

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Modalidades de las transferencias de pacientes adolescentes que han sido abusados sexualmente en la infancia.

Franco, Adriana Noemí, Tkach, Carlos Eduardo, Toporosi, Susana Mabel, Woloski, Elena Graciela, Gómez, Valeria Mariel, Germade, Agustina, Pucci, Maria Victoria, Peñaloza Egas, Nancy, Mery, Calmels, Julieta, Sverdloff, Julia y Eiberman, Federico.

Cita:

Franco, Adriana Noemí, Tkach, Carlos Eduardo, Toporosi, Susana Mabel, Woloski, Elena Graciela, Gómez, Valeria Mariel, Germade, Agustina, Pucci, Maria Victoria, Peñaloza Egas, Nancy, Mery, Calmels, Julieta, Sverdloff, Julia y Eiberman, Federico (2014). *Modalidades de las transferencias de pacientes adolescentes que han sido abusados sexualmente en la infancia*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/178>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/h71>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MODALIDADES DE LAS TRANSFERENCIAS DE PACIENTES ADOLESCENTES QUE HAN SIDO ABUSADOS SEXUALMENTE EN LA INFANCIA

Franco, Adriana Noemí; Tkach, Carlos Eduardo; Toporosi, Susana Mabel; Woloski, Elena Graciela; Gómez, Valeria Mariel; Germade, Agustina; Pucci, Maria Victoria; Peñaloza Egas, Nancy, Mery; Calmels, Julieta; Sverdloff, Julia; Eiberman, Federico
Universidad de Buenos Aires - Secretaría de Ciencia y Técnica

RESUMEN

Consideramos que indagar las modalidades y especificidad de las transferencias y los efectos subjetivos en los profesionales que se ocupan de estos casos es un paso ineludible para precisar los resortes del funcionamiento de los tratamientos psicoterapéuticos. La clínica en estos casos presenta particularidades que le son propias y se hallan presentes en los motivos de consulta, las vicisitudes y dificultades de los procesos terapéuticos, su sostenimiento, los modos de interrupción o finalización, con mayor o menor éxito y/o eficacia. En el marco de un diseño exploratorio se ha trabajado con una muestra finalista conformada por diez materiales clínicos de adolescentes que fueron abusados sexualmente en la infancia. La fuente de datos ha sido primaria: los materiales clínicos fueron elaborados por los psicoanalistas a cargo del tratamiento psicoterapéutico. El procedimiento de análisis de datos ha sido cualitativo, de tipo hermenéutico: interpretaremos los fragmentos clínicos desde el marco teórico, a fin de categorizarlos conceptualmente. En esta oportunidad presentamos el estado de avance del conocimiento respecto a uno de los objetivos específicos del proyecto: Caracterizar cómo se instala y desarrolla el lazo transferencial con el tratamiento. Específicamente exponemos las particularidades del lazo transferencial con el/la psicoterapeuta en distintos momentos del tratamiento.

Palabras clave

Abuso sexual, Adolescentes, Intervenciones Clínicas, Fenómenos Transferenciales

ABSTRACT

TRANSFERENTIAL MODALITIES IN ADOLESCENT PATIENTS WHO HAVE BEEN SEXUALLY ABUSED IN THEIR CHILDHOOD

The research on transferential specificity and modalities, and the subjective effects in the professionals that work on these cases is, in our opinion, a key step towards the definition of the axes of psychotherapeutic work. The clinical work involved in these cases features some unique qualities that are present in the reasons for consultation, the challenges of therapeutic processes, their continuity, and the ways in which treatments are interrupted or ended with different levels of success and/or efficacy. Using an exploratory research design, we worked with a final sample of ten clinical records of adolescent patients who were sexually abused in their childhood. A primary data source was used in this research: the clinical records were formulated by the psychoanalysts in charge of the psychotherapeutic treatments. The data analysis procedure was qualitative, with a hermeneutic approach—the clinical fragments will be interpreted within a theoretical framework in order to

categorize them conceptually. In this opportunity we will introduce the state of progress in knowledge regarding one of the project's specific goals: Characterizing how the tie to the treatment is born and developed. More specifically, we explain the distinctive features of the transferential bond between patient and psychotherapist along the treatment.

Key words

Sexual Abuse, Adolescents, Clinical Interventions, Transferential Phenomena

Introducción

Es necesario incluir una breve reseña de las principales categorías teóricas y ejes de análisis de la investigación a partir de los antecedentes más relevantes en el tema.

Abuso sexual es la convocatoria de un/a adulto/a a un/a niño/a o adolescente a participar en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado su psiquismo por su nivel de constitución, y a las cuales no puede otorgar su consentimiento desde una posición de sujeto. El/la adulto/a, o sea el/la agresor/a, usa al/a niño/a o al/a adolescente para estimularse sexualmente él/ella mismo/a, al/a niño/a o a otra persona.

Las actividades sexuales pueden consistir en cualquier tipo de relación orogenital, genital o anal con el/a niño/a, tocamientos o un abuso sin contacto como el del exhibicionismo, voyeurismo o la utilización del/a niño/a en la pornografía, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes para la prostitución; e incluye una amplia gama que oscila entre la violación forzada y la sutil seducción (Pascualini y Llorens, 2011).

Planteo de la cuestión

La práctica de la cura psicoanalítica contemporánea viene afrontando el desafío de adecuar su método tanto a las variadas como a las nuevas modalidades en que se presenta el sufrimiento psíquico. Se viene produciendo en este campo un trabajo que es tanto de identificación y designación de las particularidades sintomáticas en juego como de una necesaria reelaboración de los parámetros clínicos de su abordaje en las curas. Y es en este último aspecto en el que la noción de transferencia ocupa un rol central.

Con **modalidades de la transferencia** queremos indicar definidamente el campo de los fenómenos clínicos y en él el de las particularidades que toma el lazo del paciente con el dispositivo del tratamiento y con el profesional que lo atiende. Con esa denominación nos referimos al variado espectro en que puede presentarse lo que llamamos transferencia, es decir, del cómo, cuándo, dónde, bajo

cuáles condiciones, bajo qué circunstancias se instala y desarrolla el lazo con el tratamiento, pero también bajo las formas, estilos, posturas y conductas con que se hace presente en las situaciones clínicas.

En los casos de las adolescentes en tratamiento psicoterapéutico que han sido abusadas sexualmente en la infancia y que constituyen las unidades de análisis de nuestra actual investigación nos proponemos entre otros objetivos:

- Caracterizar cómo se instala y desarrolla el lazo con el tratamiento.
- Caracterizar las intervenciones del psicoterapeuta para abordar lo traumático real vivido.

Estos serán los ejes sobre los cuales reflexionaremos en el presente trabajo.

Intersecciones teórico - clínicas

Encontramos que algunos investigadores del campo psicoanalítico coincidieron en revisar la particularidad de la transferencia en casos de traumatismos en general y en casos de abuso sexual. Entre ellos, destacamos los siguientes como antecedentes de nuestro trabajo:

Pedro Boschán en el artículo: "Realidad psíquica y la controversia Freud- Ferenczi hoy". (Revista de la SAP Números 15/16 años 2011/2012) plantea que para Ferenczi la realidad del trauma se desarrolla en dos direcciones.

La primera de ellas se centra en la asombrosa confirmación de la frecuencia de la seducción sexual real que, según él, sólo puede ser alcanzada por el psicoanalista si es reactuada en la situación analítica y así favorecer su elaboración, ya que la fragmentación de la mente no le permite al paciente pensarla. De acuerdo a sus ideas, esta reviviscencia sólo puede ser lograda si el analista es capaz de tolerar y responder a estados de regresión profundos y sostenidos. La segunda línea de desarrollo, que puede apreciarse adecuadamente en "El niño mal recibido y su impulso de muerte" (1929) tanto como "Confusión de lengua entre el adulto y el niño" (1933) hace hincapié en lo traumatogénico que puede ser la realidad psíquica del Otro cuando ese Otro está en la posición de dar (o imponer) su propia significación no sólo al acontecimiento traumático, sino a la completa existencia del sujeto. Se origina en este concepto la idea que el analista puede estar retraumatizando al paciente al imponerle en la mente sus propias significaciones.

Freud advertía sobre este riesgo, al llamar la atención sobre la necesidad de evitar "hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponerle nuestros ideales ..." (Nuevos caminos de la terapia analítica- Freud, 1919, pag. 187).

Uno de los aspectos centrales de la controversia se refiere al modo en que se origina la desmentida en la mente del sujeto. Ferenczi sostiene que la desmentida es impuesta por el Otro significativo en la mente del niño forzándolo a la escisión, la fragmentación y la identificación con el agresor, imposición que tiene por efecto que "éste -el agresor- desaparece en cuanto realidad exterior, y se hace intrapsíquico". (Ferenczi.1933).

Por su lado, Hirsch considera que a pesar de que "el poder traumático debería ser revivido en transferencia, la terapia psicoanalítica no siempre significa interpretación permanente de transferencia, más bien es indicada la actividad de sostener, confirmar y valorar."

En el caso Lucía el haber sostenido a la adolescente en su deseo de no ver al padre, hijo del abusador, durante 3 años, por el enojo que sentía con él ya que nunca le había reconocido su sufrimiento por el abuso de su abuelo, fue fundamental. La terapeuta hablaba telefónicamente con el padre para comentarle cómo estaba Lucía hasta

que hubo condiciones para hacer entrevista conjunta de adolescente, padre y analista. Allí, a partir del trabajo telefónico, el padre reconoció el padecimiento de su hija, y retomaron el contacto con fluidez.

Hirsch, entre otras, distingue las siguientes categorías, que podrían ser entendidas como modalidades transferenciales: idealización, transferencia negativa de una "imagen" de madre arcaica y destructiva independientemente del objeto traumático y aparición del trauma sexual específico. Se propone trabajar en el curso de la terapia, sentimientos de culpa, vergüenza y duelo, a fin de permitir la separación de los objetos traumáticos, a pesar de que el peligro de volver a ellos, frecuentemente representado por el objeto real, no garantiza un éxito total en todos los casos (Hirsch, 1997: 681).

En el caso Lucía el sentimiento de culpa fue muy grande, a tal punto que Lucía realizó un intento de suicidio, un aborto y tuvo un trastorno alimentario en el que reproducía un circuito de atracones, culpa y vómitos. Sólo después de varios años de tratamiento, y en un momento de gran angustia porque su hermano no estaba bien, consumía marihuana y había iniciado una consulta psicológica, Lucía le relató a la terapeuta: "Cuando éramos chicos, mientras mirábamos tele le dije a mi hermano de 3 que hiciéramos el juego del camión (el mismo "juego" que le hacía el abuelo): Le refregué la cola de mi hermano en mis genitales hasta que acabé. Mi hermano gritaba y yo lo presioné" Este relato tan importante, por el grado de traumaticidad que contenía, pudo brindarse recién cuando se logró un clima transferencial de mucha intimidad.

En el caso de Flavia, la vergüenza y la timidez eran muy notables. Estos sentimientos se empezaron a hacer más presentes después de que sucedió el episodio de abuso. Ocurría tanto en el lazo con su familia como en el establecimiento de vínculos nuevos con pares; así como también en el terreno de la sexualidad cuando conocía a alguien o cuando tenía relaciones íntimas. Hubo que crear un ambiente de mucha confiabilidad para que ella pudiera confiar en que podía contar todas estas cuestiones.

Loli se angustia al sentir que nadie de su familia la apoya ni le cree. Pregunta llorando a la terapeuta: "¿está mal lo que hice? pero ya no lo aguantaba más!"

Se trabaja con Loli apuntando a desculpabilizarla por haber efectuado la denuncia policial y haber podido contar a sus familiares para que la ayuden, que ella es una niña y son los adultos los responsables de lo que le pasó, que ella nada provocó, que quienes tienen que protegerla la lastimaron y ella merece ser cuidada y protegida como lo están haciendo su abuela y tíos.

Al finalizar la entrevista la terapeuta le plantea que continuarían trabajando, para que ella tenga un espacio en el que poder hablar de todo lo que sintiera, pensara o hiciera por más vergonzoso, terrible o tonto que fuera ya que estaba ahí para escucharla e intentar ayudarla.

Loli durante la entrevista tuvo momentos de angustia y otros de mucho enojo, bronca.

En la quinta entrevista relata lo sucedido aquel día. Y en la siguiente, llega y refiere necesitar hablar de los abusos de su papá en su casa (esta entrevista es posterior a que al padre lo excarcelan y se hace la medida de protección de Loli con su abuela.). "Ahora siento que puedo y necesito hablarlo".

Otro referente es Nayar (2008), quien aporta dos aspectos específicos de la técnica clínica en el tratamiento de individuos traumatizados.

"El primer aspecto comprende la creación de un ambiente seguro como un paso esencial para la aparición de recuerdos traumáticos y la represión/contención de los sentimientos que acompañan a los mismos".

. En el caso de Flavia, el ambiente seguro y confiable hizo que pu-

diera disponer de un espacio en el que contar por primera vez lo que la hacía sufrir: sus estados de encierro y aislamiento, la dificultad en armar nuevos vínculos, sus inhibiciones en la sexualidad, y desplegar su sintomatología. Uno de los efectos más considerables fue que pudo empezar a relacionarse y a conectarse con su bebé, que había nacido unos meses antes del tratamiento y que estaba mayormente al cuidado de su pareja y de su mamá, sintiéndose como ella misma refiere: “Más ligada a mi hijo”.

“El segundo aspecto examina los desafíos que tal trabajo le presenta al analista en su capacidad de contención, credulidad y hasta su evaluación de la realidad, dentro de la situación clínica” (Nayar, 2008: 50).

En el caso de **Loli** se podría destacar diferentes momentos en cuanto al despliegue de los fenómenos transferenciales. En las primeras entrevistas, las cuales se llevaron a cabo en un institución pública luego de haberse realizado una denuncia penal, se despliegan sentimientos de temor y desconfianza, ante la posibilidad de hablar sobre el abuso denunciado. Estos sentimientos que se actualizan en las primeras entrevistas guardan relación con la reacción que tuvo su familia de origen (madre y hermanos) cuando Loli denuncia el abuso sexual padecido por su padre.

El autor afirma que la inestabilidad resultante del ego del analista con respecto a su trabajo pueden dificultarle permanecer alerta y aún así, empático, sintonizar emocionalmente pero ser analíticamente escéptico. La flexibilidad del analista para ser utilizado como objeto de transferencia, objeto de desarrollo y auto-objeto, resulta determinadamente crítico del resultado del tratamiento bajo tales circunstancias.

En el caso de **Malena**, adolescente de 18 años, agobiada por un fuerte estado depresivo, le implicaba un arduo esfuerzo asistir a las sesiones. Decía estar desganada, no tener fuerzas para salir de la cama. Si la terapeuta se tomaba licencia durante las vacaciones o si por alguna razón suspendía una sesión, este hecho repercutía en la transferencia poniendo seriamente en riesgo la continuidad del trabajo terapéutico. Tras estas ausencias de la terapeuta, a la joven le resultaba muy difícil retomar el tratamiento. En repetidas ocasiones, la terapeuta intervino llamándola por teléfono y ofreciéndole asistir al hogar en el que ella vivía; visitas que Malena aceptaba con cierta expectativa. En algunas oportunidades las sesiones se llevaron a cabo en el hogar y en otras, la terapeuta simplemente iba a visitarla, a hacerse presente, lo cual permitía que después la joven pudiera volver a insertarse en el encuadre habitual del tratamiento.

Reis (2009) hace referencia a cómo aparecen en transferencia las cuestiones traumáticas. En su trabajo, intenta ampliar el concepto de ser testigo en el trabajo de pacientes traumatizados, extendiendo la idea de incorporar la capacidad, desarrollada y diversa, del/a paciente para atestiguar, así como el testimonio dentro de la relación analítica misma.

Loli dice hablando de su padre y después de recordar otras situaciones de abuso a edades más tempranas: “...no me dejaba salir a ningún lado y menos si sabía que podía haber algún varón, a veces me decía que yo era de él, y no lo entendía, después me di cuenta que era por las cosas que me hacía, estaba confundido me parece, yo soy su hija, ¿no?”

Terapeuta: “Si claro y está bien lo que vos decís, y también es entendible que te genere confusión todo esto porque las cosas en tu casa estaban muy confusas en cuanto a los lugares y límites hacia el otro”.

Loli: “Sí, todo mezclado, para mi papá yo era su princesita, y estaba de chica mucho con él pero después me empecé a sentir incomoda con estas cosas que me hacía y a rechazarlo”.

Terapeuta: ¿Cuándo empezaste a rechazarlo?

Loli: “Cuando empecé a desarrollar y me crecieron los pechos y él siempre fue algo que me elogio y remarco de mí, una vez me dijo “que no me entere que alguien te los toca”. Qué vergüenza me da contar esto, pero me decía: ¿quién te toca las tetas porque las tenés muy grandes decime putita?”.

Terapeuta: “Está bien que sientas vergüenza porque son cosas de tu intimidad”.

Loli: “La verdad que me hace bien aunque me de vergüenza contarte estas cosas porque hay veces que no se que estaba bien o mal”.

Reis afirma que “las acciones que ocurren como parte de la repetición traumática son comprendidas como representación del fenómeno de memoria/recuerdos y se distinguen de una experiencia disociada de uno mismo. Estas experiencias no están destinadas terapéuticamente a ser simbolizadas, más bien, a ser vividas con el analista, transformando así la propia relación del/a paciente con la experiencia”. Sugiere que la escena en la cual esta vivencia tenga lugar, sea la de la matriz transferencia-contratransferencia, y que sea el encuentro analítico que permita que la repetición traumática asuma la calidad de un discurso dirigido a otro, más que una reproducción sin significado. (Reis, 2009: 1359).

En el caso **Lucía**, cuando se introdujo la temática del posible cierre del tratamiento, se repitió una nueva situación de sometimiento con la presencia de signos de percepción del traumatismo infantil: el abuso sexual de su abuelo. Lucía inició un vínculo con un novio que no se cuidaba ni la cuidaba. Salía con el auto por las rutas borracho, no se ponía el cinturón de seguridad, la llevaba a altas velocidades, tenía relaciones sexuales con ella sin preservativo, la llamaba en la madrugada 2 o 3 veces por noche borracho, le interrumpía el sueño. Ante una pregunta de la terapeuta recordó que su abuelo también estaba alcoholizado cuando la abusaba, interrumpiéndole muchas veces el sueño. Ella sentía que en todo esto había algo que le producía muchísima excitación sexual: él la trataba como alguien inferior a él. Esto a ella la excitaba muchísimo pero también la angustiaba. Ella fue poniéndole condiciones para continuar el vínculo, a lo cual él respondió haciendo numerosos cambios para no perderla. Esta experiencia vivida en transferencia, frente a los ojos de la terapeuta que después de 10 años había planteado comenzar a tratar el cierre del tratamiento, se constituyó en una “experiencia piloto” para que, lo que al principio parecía una muestra de que aún no era posible cerrar el espacio, terminara siendo una muestra de que ya había condiciones. Los movimientos de la transferencia- contratransferencia fueron tomados como guía y brújula en ese proceso.

En el caso de **Flavia**, a lo largo del tratamiento, fueron varias las veces en que tuvo episodios en los que no podía salir de su casa: “Me agarró una depresión, de no querer salir”, “Trato de resolver todo yo sola. Por eso me escondo a todo lo que pueda llegar a pasar”. Esto coincidía con los sentimientos y reviviscencias traumáticas que se actualizaban en el ámbito terapéutico.

En nuestro medio Calvi (2006), plantea que cuando el abuso ha sido silenciado durante mucho tiempo es en análisis sostenido en la transferencia como estos hechos traumáticos pueden ser puestas en palabras. Lo traumático tiene un carácter cuasi alucinatorio porque hay poca elaboración sobre el recuerdo. Se ponen en marcha mecanismos defensivos que se caracterizan por mantener las experiencias traumáticas y los sentimientos asociados con ellas totalmente separados del resto de las vivencias habituales.

En el caso de **María** contar por su propia voluntad en el marco de su terapia el abuso sexual paterno, fue una marca distintiva respecto de sus terapias previas. Ella dice “esta vez soy yo la que lo quiero contar, por primera vez” ya que era la primera vez que el relatar no era producto de la demanda de otro dado que María transitó un juicio penal

donde hizo una declaración testimonial y tuvo varias evaluaciones psicológicas y psiquiátricas. En ese contexto transcurrieron sus tres terapias anteriores. Por otra parte, la sospecha permanente durante el juicio penal sobre la veracidad del abuso, junto con la posición del padre de que el relato sobre el abuso era una fabulación producto de la influencia de su madre (aludiendo al llamado “síndrome de alienación parental”), generaron en María un esfuerzo permanente por recordar la escena abusiva como garantía de verdad de lo ocurrido. Sin que el relato aún se produjera en análisis la paciente manifiesta un fenómeno sintomático consistente en “olvidarse de todo”: olvida cumpleaños, salidas que le gustan, horarios de encuentros, etc. Este hecho llamativo se pone en relación con su manifestación inicial de contar el abuso, hecho que desencadena el relato del mismo con una fuerte carga de registros sensoriales y visuales del hecho. Esto dio lugar a un alivio importante y a la disminución de los “olvidos sintomáticos” abriéndose lugar a recordar otras escenas y conectase con proyecciones sobre su futuro. “Tenerlo todo el tiempo en la cabeza” bajo esa modalidad (si bien no a modo alucinatorio pero tampoco a modo de recuerdo) era iatrogénico, pues impedía convertirlo en vivencia y por tanto quedar atravesado por los procesos de olvido-memoria, es decir de inscripción psíquica. Fue en la relación transferencial y en la tensión de recibir un relato no para “evacuarlo” pero tampoco para “inspeccionarlo” o quedarse en sus detalles, sino más bien para elaborar el valor del mismo y su inscripción en transferencia, como parte de la historia.

Inji (2001) realiza un trabajo acerca de la transferencia como puesta en acto y la contratransferencia en casos de niños/as que han padecido abuso sexual. Destaca que la expectativa del/a niño/a es que el abuso se repetirá en el contexto de la psicoterapia. En la relación de transferencia el terapeuta debe consentir que el/a niño/a lo perciba como un adulto potencialmente abusador para permitir poner en acto lo que él/ella ha tenido que soportar tanto como un medio de mostrar sus espantosas experiencias al terapeuta como de proyectar sobre éste/a el shock y la indignación que quizá no pudo expresar antes.

Muchos autores han subrayado que hasta que el terapeuta haya experimentado el trauma de sus pacientes “de una manera atenuada” dentro del contexto de la relación terapéutica y se haya sentido genuinamente consternado por lo que el paciente ha experimentado, éste, el paciente, no puede empezar a trabajar sobre el problema de su propia conducta traumatizante. Pero, ¿cuál es el impacto de tales proyecciones y puestas en acto (enactments) en la relación terapéutica y el entorno protector que se encarga de la o del paciente? Algunos autores describen el abuso sexual del niño/a como si “el abusador violara físicamente la mente de la niña, como si un trozo de locura se introdujera de manera forzada en su mente, de forma que el niño no puede comprender sus experiencias, pensamientos y sentimientos”. Añaden que “el mismo proceso puede suceder a aquellos profesionales que trabajen con el niño”. Los sentimientos contratransferenciales de confusión, de deseo de proteger, de rabia, de sadismo, de impotencia, y la incapacidad para pensar se despiertan y, a menudo, dejan a todos los involucrados con el deseo de “mirar hacia otro lado”.

También Berezín (2005) menciona la influencia que puede llegar a tener sobre nuestro ejercer profesional la asistencia a un/a niño/a sexualmente abusado/a. La autora refiere que en cada etapa del proceso de intervención (el primer encuentro con el/a niño/a en riesgo, el momento de la validación del abuso sexual, y el transcurrir del tratamiento psicoterapéutico), el/a profesional irá vivenciando estados emocionales específicos, que si son comprendidos (o analizados), pueden ser instrumentos técnicos útiles para entrar

en contacto con los niveles más profundos del material de un paciente. Sin embargo, sostiene que las intensas emociones suscitadas en el/a profesional podrían generar un retraimiento o un alejamiento narcisista de su posición de analista acarreado la pérdida de empatía, la indiferencia pasiva o abandono interno y eventual imposibilidad de proseguir con la tarea.

Aunque se trata de casos de niños/as, y dada la limitada bibliografía existente acerca del tema, resulta de interés para esta investigación las minuciosas descripciones clínicas que consideramos podrían aplicarse a las psicoterapias con adolescentes.

Conclusiones

Surgen interrogantes en el análisis de los antecedentes que nos señalan un estado de vacancia en la articulación de lo conocido respecto a cuestiones transferenciales en casos de traumatismos y abusos con la especificidad de las transferencias en pacientes adolescentes. Para esta investigación que se centra en casos de adolescentes que fueron abusados sexualmente en su infancia, indagar las modalidades y especificidad de las transferencias y los efectos subjetivos en los profesionales que se ocupan de estos casos, es un paso ineludible para precisar los resortes del funcionamiento y manejo de los tratamientos psicoterapéuticos. Y esto en la medida en que justamente la clínica en estos casos presenta particularidades que le son propias y se hallan presentes desde los motivos de consulta, pasando por las vicisitudes y dificultades de los procesos terapéuticos y su sostenimiento, hasta sus modos de interrupción o finalización, con mayor o menor éxito o eficacia.

Es objetivo de la investigación en la que se asienta el presente trabajo, mostrar la relevancia de estudiar las repercusiones subjetivas del psicoterapeuta que pueden operar como obstáculo o motor en el trabajo analítico, incidiendo en las modalidades de las transferencias.

BIBLIOGRAFIA

- Asbed, A. y Mouguillansky, C. (2009). *Clínica de adolescentes*. Buenos Aires: Teseo
- Azaretto, C. (2007). Diferentes usos del material clínico en la investigación en psicoanálisis. *Memorias de la XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología: Tercer encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, UBA.
- Benyakar, M. y Lezica, Á. (2005). *Lo traumático, Clínica y paradoja*. Tomo 1. Buenos Aires: Biblos.
- Bleichmar, S. (2006). La deconstrucción del acontecimiento. En Leticia Glicer (Comp.) *Tiempo, Historia y Estructura. Su impacto en el psicoanálisis contemporáneo*, Bs. As. Lugar.
- Bleichmar, S. (2008). El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo. Buenos Aires. *Revista Topia*.
- Berezin de Guitier, J. (2005). Sobre la praxis psicoanalítica: contratransferencia en abuso sexual infanto-juvenil. En Irungaray, Elda Susana (2005) *Contratransferencia, subjetividad y deseo del analista*. Symposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 33; Congreso Interno, 43. -- Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, 2005. -- p. 161-166
- Borgogno, F. (2008). La concepción clínica y teórica del trauma en Ferenczi. Un breve mapa introductorio. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. Número 11/12. Año 2008. Buenos Aires.
- Boschán, P. (2008). Trauma y niñez. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. Número 11/12. Año 2008. Buenos Aires.
- Brusset, B. (2005). *Psychopathologie de l'adolescence*. En Lebovici, S., Diatkine, R. y Soulé, M. (2005) *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. París: Puf. Vol 3
- Camels, J. y Mendez, M.L. (2007). El incesto: un síntoma social. Una perspectiva interdisciplinaria. Buenos Aires: Biblos
- Calmels, J. (2008). "Clínica e Incesto". Trabajo presentado en la Institución "La Tercera". Asistencia y Docencia en Psicoanálisis. Panelista invitada en las jornadas de la institución. Octubre
- Calmels, J. (2008). El incesto como experiencia límite. XV Jornadas de Investigación en Psicología y IV Encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Problemáticas actuales. Aportes de la investigación en psicología. Facultad de Psicología UBA. 2008. Agosto
- Frenkel, J. B. (2006). La teoría del trauma en Ferenczi. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. Número 11/12. Año 2008. Buenos Aires.
- Ganduglia, A. (2008). Dilema para psicoanalistas: las consultas por abuso sexual de niños en las instituciones de salud. En Lamberti y Sanchez y Viar (comp) *Violencia familiar y abuso sexual*. Buenos Aires: Universidad
- Glasser, B. y Strauss, A. (1980). *The discovery of grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publ.
- Gutton, P. (1993). *Lo Puberal*. Buenos Aires: Paidós.
- Hirsch, M. (1997). Psychoanalytic therapy of sexually abused adolescents. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*; 46(10): 681-95, 1997 Dec.
- Inji, R. (2001). Countertransference, enactment and sexual abuse. Londres, UK. *Journal of Child Psychotherapy*. 2001. Vol 27, Tomo 3. En Abad, Manuel (2001) *Aperturas psicoanalíticas*. Madrid. *Revista nº031*
- Intebi, I. (1998). *El abuso sexual infantil en las mejores familias*. Buenos Aires: Granica.
- Jeammet, P. y Corcos, M. (2005). *Evolution des problématiques a l'adolescence*. París: Doin
- Nayar, MC. (2008). Technical considerations in the psychotherapy of traumatized individuals: a psychoanalytic perspective. *Am J Psychoanal*; 68(1): 50-65, 2008 Mar.
- Padua, J. (1994). *Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica (1ª reimp. en Chile)
- Pascualini, D. y Llorens, A. (2011). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Organización Panamericana de la Salud, 2011.
- Reis, B. (2009). Performative and enactive features of psychoanalytic witnessing: the transference as the scene of address. *Int J Psychoanal*; 90(6): 1359-72, 2009 Dec.
- Sabino, C. (1996). *El proceso de investigación*. Buenos Aires: Lumen.
- Samaja, J. (1994). *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA. 1995.
- Toporosi, S. (2012). Un adolescente con conductas abusivas sexuales hacia una niña pequeña. *Intervenciones clínicas*. *Revista Topia* N° 54, abril 2012.