la prohibición del incesto. Denomina Violencia Puberal a la seducción de los padres hacia el adolescente, y afirma que este no podrá constituir las *escenas puberales*, porque están demasiado presentes físicamente y el peligro de incesto es real. Así mismo, plantea que la representación psíquica de la sexualidad genitalizada por la pubertad se logra a partir del encuentro subjetivo con pares del mismo sexo con quienes se identifican y con la atracción que generan en el sexo opuesto. Gutton (1993) nos deja terreno fértil para investigar en la clínica con adolescentes los efectos potencialmente traumáticos de la ausencia de distancia entre las generaciones y de la intromisión física y/o psíquica de la sexualidad del adulto en el niño.

2. ASPECTOS RELEVANTES DEL MÉTODO

En esta fase de la investigación trabajamos con un diseño metodológico de carácter exploratorio (Samaja, 1994), dado que el estado de arte muestra vacancia de conocimiento respecto a investigaciones de psicología clínica en el tema. El diseño estuvo especialmente orientado a: (i) obtener una familiarización con los fenómenos que comprenden el objeto de estudio, (ii) sistematizar estrategias confiables para la producción del material empírico, (iii) generar categorías teóricas de análisis y evaluar su validez para la interpretación del material clínico.

La *muestra* estuvo conformada por ocho Adolescentes, siete mujeres y un varón², que han sido abusados sexualmente en la infancia y que realizan o han realizado tratamiento psicoterapéutico en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; en el Centro Asistencial “Dirección General de Salud y Asistencia Social”, Equipo de Atención de la Dirección de Niñez y Juventud de Morón provincia de Buenos Aires y en consultas privadas.

Se trata de una muestra finalística o intencionada, es decir, que se eligen las unidades, según características que para los investigadores resulten de relevancia (Sabino, 1996). La elección se ha establecido según el criterio de muestreo teórico (Glasser y Strauss, 1980): se intentó realizar un abordaje exhaustivo basado en la maximización de la heterogeneidad de casos. La validez de este tipo de muestra es sustantivo, con la finalidad de asegurar profundidad y riqueza en los datos (Samaja, 1994). Cabe aclarar que los nombres que se exponen para identificar

²Una síntesis de los materiales se adjunta como Anexo 1

los casos, son de fantasía para resguardar el anonimato de las pacientes.

La *fente de datos* estuvo conformada por materiales clínicos. Cada uno de los materiales fue elaborado por el psicoanalista, integrante de este equipo de investigación, que llevó a cabo el tratamiento de la o del adolescente perteneciente a la muestra.

La construcción de este material empírico estuvo guiada por los objetivos y preguntas delimitados en el proyecto de investigación.

Realizamos un análisis cualitativo -de tipo hermeneúutico- de las viñetas: interpretamos los fragmentos clínicos desde el marco teórico de la investigación, a fin de categorizarlos según diversas dimensiones de análisis.

3. RESULTADOS

3.1. Categorías de análisis y procesamiento del material empírico

Hemos construido las siguientes categorías para estudiar el procesamiento psíquico de la inscripción de la genitalidad en cada adolescente:

- Sintomatología e inhibiciones que presenta cada adolescente
- Relación con los otros (lugar que ocupan los pares)
- Relación con los objetos parentales incestuosos
- Relación con el propio cuerpo (trabajo de inscripción del cuerpo en la pubertad)
- Sexualidad genital
- Estados del yo frente a lo traumático

En el cuadro que exponemos a continuación (Anexo II), queda ilustrada sintéticamente la vinculación entre cada categoría y el material empírico:

Si la lectura se hace por fila, podrá verse el análisis de las categorías por cada caso.

Si la lectura se realiza por columna, podrá observarse el análisis de cada categoría atravesando los siete casos.

Queremos destacar, que el procesamiento de la información lo hemos realizado atendiendo a la singularidad de cada caso: la intención fue la de evitar cualquier forzamiento en el intento de incluir el material empírico en alguna categoría. Para ello fuimos encontrando las viñetas más representativas de cada categoría y, a su vez, fuimos subcategorizando teóricamente a la luz de las viñetas clínica. Este último trabajo permitió la elaboración de dimensiones más precisas de análisis para cada categoría general. Estas dimensiones se pueden ver en el cuadro, presentadas con letra en negritas.

A fin de ilustrar la vinculación entre cada dimensión y el material clínico, exponemos a continuación de cada dimensión las viñetas correspondientes (esto puede encontrarse como cita textual de lo manifestado discursivamente en sesión por la adolescente o a modo de paráfrasis reconstruido por la terapeuta y equipo de investigación)

TABLA I (Ver al final del texto como Anexo 2)

3.2. Síntesis del análisis de datos

¿Con qué nos encontramos?

a) Se repiten: en primer lugar aislamiento y dificultades para estudiar; luego episodios de agresividad, atracones y vómitos, pesadillas, insomnio, compulsiones ligadas a higiene, intentos de suicidio, inhibiciones corporales. También aparecen: enuresis, desgano, miedo a la muerte, robos, angustia intensa, cortes.

b) Se observan dificultades en el vínculo de confianza con pares, huida del contacto físico con varones. En algunos casos aparece la preferencia de relacionarse con varones, y en otros casos la preferencia de relacionarse con chicas.

c) Predominan intensamente la dificultad de distanciarse de los objetos incestuosos, y los intentos de tomar distancia de padres que no las discriminan.

d) Se repite: exposición de su cuerpo provocativamente, rechazo de su cuerpo y/o vergüenza de su cuerpo sexual. También aparecen: insatisfacción con su propio cuerpo o alguna parte, repliegue, preferencia de gimnasia por sobre tener relaciones sexuales, conductas de autoagresión con su cuerpo, exigencia de tener un cuerpo perfecto, masturbación intensa para calmarse, embarazo, culpa y aborto; tatuajes y piercings.

e) Se repite: el desgano para tener relaciones sexuales, no tener conductas sexuales promiscuas, no tener conductas abusivas sexuales con otros, no sentir nada en las relaciones sexuales y sólo querer complacer al otro, inhibiciones para tener relaciones sexuales.

También aparecen: preferencia de hacer gimnasia por sobre tener relaciones sexuales, no tener orgasmos, en un caso no soportar que su *partenaire* se coloque detrás de ella, sentirse mirando desde afuera lo que ella misma hace en las relaciones sexuales, conflictos en la elección de objeto sexual.

Temor a tener conductas abusivas con otros.

En un solo caso aparece el placer de estar con chicos que le gustan.

f) Predomina ampliamente la presencia de reviviscencias traumáticas. Se repite la presencia de estados disociativos. Aparece también: evocación. desafectivizada, estado de aturdimiento, sueños de angustia, confusión.

En el relevamiento de los ítems investigados según la guía elaborada por el equipo hallamos que:

- Excepto en una de las historias, el caso Lucía, encontramos conductas abusivas con menores y masturbación compulsiva, mientras que en las otras historias clínicas no.

- Sólo en un material se observan conductas promiscuas.

- Los afectos expresados tienen que ver en muchos casos con sensaciones corporales de asco, a veces llegando al vómito y a síntomas instalados de bulimia. La bronca y la impotencia llevan no pocas veces a volver contra sí mismo la agresión lastimarse, aislarse, masturbarse compulsivamente, e intentos de suicidio.

- El vómito como materialización del rechazo y la indignación por sentirse manipulado se resuelven de múltiples maneras, no siempre pudiendo ser escuchados en el ámbito donde se perpetra el daño, a veces disocian lo

sentido y sienten culpa por transformación en lo contrario y entonces sienten que son ellas las provocadoras de tal situación.

- En otras ocasiones aparece anestesia de sensaciones y parálisis aumentada por el terror por el descontrol y la incertidumbre a la que se ve sometida. Otro destino de la experiencia es reprimida y negada, apareciendo luego como núcleos disociados de afectos desagradables sin contenidos ideativos ligados.

- El encuentro de dos lenguas diferentes se presentifica: una, la lengua del niño que espera ternura, lectura de cuentos y juegos infantiles; y la otra, una lengua de pasión, y de excitación sexual.

- La vergüenza aparece como pudor por las sensaciones despertadas, otras vergüenzas por verse sometido a situaciones no buscadas e incomprendidas.

Modalidades de vincularse con el otro en los casos estudiados y lo esperable respecto a los trabajos puberales o los de adolescencia

Malena

Se observa que no ha habido una plena inscripción psíquica del cuerpo genitalizado, al contrario se muestra muy añorada respecto a su cuerpo y lo que éste despierta en el sexo opuesto. Dice ser virgen y no tener deseo de relacionarse sexualmente con ningún chico. No se observan conflictos respecto a su identidad sexual. Inhibición generalizada.

Loli

En esta familia se obstaculiza la posibilidad de salida de lo intrafamiliar a lo extrafamiliar como trabajo adolescente a realizar.

La vivencia traumática al momento del abuso fue acompañada de sensaciones de asco, bronca e impotencia. También aparecen sueños de angustia a repetición y conductas compulsivas como lavarse las manos varias veces por sentir las pegajosas y tocarse la nariz hasta lastimarse.

Desde su aspecto físico tiene un cuerpo en el que las marcas de la pubertad son evidentes y ella no lo oculta, pero en su relato aparece la vergüenza fundamentalmente en relación a sus pechos los cuales su padre solía “elogiar” siempre. También aparecen conductas de autoagresión.

Si bien no oculta su cuerpo, lo expone y lo agrede infligiéndose cortes.

Respecto del vínculo que tiene con pares del mismo sexo, refiere tener buen vínculo, tiene amigas y alguna de ellas también ha padecido abuso sexual motivo por el cual suele hablar con ellas al respecto. Es poco lo que la dejan salir y suele quedarse en su casa cuidando de su hermana o a cambio para poder salir su padre abusa de ella. Se encuentra dificultada la salida exogámica.

Lucía

Fallas en los trabajos adolescentes de constitución del grupo de pares y en establecer diferencias con lo familiar.

Masturbación como estimulación de órgano que la ubicaba como degenerada respecto a sentir placer con la estimulación de sus genitales por parte del abuelo en la niñez. Imposibilidad de conectarse afectivamente con quien tiene sexo placentero y viceversa, tener sexo con quien se siente ligada por la corriente de ternura.

Flavia

Dificultad para constituir lazos con pares y una inhibición afectiva generalizada. Podemos conjeturar que su falta de deseo sexual y dificultades para sentir placer con sus parejas son resultado de no haber podido libidinizar su genitalidad por ligarse a la experiencia de abuso y las sensaciones de asco, rechazo y dolor experimentados. En análisis comienza a poder quedarse a solas con su bebé y conectarse con él.

Daniela

Las fantasías incestuosas no pueden quedar sólo en la fantasía y generan angustia. El encuentro sexual con su pareja remite a la situación de abuso padecida. En este caso no parece existir una apropiación subjetiva del cuerpo sexuado. Daniela refiere que en una relación sexual sólo complace a su novio, que no siente nada y que se siente un juguete del otro.

Mari

Lo esperable es que pudiera establecer un vínculo de amigas íntimas con pares del mismo sexo e identificándose con ellas y su nuevo cuerpo genitalizado reconocerse y apropiarse de su cuerpo atravesado por la pubertad. La ruptura del vínculo con su prima amiga obtura este trabajo puberal. Mari rechaza su cuerpo sexuado. Si bien sale con chicos aún no establece relaciones amorosas suplementarias sino que son “amigos con derecho al “roce” como ella los califica.

Aunque se aísla en su casa está realizando el pasaje de lo familiar a lo extrafamiliar. Aunque no puede confiar en los extraños.

Comienza a tener distintas experiencias, consumo de alcohol, tabaco, juegos sexuales con amigas y amigos que forma parte de los trabajos puberales y de adolescencia, saludables mientras sean transitorios y no quede fijado a alguno de ellos. Es uno de los trabajos del análisis, que pueda tener experiencias adolescentes saludables.

María

No constituye elecciones de objetos narcisistas, características de la adolescencia temprana. La elección de objeto sexual, fundamentalmente en los casos de relaciones más estables, se caracteriza por jóvenes u hombres con los que se evidencia una distancia en el vínculo: personas que viven lejos y que tienen características identitarias muy diferentes a las de la paciente (gustos, espacios, lenguaje, etc.), jóvenes con quien mantiene un vínculo de afecto pero que explicita sexualmente no le pasa nada, y finalmente una elección de objeto llamativa consistente en un hombre de unos 8 años mayor que ella, casado, con hijos, y con una mutilación su cuerpo: le faltan los dos

brazos, hecho que es resultado de de un intento de suicidio al arrojarlo a las vías del subte.

4. CONCLUSIONES

Algunas conjeturas preliminares acerca del investimento/desinvestimento libidinal del cuerpo en los casos clínicos analizados:

En las unidades de análisis seleccionadas se observa un desinvestimento libidinal del cuerpo sexuado genitualmente que se manifiesta tanto en ofrecer su cuerpo para goce del partenaire, cuerpo anestesiado al placer y al juego sexual subjetivante, como por el contrario, una inhibición marcada al juego sexual y a sentir placer en vínculos con pares.

La metamorfosis de los cuerpos, especialmente de los genitales y caracteres sexuales secundarios generados por la pubertad, exigen un trabajo psíquico de reconocimiento y apropiación subjetiva del nuevo cuerpo. Para ello es necesario desinvertir el cuerpo infantil y a los padres de la infancia e invertir libidinalmente al cuerpo púber. Es un trabajo que se realiza a partir de la identificación con los pares especialmente del mismo sexo, primer enamoramiento dirá Gutton (1993), con la amiga o amigo íntimo con quien explorará sus potencialidades sexuales. Es libidinizando el cuerpo púber del par e identificándose con él que aceptará e invertirá libidinalmente el propio cuerpo y es por la mirada deseante del partenaire que arribará a una identidad sexual eligiendo el objeto sexual adecuado no incestuoso. Para que ello ocurra es necesario que los adultos significativos puedan correrse, mantener la distancia física necesaria para evitar el peligro del incesto.

Si la adolescente padeció un abuso sexual especialmente cometido por una persona de su entorno afectivo o familiar, toda mirada deseante del par, en lugar de invertir libidinalmente al cuerpo sexuado, al ligarse a la mirada del abusador arrasará con lo placentero del cuerpo, de la sexualidad y del encuentro con el partenaire.

Concluimos que en la casuística, objeto de nuestra investigación, lo que se repite son:

- a. inhibiciones sexuales e inhibiciones generalizadas y rechazo a tener experiencias sexuales.
- b. Ofrecer el cuerpo anestesiado si es que tienen una relación amorosa o tener sexo sin compromiso afectivo.
- c. Vergüenza a manifestar tener una relación amorosa como si fuera pecaminoso.
En Malena se observa que se sonroja cuando cuenta a su analista que está saliendo con un chico.
- d. Trastornos en la alimentación especialmente bulimia. Sensaciones ligadas al asco.
- e. En todos los materiales pérdida de confianza en los vínculos con pares en algunos casos generalizados en otros con pares del mismo sexo o del sexo complementario.
- f. Vergüenza e incomodidad con su cuerpo por la evidencia de los atributos femeninos: Malena, Loli, Mari.

Solo en trabajo de análisis logran superponer en una misma relación la corriente de ternura con la sexual, cuando pueden comenzar a libidinizar su cuerpo, al no atribuirle la culpa del abuso a la provocación que su cuerpo sexuado generó en el abusador sino aceptando que no fue su cuerpo sino la perversidad del abusador, la asimetría en relación a la fuerza o al poder que le daba el hecho de ser un adulto y ellas unas niñas.

ANEXO I

DATOS DE LOS MATERIALES CLÍNICOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.

Las profesionales a cargo de los tratamientos son integrantes del equipo de investigación.

CASO LUCÍA

Consulta a los 19 años y continúa su tratamiento hasta los 29.

En el momento de la consulta relata estar muy angustiada y tener la idea de no vivir más y tomar pastillas. Siente la autoestima muy baja, y relata problemas con la alimentación: desde los 16 años come y luego va al baño a vomitar. Siente que tiene que ser perfecta, y que la felicidad está ligada a la perfección física. Siente no tener control de sus impulsos y ser muy susceptible a las opiniones de los otros a la vez de no tener una opinión propia. Sus padres se separaron cuando ella tenía 4 años. A partir de ese momento tuvo muchas mudanzas, incluyendo cambios de ciudades y provincias.

En la primera entrevista relata la situación de abuso por parte de su abuelo paterno: "De chica mi papá me dejaba todo el tiempo con mis abuelos. No tuve contención de su parte. Mi abuelo era un enfermo que me tocaba. La primera vez que lo conté yo estaba en segundo año: se lo conté a mi otra abuela. Mi mamá lo venía presintiendo a partir de que escuchó un programa de TV. Esto pasó desde los 6 hasta los 8 años. Después nos fuimos a vivir a otra ciudad y en séptimo grado, cuando volvimos, volvió a pasar. Mi abuelo hizo lo mismo con todos los chicos del barrio, después lo supe por mi mamá. Fue director de la escuela y lo echaron por eso. Mi abuelo era degenerado, pero mi abuela era cómplice. Mi abuela se iba a coser en la cocina. Ella sabía de la enfermedad de mi abuelo, y me dejaba sola con él."

Síntomas al comenzar el tratamiento

Lucía tenía un novio al llegar a la consulta. Relataba que cuando se iba el novio ella no podía recordar nada de lo que había pasado estando con él.

Su cabeza no podía dejar de trabajar todo el tiempo y de calcular. Sentía que tomaba las ideas de los otros, no tenía propias.

Tenía una sensación de que ella no era inteligente.

Tenía atracones de comida y se provocaba vómitos. Cuando frenaba de comer sentía que caía en una depresión.

Se masturbaba mucho."Es algo fundamental, como un refugio"

Sentía que tenía un secreto que había que tapar y que la apartaba de todo, hasta de su propia familia.

Muchas veces sentía que la mente se le ponía en blanco.

Dormía y tenía pesadillas.

Etapas del tratamiento

Comienzo y relato del abuso

Lucía realiza un aborto

Se intensifican vómitos provocados después de atracones de comida

Intento de suicidio tomando pastillas. Internación

Entrevista conjunta de Lucía con el padre

Se reanuda la relación con el padre

Dificultades en los vínculos y en el estudio

Angustia en relación a un recuerdo de haberse masturbado teniendo a su hermano como objeto para su excitación.

Sentimiento de culpa intenso.

Comienzo del trabajo y de relaciones de amistad

Se recibe de abogada y comienza a trabajar en la profesión.

Pone fin a la relación con un novio al que ya no amaba.

Relación con un novio que le atraía mucho, pero termina dejándola abruptamente.

Comienza una relación con un novio que la somete a situaciones de riesgo, no se cuida y no la cuida. Ella pone freno a los maltratos del novio y él cambia su conducta para no perderla.

Se muda a vivir sola, disfruta mucho de estar a solas en su casa.

Fin del tratamiento.

CASO LOLI

Loli es una niña de 13 años que llega a la Dirección de Infancia, Adolescencia y Familia del Partido de Tres de Febrero derivada por la Unidad Funcional de Investigación nº XX del Departamento Judicial de San Martín. Se solicita su intervención por vulneración de derechos, habiendo padecido la niña tocamientos por parte de su padre biológico y siendo obligada a practicarle actos masturbatorios.

La primera vez que se realiza intervención terapéutica es cuando Loli puede denunciar los abusos padecidos y esto sucede en su adolescencia.

El tratamiento tiene una duración de aproximadamente 8 meses es decir que estaría en sus comienzos. Dicho tratamiento se llevo a cabo en una institución pública.

CASO MALENA

Malena es una adolescente de 18 años que vive en un hogar convivencial de la ciudad de Buenos Aires para niños y adolescentes privados del cuidado parental. Ingresó a vivir en este hogar cuando tenía 10 años de edad junto a un hermano un año mayor, a raíz de la detección de una situación de abuso sexual intrafamiliar hacia la niña (por parte de un hermanastro). Además de la negación por parte de los progenitores frente a la situación de abuso, se observaron actitudes negligentes en relación al cuidado y preservación de los niños.

Malena hizo terapia anteriormente con otra psicóloga pero se negaba a concurrir.

Al momento de la consulta tiene una actitud muy dependiente, aníada, no se maneja de manera autónoma; en relación al cumplimiento de la higiene y tareas, necesita constante seguimiento por parte de los operadores del hogar.

No quiere salir sola a la calle, tiene estallidos de ira y enojo con sus pares y con los adultos que la rodean.

En relación a su cuerpo se muestra muy inhibida y vergonzosa respecto de sus atributos femeninos. Se la ve desgana, con una fuerte inhibición del deseo en general

Está medicada con Risperidona desde hace varios años por conductas de impulsividad. Desde que ingresó a vivir al hogar tiene dificultades con los límites y el respeto a la autoridad.

CASO DANIELA

Consultó a los 17 años. Concurrió aproximadamente 6 meses a tratamiento psicológico, el mismo se realizó en ámbito público.

Fue derivada para realizar tratamiento integral y aumentar la frecuencia de sesiones semanales ya que presentaba conductas que ponían en riesgo su vida. Dichas conductas se vinculaban al recuerdo de escenas del abuso padecido. A lo largo del tratamiento logró denunciar al abusador.

CASO MARI

Mari: tiene 14 años cuando solicita una consulta psicológica para ella. No acepta participar de una terapia familiar. Ha sido abusada a los 8 años por su abuelo materno.

Presenta aislamiento, trastornos en la alimentación y en el sueño. Robos a sus familiares. Rechazo a cualquier acercamiento físico del padre y angustia por no poder tener la misma relación de compinche que tenía con él en la niñez.

Primeras entrevistas:

Relata lo sucedido sin que la fueren para ello. Después de un tiempo de vacilación y observando atentamente a la analista dice "Estaba en 3° grado, creo que tenía 8 años. Nos estábamos mudando a la casa que vivo ahora y por eso estábamos viviendo en casa de mis abuelos. Iba a jugar a casa de una amiguita y entré al dormitorio de mi abuelo a buscar unas muñecas. Mi abuelo estaba acostado y me dijo vení, acostate un ratito y me acosté. Me manoseo, me daba besos en la boca y me tocaba. Me bajé de la cama, me arreglé la pollerita y salí corriendo." No contó nada en ese momento.

"En 7° me regalaron un diario íntimo. Como mis hermanas me lo buscaban y me lo leían escribí por primera vez lo que me pasó con mi abuelo pero en clave para que no lo entiendan." Lo descubrieron, a otra hermana le había pasado lo mismo, si bien lo hablaron con los padres continuaban yendo a almorzar los domingos a casa de los abuelos.

Momentos claves del tratamiento

- A partir de lo trabajado en entrevistas con los padres dejan de ir a casa de los abuelos.
- Puede salir con chicos pero no enamorarse. Tiene muy pocas amigas en verdad sus amigas son sus hermanas y prima.
- Luego de dos años hacen la denuncia y lo declaran culpable. El abuelo está prófugo apoyado por el tío y la abuela.
- Mari siente que de esta manera la historia no se repetirá con sus hijas, ya que su madre fue violada a los 18 años y nadie hizo nada.
- Comienza a sentirse mejor con su cuerpo, Tiene dificultades para hacerse de amigas y confiar. Es una familia muy endogámica.
- Depresión en la madre y culpan a Mari por haber causado la separación de la familia, especialmente por parte de las hermanas.
- Retroceso, comienza a tener dificultades en el estudio. La anotan en un nocturno donde se vincula con chicos adictos.

- Trabajo con los padres, la apoyan y defienden de las agresiones familiares.
- Sale con chicos. Hay uno del cual cree estar enamorada pero desconfía mucho. Se identifica con el padre respecto a los celos “enfermizos”
- Luego de tres años de tratamiento decide suspender el mismo.

CASO FLAVIA

- Tiene 23 años cuando efectúa la consulta en un centro asistencial. El tratamiento dura unos pocos meses y es interrumpido inesperadamente.
- El motivo que la lleva a consultar es que se pregunta cómo la afectó la violación que sufrió a sus dieciséis.
- Al momento de realizar la consulta, suele sentirse avergonzada, con temor a que la lastimen, y con continuos reproches hacia su madre que siente que no supo contenerla desde que ocurrió el “episodio”. Muestra dificultades en entablar nuevos vínculos (laborales, de estudio) y en hacer nuevas amigas. Además refiere falta de confianza en los demás, que se le hacen más presentes cuando está de novia o sale con chicos.
- Otros síntomas son: aislamiento, intentos por tratar de “borrar” lo sucedido, no poder salir de la casa y conductas inhibitorias en la sexualidad.
- Sensación de que tiene que poder con todo sola.
- Durante el tratamiento, se vuelve más afectivizado su relato, y puede ir tomando contacto con lo que siente.

CASO MARIA

Tiempo de tratamiento actual: 2 años y medio.

María es una adolescente que comienza su tratamiento a los 17 años en el ámbito privado por motivación personal. Tiene una larga historia de tratamientos, al menos tres tratamientos previos de una duración promedio de 3 años cada uno. Se destaca como los tratamientos previos permitieron a esta joven una lograda organización de aspectos de su vida, resaltando una alta capacidad de reflexión, transferencia y aprovechamiento del espacio terapéutico actual en cuanto a los efectos de las interpretaciones y apertura de la paciente.

Por otra parte es una paciente que experimentó más de una situación abusiva (un abuso paterno de pequeña y un abuso de joven por parte de un extraño), del segundo abuso la paciente no ha hablado hasta el momento.

Respecto del abuso sexual infantil, fue del tipo de tocamientos por parte de su padre biológico a sus 3 años. Luego de develado el abuso se produce una denuncia penal y civil y la joven no tiene encuentros a solas con el padre. EL momento de la consulta es correlativa al fallecimiento de su padre meses antes y a un estado que la joven llama “depresivo” y que se caracteriza por pensamientos recurrentes acerca del “sentido de la vida” que le producen tristeza, pérdida de interés general con las cosas, retraimiento y crisis de angustia.

Primera etapa del tratamiento: el relato.

Se caracteriza por el pedido de la paciente de relatar la experiencia abusiva en la infancia. Dice ser la “primera vez que quiero yo contar esto a alguien”, esto sucede en paralelo a un síntoma relativo a los olvidos recurrentes de horarios, citas, actividades. La inclusión del relato hizo un relevo del síntoma mencionado, trabajando con la paciente las variantes de la inscripción de la experiencia vivida. Junto a ello se trabajó sobre los vínculos, básicamente el carácter disociado entre los vínculos amorosos y eróticos.

Esta etapa está caracterizada por conductas promiscuas, exposición a situaciones de riesgo y crisis en la relación con su madre que se muestra muy preocupada por estas situaciones y por lo que llama falta de registro de su hija. Este tiempo es correlativo al inicio y elección de una carrera profesional/vocacional junto a la demanda materna de procesos mayores de autonomía en cuanto a lo económico y a la organización diaria de sus actividades

Segunda etapa: la voz

Luego de haber iniciado más de una carrera en distintas instituciones, la comienza a delimitar como interés el canto y con ello se perfila la elección de locución como carrera, rindiendo exámenes de ingreso en los institutos más destacados con un excelente rendimiento. La aparición y despliegue de esta vocación conlleva una satisfacción y armonización de varios aspectos de María; tanto en lo que hace a sus elecciones de amistad, como a la manera de vestirse y a la relación con su madre. Exhibe menos su cuerpo al vestirse, consolida un grupo de amistad con intereses afines y pertenencia. La relación con su madre si bien oscilante en cuanto a las peleas, logra incorporar aspectos de la ternura, la empatía y la comprensión.

Respecto a las relaciones sexuales con chicos se incluye la vertiente del afecto tierno logrando una mayor integración, a pesar de que permanece un tipo de vínculo en que ella queda en lugares poco valorados por los otros.

Respecto a la crisis inicial que produce la demanda de atención, estas han desaparecido al momento, existiendo solo episodios aislados de angustia que logran una mayor tramitación por la vía de la palabra y de la relación con los otros, compartiéndolas con los pares, hecho que no sucedía

ANEXO II

TA-BLA I	Sintomatología Inhibiciones		Relación con los objetos parentales incestuosos	Relación con el propio cuerpo	Sexualidad genital	Estados del yo frente a lo traumático
Caso Daniela	<p>- Intentos de suicidio por ingestas medicamentosas. Cuando se le presentan imágenes del episodio de abuso, le resulta difícil ausentarse de las mismas y piensa en matarse.</p>	<p>-Dificultad en armar lazos con pares. - Se considera superior y más inteligente en relación a pares del hogar donde vive. - Se acerca a los varones y huye cuando podría iniciarse al contacto físico.</p>	<p>- Dificultad para el distanciamiento: Vive en un hogar pero concurre a la casa de su familia donde se encuentra su padrastro, quien abusó de ella. Se expone a encontrarse con él. "Me siento muy angustiada porque no voy a pasar Navidad con mi mamá, mis hermanas y mi padrastro". "</p>	<p>- Trastorno alimenticio: anorexia. Restringe la ingesta de alimentos. No está conforme con su cuerpo: se ve gorda. - No le gusta el color de su piel: se coloca maquillaje para lograr que se le aclare.</p>	<p>- Inhibiciones. "...quiero ser decente, mi amiga tranza con muchos chicos, eso es indecente, por eso yo no tranzo con nadie." Insensibilidad sensorial Sólo complace a su novio. "Cuando tengo relaciones sexuales no siento nada, me siento un juguete de él". : "...yo le pedía que no hiciéramos nada". - No tiene conductas promiscuas ni abusivas con otros.</p>	<p>- Reviviscencias traumáticas: siente en su cuerpo lo mismo que sintió cuando fue abusada. Refiere inclusive sentir dolor mientras evoca dichas imágenes, haciendo gestos de asco.</p>
Caso Flavia	<p>Desconfianza "Cuando estaba de novia, me costaba demasiado confiar". - Aislamiento. "Me encierro y trato de resolver todo yo sola". "Por eso me escondo a lo que me pueda llegar a pasar". - Repliegue. Refiere sentir temor de que le agarre: "... esa depresión de no querer salir". - Cuando hay algo que no le gusta, se encierra en su cuarto o le dan ganas de agarrar sus cosas e irse de su casa. "Me agarra el raye". - Inhibición afectiva . Respecto de su bebé y su pareja dice: "Sentí que los estaba aislando". - No puede estar a solas con su bebé. Durante el tratamiento va compartiendo más momentos a solas con su hijo.</p>	<p>-Dificultad en armar lazos con pares. No tiene amigas. "No pude volver a integrarme. Perdí amistades. Estuve sola. La única compañía era mi novio." - Se lleva mejor con los varones. - Dificultad en armar nuevos vínculos: - Le cuesta vincularse con pares, incluso en espacios de trabajo. -Dificultades para confiar- Refiere haber tenido varios novios, antes y después del episodio. "Me costaba mucho confiar".</p>	<p>No se puede alejar o tomar distancia de los objetos incestuosos Suele compartir tiempos y salidas con sus hermanas y su madre. Cuando habla de su novio dice: "Quizás lo desplazo y salgo con mi mamá, mis hermanas y el bebé".</p>	<p>- Prefiere lo autoerótico o sublimatorio "Prefería trabajar o ir al gimnasio antes que tener relaciones".</p>	<p>- Inhibiciones. Desgano respecto a tener relaciones sexuales con su pareja. "Le perdí interés a tener relaciones. Yo me negaba o me costaba". "No es algo que me muera de ganas de hacer" - Generalmente no tiene orgasmos: "En todas la relaciones... me costaba llegar". - No soportaba que su partener sexual se ubique detrás de ella. "No lo podía tener atrás mío. Lo tenía que ver". - No tiene conductas promiscuas ni abusivas con otros.</p>	<p>- Evocación des-afectivizada: en el relato de las escenas de abuso. - Reviviscencias traumáticas: vuelve a tener, en la escena sexual, sensaciones corporales que tuvo en el episodio de la violación.</p>

<p>Caso Loli</p>	<p>- Conductas de autoagresión: Cortes en la piel. Al referirse a su papá, dice: <i>"Antes que morir en sus manos, me mataba yo, por eso me corté. Decía que me iba a matar si hablaba, yo le dije que si no me creían me iba a matar. Por eso agarré el cúter, de la bronca, me dan ganas de lastimarme."</i></p> <p>- Comportamiento compulsivo: Se lava en forma repetitiva las manos cuando recuerda lo sucedido.</p> <p>- Pesadillas: <i>"Tengo sueños feos". "Me despierto llorando y corro al baño a lavarme las manos. Siento eso pegajoso de mi papá".</i></p>	<p>- Arma lazos con pares. - Tiene amigas nuevas. - Refiere tener buen vínculo con pares del mismo sexo. - Con varones: no refiere.</p>	<p>Intenta alejarse de los objetos incestuosos - Distancia respecto de sus padres, que niegan lo sucedido. La tratan de "mentirosa" y de "loca". - Relación de odio y bronca con su papá, que fue quien abusó sexualmente de ella. - Siente que su mamá la abandonó. Dice que su mamá estaba en la casa cuando su papá abusa de ella. <i>Siento bronca, también rechazo. "...ella me abandonó en todo esto, para mí hubiese sido más fácil si ella me hubiera apoyado."</i></p>	<p>- Conductas de autoagresión: Cortes, ganas de lastimarse. <i>"De la bronca rompí el espejo, agarré el cutre... y me lastimé la muñeca."</i></p> <p>- Comportamiento compulsivo: <i>"Me lavo mucho las manos, varias veces al día."</i></p> <p>- Ambigüedad respecto a su cuerpo púber - Muestra su cuerpo usando ropa ajustada. Pero le dan vergüenza sus pechos.</p>	<p>- No tiene conductas promiscuas ni abusivas con otros.</p> <p>- Conductas inhibitorias generalizadas. <i>"No pude contar todo porque me dio vergüenza"</i>.</p>	<p>- Reminiscencia traumática: <i>"Cuando me empiezo a acordar de lo sucedido, la cabeza no para".</i></p> <p>- Estados de aturdimiento: sueños de angustia. <i>"Me despierto llorando y salgo corriendo a lavarme las manos, siento eso pegajoso de mi papá".</i> No recuerda el contenido de los sueños. <i>"Me viene la sensación"</i>.</p> <p>- Reviviscencias traumáticas: tiene la sensación como si tuviera el semen en sus manos, refiere que es: <i>"...como si lo viera"</i>.</p> <p>- Estados de confusión: <i>"Hay veces en que no sé que estaba bien o mal"</i>.</p> <p>- Sensación de vacío, tristeza y desgano.</p>
<p>Caso Lucía</p>	<p>- Intento de suicidio Intento de no vivir más, tomando pastillas: frente a lo insoportable de sus ideas culpabilizantes.</p> <p>- Aislamiento. <i>"Lo único que me daba satisfacción era la bulimia y la TV. Viví en mi mundo. No conozco ni las calles"</i>.</p> <p>- Trastornos alimenticios: Tenía atracones y se provocaba vómitos. Si frenaba de comer sentía que caía en depresión.</p> <p>- Trastorno del sueño: Pesadillas.</p> <p>- Dificultades en el aprendizaje escolar. Tuvo épocas en las que no podía estudiar en la facultad, ni rendir exámenes. - Su cabeza no podía dejar de trabajar. Sentía que tomaba las ideas de los otros, no tenía propias. - Sentía que la mente se le ponía en blanco, y que no era inteligente.</p>	<p>- No tenía vínculos con pares. Tardó mucho en empezar a tener amigas. No confiaba en nadie. Empezó después de la adolescencia, durante su primer trabajo. Cuando empezó lo disfrutaba mucho.</p>	<p>- No puede discriminarse de sus padres: <i>"Mi mamá era de negar las cosas. Se preocupaba de que no me faltara nada, pero lo que faltaba era poder hablar"</i>.</p> <p><i>"Mi mamá se pone como una nena y le gusta escuchar música con los jóvenes. No es una madre abandonica, pero siempre está en su mundo"</i>.</p> <p>- Padre figura muy seductora y no la discriminaba de él. <i>"Mi papá me presentaba una novia por semana, salía con un montón de mujeres y me lo contaba. Los únicos momentos en que me siento bien con mi papá es cuando yo salgo con algún chico"</i>. Ella dejó de verlo por 3 años hasta que se sintió mejor para enfrentarlo. Luego, de a poco, empezó a tener mejor relación cuando él reconoció el dolor de ella por cómo la expuso al abuso del abuelo.</p>	<p>- Trastorno alimenticio: Come y luego iba al baño a vomitar.</p> <p>- Inhibiciones: <i>"Me peinaba todo para atrás, era dura, prolijita". "Yo daba indicios de que estaba mal, salía con cara fea en las fotos"</i>.</p> <p>- Siente que tiene que ser perfecta, y que la felicidad está ligada a la perfección física.</p> <p>- Siente no tener control de sus impulsos.</p> <p>- Masturbación compulsiva Se masturbaba mucho para evacuar una carga. Se sentía degenerada por buscar masturbarse tanto.</p> <p>- Culpabilización - Cuando empezó a tener relaciones sexuales se embarazó y realizó un aborto. Mucha culpa. Se intensificaron atracones y vómitos.</p>	<p>- Despersonalización Sentía que ella estaba afuera mirando lo que estaba pasando allí.</p> <p>- Inhibiciones, Cuando tenía relaciones sexuales no podía disfrutar. Luego de unos años, un novio con el que convivía la dejó porque ella estaba poco motivada para tener relaciones sexuales.</p> <p>- Exposición a relaciones peligrosas Al poco tiempo, inicia una relación con un hombre que la excitaba mucho pero venía muy borracho con el mismo olor de su abuelo. La llamaba a la madrugada interrumpiéndole el sueño como hacía el abuelo al buscarla en la mitad de la noche</p> <p>De a poco va logrando poner un freno a ese hombre y no le permite esos desbordes. Sigue disfrutando mucho la sexualidad con él. Se muda a vivir sola. Comienza de a poco a tener placer en estar sola en su casa.</p>	<p>- Reviviscencias traumáticas: Cuando la madre y su pareja la llevaban en auto a encontrarse con un novio que la excitaba mucho, le aparecían las escenas en las que el papá la llevaba para dejarla en manos de los abuelos, y el abuelo la abusaba.</p> <p>- Estado disociativo: Se mira a sí misma tener relaciones sexuales como si ella no estuviera en la escena.</p>

<p>Caso Malena</p>	<p>-Desconfianza "Antes confiaba en todos y perdí la confianza". - Aislamiento. "Me encierro." - Repliegue Falta a sesión, dice: "Me agarra la depre". "Me agarra el bajón". -Miedo a estar sola No quiere salir sola a la calle. - Tiene poca autonomía. - Estallidos de enojos, de celos. "A veces me enojo sin motivos está todo bien y de repente me enojé y no sé por qué". "...me dan ganas de romper las cosas". "Soy muy celosa de todos". - Impulsividad Yo era una de las más locas del hogar, hacía destrozos, todo me alteraba." - Dificultades en el aprendizaje. "soy responsable, aunque en el hogar dicen que no. No me va muy bien, me cuesta". "No entiendo nada, "estoy perdida".</p>	<p>-Dificultad en armar lazos con pares. Le cuesta hacer amigas. -Relaciones conflictivas Celos, traiciones, pérdida fácil de confianza. "Pierdo muy fácil la confianza. Me cuesta decir las cosas". -Retraimiento - Se muestra muy solitaria, con poco interés en sostener o entablar nuevas amistades.</p>	<p>- Tiene poco vínculo con sus padres. Cuenta que antes la madre la venía a visitar casi todas las semanas pero que ahora cuando le dice que va a ir a verla ya no le cree. "Ya no me importa".</p>	<p>-Inhibición Se muestra muy vergonzosa respecto de su cuerpo y de sus atributos femeninos. "Me da cosita ser señorita". Cuando los chicos la piropean se ruboriza. - Fallas en la inscripción psíquica del cuerpo genitalizado. - Se muestra muy añorada respecto a su cuerpo y lo que éste despierta en el sexo opuesto.</p>	<p>Inhibición del deseo sexual -"Tranza" con chicos. - Dice no tener deseo de relacionarse sexualmente con ninguno. Y que le cuesta llegar a tener mayor intimidad. - Inhibiciones del deseo en general. "No me interesa nada, ni mis amigas, no me siento bien con ellas". - No tiene conductas promiscuas ni abusivas con otros. Por el contrario, tiene una actitud de protección hacia niños más pequeños del hogar convivencial donde vive. - Conflictos respecto a la elección de objeto sexual.</p>	<p>- Dificultad para ligar representación de afecto: -Cuando se enoja no sabe bien porqué es que reacciona haciendo "escándalo" o queriendo romper cosas. -Inhibición generalizada. -Convulsión por crisis de angustia.</p>
<p>Caso Mari</p>	<p>- Trastornos de alimentación. Asco a las comidas. "Me dan ganas de vomitar". - Aislamiento. "A veces me agarra la locura que no puedo estar con todos en mi casa y me encierro en mi pieza". - Conductas inhibitorias relacionadas con lo afectivo y varios aspectos de su subjetividad: mostrarse, bailar, usar traje de baño. "No me gusta usar malla.". "Voy a bailar, me divierto, hablo con los pibes pero no bailo" - Dificultades en el aprendizaje escolar: Dispersión al estudiar. Le cuesta concentrarse. "Se me mezclan las fechas. Me las olvido".</p>	<p>-Dificultad para vincularse con pares del mismo sexo en vínculos exogámicos. "Me llevo mejor con los varones que con las mujeres". Prefiere no tener novio. -Aunque "tranza" con chicos, le "escapa" a los que le gustan. "Lo admito: me escapo". - Pérdida de amigos luego de situación de abuso. - Dificultad en hacer nuevas amistades. -</p>	<p>-Rechazo al padre: Aunque el abusador fue el abuelo materno toma distancia del padre. Refiere que no puede estar con él. "No le puedo ni hablar y me molesta que me acaricie". "¿Por qué yo no puedo estar así con mi papá? Éramos muy compañeros". Con la madre se siente culpable por haberla hecho sufrir y que no pueda ver a sus padres. -Rechazo de las hermanas por denunciar al abuelo.</p>	<p>- Trastorno alimenticio: se ve gorda. Quiere bajar de peso. "Tengo que bajar 10 kilos... "En primer año engordé todo. A veces me quiero comer todo". Durante el tratamiento comenzó a cuidarse. - Rechaza su cuerpo sexuado. No le gusta haber tenido la menarca. -Marcas de adolescencia Tiene tatuajes y piercing.: se los hace en el transcurso del análisis.</p>	<p>- Refiere no tener dificultades para trazar con los chicos. - Por lo general está con chicos que le gustan. - Rechaza su cuerpo sexuado. Le molesta que le llamen la atención por sus pechos. Si bien sale con chicos aún no establece relaciones amorosas suplementarias sino que son "amigos con derecho al roce" como ella las califica. - No ofrece su cuerpo como objeto de goce del otro. - No tiene conductas promiscuas ni abusivas con otros: uno de los motivos de su pedido de tratamiento es para no repetir con las hijas lo que le pasó a ella.</p>	<p>-Compulsiva reaparición de lo vivido: Se reedita, en sus pesadillas, la escena de abuso: "Me viene todo igual". "A veces se me aparece la imagen de la pieza o la cara de mi abuelo. Generalmente en pesadillas". -Inhibiciones y aislamiento</p>

<p>Caso Mari cont.</p>	<p><i>"No tenía nada de ganas de estudiar".</i> - Trastorno del sueño: Pesadillas insomnio. Oscila entre tener sueño todo el tiempo y dormir mucho, a no poder dormir. Obsesividad - Necesidad de bañarse todo el día. - Conducta antisocial: Robos a sus padres, hermanos y en el colegio. <i>"No sé porqué lo hago".</i> - Enuresis. <i>"Me hice pis hasta los 8 o 9 años".</i></p>					
<p>Caso María</p>	<p>- Disociación entre lo tierno y lo sexual. - Situaciones de olvidos. El <i>"no poder retener nada"</i>. - Fantasia de enloquecerse. - Inhibición afectiva como defensa frente al poder del Otro. - Idea de ser "débil" versus la imagen idealizada sobre su fortaleza, basada en no sentir o no mostrar que se siente. <i>"No me gusta mostrarme débil"</i>. <i>"No me gustaría que me digan pobrecita, pobre desgraciada"</i> - Miedo a la muerte <i>"Me deprime pensar en la muerte, no quiero que llegue ese momento"</i>.</p>	<p>- Arma lazos con pares. Tiene vínculos estrechos y estables con amigas. Se muestra afectiva y comprometida - Inhibición para compartir estados emocionales. No cuenta sus conflictos o estados de angustia a sus amistades. <i>"No hablo de lo personal porque no me gusta la victimización"</i>. - Dificultad en el establecer relaciones a largo plazo. Desimplicación afectiva. <i>"Me gusta ser libre, salir, hablar, pero cada uno hace su vida"</i>.</p>	<p>- Peleas y ambivalencia: Con la madre oscila entre sentirse culpable y estados de ira con ella. Siempre le creyó acerca del abuso por parte del padre. - Padre: Intento de manipulación y confusión de las percepciones que María tenía de lo sucedido. Se distancia de él en el trascurso del tratamiento. <i>"Sos un hijo de puta, yo me acuerdo de lo que me hiciste"</i>.</p>	<p>- Ofrece su propio cuerpo. Suele tener partes del cuerpo expuestas de forma exagerada. - Llega pintada a todas las sesiones. No hace referencias a esto y pareciera no tener mucho registro. - Crisis de angustia intensa: palpitaciones, miedo a morir, etc. - Pocos cuidados en lo relativo a los métodos anticonceptivos</p>	<p>Relaciones Promiscuas : <i>"Nunca me sentí inexperta"</i>. - Tiene relaciones sexuales con varios chicos a la vez. - Con los varones: predominan relaciones de tipo compulsivo en lo referente a establecer contacto sexual. - Lo tierno y lo sexual aparecen disociados. <i>"Salgo con muchos a la vez, pero nada serio con nadie"</i>. <i>"Mi mamá no entiende que tenga sexo con alguien que no es un novio"</i>. En el estar de novia aparece el aspecto tierno: <i>"Para mi estar de novia es caricias, besitos en la cabeza, corazones...un espanto, no!"</i>. Y, por otro, respecto de las relaciones pasionales, dice: <i>"Con Emi somos unos desquiciados, a mi me encanta tener relaciones con él"</i> - Poca represión de su sexualidad.</p>	<p>- Reviviscencias traumáticas: cuando relata la situación abusiva del padre hacia ella, aparecen recuerdos nítidos, con apariencia de impresiones sensoriales vívidas, sobre todo en el aspecto visual.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu
- Aulagnier, P. (1980). *Los destinos del placer*. Barcelona: Petrel
- Bleichmar S, (2010). *Psicoanálisis Extramuros. Puesta a prueba frente a lo traumático*. Buenos Aires: Entreideas. Pp 53-65
- Calvi, B. (2006). *Abuso sexual en la infancia. Efectos psíquicos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chavez, M. (2009). Juventudes en la Argentina Estado de Arte en Ciencias Sociales 1983-2006. Revista digital del instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín, Año 2 Nro 5. Junio 2009.
- Franco, A. (1995). La niña púber. Material de uso interno de la Cátedra Clínica de Niños y Adolescentes. Facultad de Psicología, U.B.A. Inédito
- Franco, A. (2003a). Los espacios subjetivos en lo puberal y la Adolescencia. *Serie Eventos Científicos*. Buenos Aires. APdeBA.
- Franco, A. (2003b): Huellas del Abuso sexual incestuoso en la subjetividad. *Jornadas de Extensión Universitaria*. Facultad de Psicología. U.B.A.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., Leyton, C. (2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitarios. *Revista médica de Chile*. 135, 1261-1269
- Gutton, P. (1993). *Lo puberal*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Intebi, I. (2011). *Abuso sexual en las mejores familias*. Buenos Aires: Editorial Granica.
- Jeammet, P. (1990). Les destins de l'autoerotisme a l'adolescence. Rev. fr. Psychanal, 44. pp 481-521. En Alléon, A., Morvan, O. y Lebovici, S. (1990) *Devenir 'adulte'?* París: PUF
- Lauru, D. (2004). Pasaje al acto de amor. *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia*, 15, 115 - 123. Montevideo.
- Lauru, D. (2005). *La locura adolescente. Psicoanálisis de una edad en crisis*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lerner, H. (2006). Adolescencia, trauma, identidad. En Rother de Hornstein, M. C. (comp). *Adolescencia: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós
- López Gómez, A. (2005). Adolescentes y sexualidad/significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995 - 2004). Montevideo: *Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género*, Facultad de Psicología - Universidad de la República.
- Margulis, M. y otros (2003). *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos. 2011
- Marty, F. (2004). Trabajo del vínculo. *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia*, 15, 133 - 157. Montevideo.
- Pignatello, A. (2004). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una perspectiva psicoanalítica. *Jornadas Nacionales Psicoterapia Hoy: Avances y Alcances*. Caracas
- Rodolfo, R. (2004). *El psicoanálisis de nuevo*. Buenos Aires. Eudeba
- Rother Hornstein, M. C. (2006). *Adolescencias: trayectorias Turbulentas*. Buenos Aires. Paidos
- Sternbach, S. (2006) Adolescencias: Tiempo y cuerpo en la cultura actual. En Rother de Hornstein, M. C. (comp.). *Adolescencia: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós
- Toporosi, S. (2003). Clínica del abuso sexual en la infancia y la adolescencia. *Revista Archivos Argentinos de Pediatría* 101(6): 425- 520 p. 507-509. Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1989). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós. 1991

Fecha de recepción: 31 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 29 de octubre de 2013