

Pontificia Universidad Católica del Perú
Escuela de Posgrado



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**EXPERIENCIAS ÍNTIMAS DE MUJERES CON INTENTO SUICIDA
UN ESTUDIO DE CASOS**

Tesis para optar por el grado de Magister en Estudios Teóricos en Psicoanálisis que
presenta

Claudia Melo- Vega de la Puente

Asesora: Carla Mantilla Lagos

2014

*So, so you think you can tell
Heaven from Hell,
Blue skies from pain.
Can you tell a green field
From a cold steel rail?
A smile from a veil?
Do you think you can tell?*

*Did they get you to trade
Your heroes for ghosts?
Hot ashes for trees?
Hot air for a cool breeze?
Cold comfort for change?
And did you exchange
A walk on part in the war
For a lead role in a cage?*

*How I wish, how I wish you were here.
We're just two lost souls
Swimming in a fish bowl,
Year after year,
Running over the same old ground.
What have we found
The same old fears.
Wish you were here.*

*Wish you were here
Pink Floyd*

AGRADECIMIENTOS

A Luisa, Miriam y Karina por su tiempo y disposición. Gracias a las tres por enseñarme tanto. Espero sinceramente que logren encontrar lo que buscan.

A Carla Mantilla, por su valiosa asesoría. Gracias por el espacio de diálogo brindado, por el conocimiento y la paciencia. Espero mantener el contacto.

A mi amigo y colega Diego Polo. Gracias, sobretodo, por el afecto y las experiencias compartidas.

A mis compañeros y profesores de la Maestría. En especial, a Rosa Ruiz y a Max Hernández Camarero. Gracias por compartir sus reflexiones con cariño.

A Daniella Brahim y Rosella Millones, por su disposición y sugerencias oportunas.

A Cristina Van Zuiden, hermana del alma, por compartir conmigo experiencias y conocimientos de la vida más allá de los libros.

A mi padre, a quien quiero mucho.

Un agradecimiento especial a mi esposo, mi compañero de vida. Gracias por tu amor, soporte y comprensión.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
Resumen/Abstract	6
INTRODUCCIÓN	8
El estado de la cuestión	8
Aportes psicoanalíticos	10
Justificación de la investigación	21
METODOLOGÍA	22
Aspectos éticos	23
Participantes	24
Recojo de la información	25
Procedimiento	26
Análisis de la información	27
RESULTADOS	30

Luisa	31
Vínculos traumáticos: Lo aparente y lo propio.	36
El dolor psíquico irrepresentable: Lo real de la pérdida.	42
Corporizar la muerte: La oralidad desbordante	45
Miriam	48
Vínculos traumáticos: La muerte en lo simbiótico.	56
El dolor psíquico irrepresentable: El abandono absoluto.	63
Corporizar la muerte: La protesta encarnada	66
Karina	70
Vínculos traumáticos: Rupturas y quiebres.	76
El dolor psíquico irrepresentable: El trauma de la violación.	84
Corporizar la muerte: "No pasa nada".	86
A modo de integración	90
CONCLUSIONES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXO	107

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo comprender la experiencia del suicidio a partir del conocimiento y la interpretación de los relatos de la experiencia de vida de tres mujeres luego de un intento suicida actual. El estudio estuvo compuesto por 3 mujeres con intento suicida que se encontraban internadas en un Hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana. Para cumplir con nuestro objetivo, se realizó una investigación empírica cualitativa. Se realizó un estudio de casos y la información se trabajó mediante un análisis temático. El recojo de la información se realizó desde múltiples entradas: se realizaron tres conversaciones con cada una, se recogió información de datos pertinentes de su historia clínica, de un cuaderno de anotaciones que se le entregó a cada mujer y del diario de campo de la investigadora. El análisis de los resultados evidenciaron la presencia de una realidad vincular traumática que dificultó la construcción de un sí mismo autónomo capaz de hacer frente y elaborar experiencias dolorosas. Desde este lugar, el ataque al cuerpo se presenta como una salida desesperada frente al dolor psíquico intolerable y a la imposibilidad de imaginar otra solución. Estos resultados se analizan en cada caso con un significado particular que se interpreta a la luz de los relatos recogidos.

Palabras clave: Intento suicida, subjetividad femenina, vínculos traumáticos, dolor psíquico irrepresentable, corporizar la muerte.

ABSTRACT

This investigation aims to understand the suicidal experience from the knowledge and interpretation of the life experience stories of three women after actual

suicide attempts. The study consisted of three women who attempted suicide that were admitted to a Mental Health Hospital in Metropolitan Lima. To accomplish the objective, a qualitative empirical study was carried out. Case studies were made and the information was processed by thematic analysis. The collection of information was conducted through multiple inputs: three conversations held with each of the subjects, pertinent information from their clinical history, and the researcher's field journal. The results showed the presence of a traumatic bonding reality that hindered the construction of an autonomous self capable of coping and elaborating painful experiences. From this place, the attack on the body presents itself as a desperate flight from the intolerable psychic pain and the impossibility of imagining another solution. These results are analyzed in each case with their particular significance interpreted in light of the stories told.

Keywords: Attempted suicide, female subjectivity, traumatic bonds, unrepresentable psychic pain, embodiment of death.

INTRODUCCIÓN

1. El estado de la cuestión

El suicidio es una de las problemáticas más directamente relacionadas con el sufrimiento humano. A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), se suicidan casi 1 millón de personas al año. Esto supone una muerte cada 40 segundos. La OMS (2012), subraya que en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial.

Destaca, asimismo, la importancia de los comportamientos no letales como un problema grave de salud pública. Se estima que por cada persona que logra suicidarse, 20 lo intentan. De esta forma, el intento suicida es, uno de los mayores predictores del suicidio consumado. Asimismo, los estudios revelan que existe una estrecha relación entre los trastornos psiquiátricos relacionados al estado de ánimo y la conducta suicida (OMS, 2012).

Desde la psicología, los hallazgos encontrados en investigaciones refieren que la depresión, el abuso de sustancias, los desórdenes de la alimentación, los trastornos de personalidad límite y evitativo, se encuentran estrechamente relacionados con la conducta suicida (Bobes, Saíz, García Portilla, Bascarán & Bousoño, 2004; Solís, 2005; Vásquez, 1998).

En nuestro medio, un estudio realizado en el servicio de emergencia del INSM “HD-IN”, 1994-1996, indica que la mayoría de pacientes atendidos que intentaron suicidarse fueron mujeres (77.3%) (Vásquez, 1997).

En la mayoría de los países en los que se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan mayores tasas de ideación y de intento suicida. Ésta, puede llegar a ser de 2 a 3 veces superior a la de los hombres. Sin embargo, la mortalidad producida por esta conducta es típicamente más baja en mujeres que en hombres (OMS, 2012). Así, en la actualidad, se considera fundamental comprender los riesgos específicos en la salud mental de las mujeres.

Según Canetto (1992) es importante, tener siempre presente en qué tipo de cultura viven estas mujeres ya que diferentes tipos de conducta autodestructiva estarán relacionadas de distinta manera con la masculinidad y la femineidad. Por ejemplo, en los países industrializados el suicidio consumado (exitoso y completo) es considerado un acto masculino. El intento o fracaso del suicidio está asociado a la femineidad. Según la autora, de base, existen algunas percepciones que funcionan como estereotipos de género. Por ejemplo, que las mujeres fracasan incluso en el acto suicida, que las mujeres se suicidan por amor y los hombres por honor, que las mujeres utilizan el intento suicida como un medio para alcanzar un fin, entre otros. Canetto (1992) subraya la importancia de ver detrás de los estereotipos ya que, en definitiva, sea el suicidio exitoso o no, es la manera que muchas mujeres han encontrado de hacer visible su sufrimiento.

Pero, ¿cómo comprender la naturaleza particular de este sufrimiento? Es fundamental hacernos esta pregunta pues si bien se puede prevenir o reducir el número de conductas suicidas identificando grupos de alto riesgo o reduciendo el

acceso a determinados métodos, existe una brecha entre la gran figura generada por la investigación epidemiológica que identifica este tipo de factores y la experiencia del sufrimiento personal. El psicoanálisis como disciplina que nos acerca al mundo interno de las personas, a la experiencia subjetiva, posibilita que la muerte como representación psicológica inconsciente con diferentes significados pueda ser mejor entendida (Guzzo, 1982). En el siguiente apartado queremos centrarnos en algunos aportes psicoanalíticos que nos ayudarán a comprender la conducta suicida.

2. Aportes Psicoanalíticos

El suicidio entendido desde la teoría de la melancolía

En su artículo "Duelo y melancolía", Freud (1917) realiza un primer esfuerzo por acercarse al fenómeno suicida. Si bien el objetivo principal de este trabajo fue establecer las diferencias y similitudes entre estos dos cuadros, también subrayó la estrecha relación entre el suicidio y la melancolía. Para entender mejor este planteamiento pasaremos a describir la diferencia entre la resolución de la pérdida en el duelo y en el cuadro melancólico.

En el duelo, cuando la relación con el objeto resulta dañada, se retira la libido y se desplaza a otro objeto (trabajo de duelo). Sin embargo, lo que ocurre en la melancolía es que la libido liberada a partir de la pérdida es depositada en el Yo, estableciéndose así una identificación inconsciente con el objeto perdido.

Identificación que empobrecerá al Yo ya que la pérdida del objeto se convierte en la pérdida del Yo. En la melancolía, la agresión que se siente por la pérdida, dirigida en un inicio contra el objeto perdido, se dirigirá contra el propio sujeto tomando la forma de humillaciones, autocastigo o como el deseo de muerte. Sin embargo, los ataques serían en realidad quejas que la persona le hace al objeto perdido introyectado en su

Yo. Toman esta forma, porque el melancólico no desea perder el amor del objeto: *“La sombra del objeto cayó así sobre el Yo; éste último a partir de ese momento, pudo ser juzgado (...) como un objeto, y en realidad como el objeto abandonado.”* (p. 2095).

Así, se transformará la pérdida del objeto en una pérdida del Yo, y el conflicto entre el Yo y la persona amada, en una disposición entre la actividad crítica del Yo y el Yo modificado por la identificación. En su artículo *“El Yo y el Ello”* (1923) queda más claro el conflicto entre el Yo y, la instancia crítica, el Super- yo. Habrían personas con un super-yo sádico, extremadamente enérgico y destructor que se enfurece implacablemente contra el Yo. El super-yo se apuntalaría como un espacio de reunión entre el instinto de muerte y la función de conciencia moral. Si su acción llega a ser demasiado cruel y persecutoria, el yo podría llegar a abandonarse a sí mismo (habiendo sido ya abandonado por el objeto) y dejar actuar los impulsos de muerte existentes en el ello.

Entonces, tomando en cuenta lo anterior, la melancolía sería el equivalente patológico del duelo. Freud postulará, finalmente, que las tendencias autoagresivas, tanto en el melancólico como en el suicida, surgirán como reacción a la pérdida de un objeto amado y odiado a la vez con el cual el Yo se ha identificado de manera inconsciente. Así, tanto el melancólico como el suicida desean desaparecer como el objeto ha desaparecido (Abraham 1948, Freud, 1917, Klein, 1935).

Por su parte, Klein, (1935) señalará que la melancolía tiene que ver con la incapacidad del sujeto de manejar el dolor característico de la posición depresiva. Así, el melancólico funcionaría aún desde procesos esquizoides y primitivos de no integración. Primarían aún la escisión y la identificación proyectiva de manera que el objeto perdido o ausente sería percibido como un objeto malo responsable de todas las

emociones dolorosas de pérdida y frustración. En la posición depresiva, por el contrario, el objeto aunque ausente, permanece bueno. Es importante señalar que para la autora el logro de la posición depresiva no es un fenómeno que se conquista una sola vez en la vida, sino que ésta es renegociada una y otra vez en distintas situaciones. Por ejemplo, en determinado reto evolutivo o en una situación traumática en la que existirían dos posibles escenarios: la regresión a la enfermedad o mayor integración.

Fantasías suicidas y relaciones objetales

Desde la línea de las relaciones objetales, según Bell (citado en Briggs et. al, 2008) el desencadenante o motivo que el suicida da es solo una explicación superficial debido a que éste no quiere reconocer los graves disturbios que realmente se hallan detrás del acto. Según el autor, a la base de todos los intentos suicidas hay fantasías concernientes al self, a los otros y a la relación con su cuerpo. Estas fantasías serían generalmente incoscientes.

Así, las personas con conducta suicida evidenciarían fantasías de destrucción de objetos malos introyectados y de aspectos no deseados del Self. Asimismo, se revelarían pocas introyecciones tranquilizadoras. Éstas, serían más bien hostiles y pobremente integradas (Klein, 1935, Winnicott, 1960 & Kernberg, 1984).

En esta misma línea, Hale (citado en Briggs et al, 2008) propone que existen cinco tipos de fantasías suicida: la fantasía de venganza que se centra en el impacto que el suicidio tendrá en el ambiente; la fantasía de autocastigo que es dominada por la culpa y la erotización del dolor; la fantasía de asesinato en la cual el sujeto experimenta el cuerpo como una fuente disociada de maldad de la cual debe deshacerse; la fantasía de "jugar con la muerte" en la cual el suicida deja el resultado

del acto suicida a la suerte o a un agente externo y, finalmente, la fantasía de fusión con la madre omnipotente. El autor sugiere que esta última, subyace a todas las anteriores y que puede existir más de una fantasía a la vez.

El suicidio entendido como un estado mental psicótico de desintegración

Scholz, (citado en Kaslow et. al, 1988) refiere que la persona con conducta suicida presenta graves disturbios en el funcionamiento del Yo ya que las defensas utilizadas son, principalmente, la vuelta de la agresión contra el self, la negación primitiva, la escisión, la idealización primitiva, la introyección y la regresión. Más aún, la prueba de realidad puede verse empobrecida en un contexto de regresión, disforia y rabia, asociado, por lo general, a situaciones en las que se percibe abandono o pérdida de la autoestima (Marcus, citado en Kaslow et. al, 1988).

En este sentido, Abadi (1979) subraya que el suicidio es una regresión que se manifiesta no solo en mecanismos de defensa primitivos, sino también en el pensamiento mágico y en las ansiedades paranoides. Según el autor, se trataría de un estado mental psicótico de desintegración en donde prima la fantasía universal de retorno a los primeros tiempos de vida.

El estado mental pre- suicida se describe como un estado mental traumático de desintegración en el que la persona que se encuentra totalmente sobrepasada por sus emociones, ataca el cuerpo y logra calmarse. Así, el miedo a la desintegración constituye para el suicida algo mucho peor que el suicidio mismo (Anderson; Ladame & Orbach citados en Briggs et al., 2008).

En este sentido, consideramos importante destacar un estudio realizado en nuestro medio, en el cual se planteó que el riesgo suicida surgía desde la desesperanza

y que la ansiedad desorganizaba el pensamiento, las emociones y la conducta dando resultado el acting out (Torres,1983).

El suicidio entendido como dolor mental

Por su parte, Schneidman, (1993), casi al final de su carrera como suicidólogo, postuló que el suicidio era causado por "*Psychache*" (o "*Dolor mental*"). En términos de Schneidman, Psychache es dolor de la mente. En personas con conducta suicida este dolor se vive como intolerable. Psychache es una mezcla de dolor, angustia, pena, miseria, vergüenza, culpa, humillación, soledad, desesperanza y todos los sentimientos que se le parezcan. Estas emociones y experiencias negativas se vuelven en una gran experiencia generalizada de dolor insoportable; un tipo de perturbación emocional extrema. Schneidman (1993) teoriza que para todos los individuos hay dos tipos de necesidades: aquellas que tienen que ver con las necesidades de la vida cotidiana y aquellas que tienen que ver con las necesidades vitales. Estas últimas, son en las que el sujeto se centra cuando está bajo mucha presión. Según el autor, son por este tipo de necesidades que las personas están dispuestas a morir. El *Psychache*, es un dolor mental intolerable causado por la frustración de este tipo de necesidades.

Identifica diez características comunes en los pacientes suicidas: 1. El propósito del acto suicida es el buscar una solución; 2. La meta común es el cese de la consciencia; 3. El estímulo común es el dolor psíquico; 4. El estresor común es la frustración de las necesidades psicológicas; 5. La emoción común es la desesperanza; 6. El estado cognitivo más común es la ambivalencia; 7. El estado perceptivo es la constricción; 8. La acción común es escapar; 9. El acto interpersonal más común es el de comunicar una intención; 10. Lo consistente en el suicidio son las defensas utilizadas a lo largo de la vida.

Orbach (citado en Briggs et al, 2008) propone, apoyándose en el concepto de psychache de Schneidman, que el deseo suicida surge como consecuencia de un dolor psíquico insoportable producido por constructos internos muy dolorosos. Estos constructos internos son gatillados por la sensibilidad a circunstancias que producen típicamente dolor mental tales como la pérdida, las heridas narcisistas, la culpa o los fracasos. Estos constructos también incluyen creencias y actitudes en relación a las condiciones en las que vale la pena vivir o morir. Cuando estos constructos empiezan a trabajar, pueden producir un dolor mental insoportable dando como resultado que la persona quiera matarse. Sin embargo, como veremos a continuación, para poder realizar un acto autodestructivo además de los procesos mentales deben entrar también en funcionamiento procesos corporales especiales.

El cuerpo suicida.

Orbach (citado en Briggs et al, 2008) señala que tanto mente como cuerpo toman parte en el acto suicida y que, por tanto, en la terapia con pacientes suicidas se debe siempre tomar en consideración ambos aspectos. Especifica las características del cuerpo suicida: éste se disocia, hay entumecimiento, anhedonia, indiferencia al dolor físico y se eleva el umbral de los sentidos. Estos estados corporales, señala, pueden facilitar la conducta suicida porque hacen más fácil agredir al cuerpo.

En la línea de lo propuesto por Klein (1957), Maltzberg (citado en Briggs et al, 2008) ya había señalado que cuando la representación del self se desarticula y el pedazo que representa el cuerpo toma las características de una representación de objeto tomando una cualidad no-yo, se abre paso el ataque al cuerpo.

Por ejemplo, cuando el suicida se separa de su cuerpo odiado, éste puede fantasear también que se está reuniendo con un objeto materno idealizado del cual

nunca va a ser separado. El cuerpo que es atacado puede representar el objeto primario odiado (madre interna). Esto se pueda dar debido a la gran escisión mental entre objetos buenos y malos.

La subjetividad femenina y la tramitación de las experiencias dolorosas a través del cuerpo

La subjetivación es un proceso que se da a partir de la conjunción de elementos innatos (biológicos y maduracionales) y de las experiencias que cada uno tiene en su vida. Se trata de un proceso discontinuo: se irá hacia adelante integrando experiencias y complejizando funciones, pero también habrán regresiones propias del desarrollo que buscarán consolidar y preparar al sujeto para el siguiente cambio. La bebé pasará de una suerte de no diferenciación con su entorno a la posibilidad de reconocerse como una persona separada y diferente. Pasará de la dependencia absoluta a la capacidad de estar sola, de autoregularse y trazarse objetivos propios. Podrá también establecer relaciones empáticas con personas distintas a ella. Es decir, habrá un desarrollo que se observará tanto en la integración del cuerpo como en el de la mente.

Pero para que se dé dicha integración se necesita de la madre o de un cuidador que entre en sintonía con sus necesidades y ofrezca su propia mente y cuerpo para que con su ayuda, la bebé se vaya volviendo sujeto.

Freud (1920) destacó el lazo pre-edípico de la mujer con su madre el cual señalaba, era el lazo más fuerte, duradero y rico en contenido. Sin embargo, su propuesta enfatiza en la separación y el cambio de objeto: de la madre hacia el padre, de lo pre- edípico a lo edípico. Desde su visión, era el padre el que permitía el acceso a lo simbólico.

Más adelante, se dará un giro teórico importante. Los postulados post- freudianos resaltarán, el valor del vínculo con la madre- y no la problemática edípica- como base del desarrollo psíquico del infante.

Winnicott (1958) por su lado, prioriza la función de la madre real en el desarrollo emocional del bebé. Señala que si ésta brinda las condiciones necesarias (provee un buen "holding"), el bebé crecerá saludablemente. Pero si, por el contrario, existen muchas fallas ambientales, el bebé desarrollará distintos cuadros psicopatológicos. Por ejemplo, el autor señala que no es posible pasar del principio del placer al principio de realidad a menos que haya una madre suficientemente buena que realice una adaptación activa a las necesidades de la bebé y que priorice los momentos de ilusión para que luego el infante pueda tolerar las frustraciones.

Posteriormente, las propuestas del psicoanálisis francés también le otorgarán un lugar central al vínculo madre- bebé para la constitución del psiquismo femenino. Sin embargo, subrayarán las primeras interacciones entre ambos (Breen,1993) como primeras huellas psíquicas inconscientes estructurantes de la subjetividad femenina. Así, su constitución tendrá un origen previo al lenguaje y, por lo tanto previo al Edipo y a la castración (Kristeva, 1980). Estos intercambios físicos favorecerán un nivel de fusión con la madre indispensable para que desde ahí puedan surgir las primeras representaciones de esa experiencia. A esta experiencia o espacio psicosomático Kristeva lo denominó "*Jorá Semiótica*". Se trata de un espacio de puro goce durante el cual el bebé desplaza su energía en la madre y ella, a partir de la contención, irá otorgando significado a la experiencia. En otras palabras, es un espacio conformado por fuerzas pulsionales, pre- verbal, pero organizado y reglamentado que constituye el despliegue del significado.

Por su parte, Alizade (1999) resalta que si bien este intercambio se da entre la madre y la bebé, el padre no está excluido pues se encuentra en la mente de la madre. Las primeras interacciones piel a piel, según Alizade (1999) se asocian con lo femenino, con la interioridad tanto del cuerpo como de la mente así como con la representación del sostenimiento. Recalca que en dichas interacciones son necesarias los cuidados, las caricias y las palabras. Es por esto que el cuerpo, desde su materialidad cobra importancia en la estructuración del psiquismo (Alizade, 1999).

Jessica Benjamin (1995) propone un psicoanálisis que toma de los intersubjetivistas la propuesta de que la mente estaría compuesta por configuraciones relacionales, que los significados se producen en la relación y el hecho de que el sujeto está constituido por una matriz de relaciones con los demás. Coincide con ellos también en la idea de que la persona está inscrita en dicha matriz luchando en simultaneo por conservar los vínculos con los demás y por diferenciarse de ellos. Benjamin se nutre de la teoría feminista, la teoría crítica y la observación de infantes para proponer un modelo de subjetividad que consideramos sumamente útil para efectos de nuestra investigación. Difiere esencialmente de la psicología del self en el hecho de que desde su punto de vista, la madre es un sujeto autónomo y no solo un objeto del self. Postula que el otro debe ser reconocido como otro sujeto para que el sí mismo experimente plenamente su subjetividad en presencia de ese otro. Esto alude tanto a la necesidad de identificación como a la necesidad de mutuo reconocimiento de los seres humanos como tales. Asimismo, propone, articular lo intrapsíquico y lo intersubjetivo en un continuo más que en una polarización.

Pasando directamente al tema de la subjetividad femenina y la tramitación de las experiencias dolorosas a través del cuerpo, Orbach (citado en Briggs et al., 2008)

señala que las experiencias tempranas de cuidado por parte de los padres, pueden evolucionar en patrones orientados a la preservación o a la destrucción del sí mismo.

Desde la experiencia clínica, Gerish (citado en Briggs et al., 2008) señala que las conductas autodestructivas ocurren tanto en hombres como en mujeres; fundamentalmente, debido a la percepción real o imaginada de la pérdida del objeto amado. El autor propone que aquello que varía es la respuesta frente a la pérdida. Los hombres suelen reaccionar con rabia y su meta es protegerse del sentimiento de pérdida y del sentirse insultado. Según Gerish (citado en Briggs et al., 2008), los hombres tienden a externalizar los objetos y a manipularlos, desean reparar el daño narcisista. Las mujeres, por el contrario, tienden a proyectar muchos de sus conflictos en el cuerpo.

Por otro lado, según Gerish (citado en Briggs et al., 2008) el género compartido entre una madre y su hija es un riesgo particular de la conducta suicida en mujeres. Postula que incrementa el riesgo de que el cuerpo actúe como la estructura organizadora de procesos inconscientes en la diada madre-hija.

De esta forma, no es sorprendente que las mujeres que se encuentran en el conflicto de intentar separarse de sus madres sufran síntomas corporales puesto que la madre no habría sido propiamente internalizada. Estas experiencias corporales pueden ser desde síntomas severos como anorexia, colitis ulcerativa a vértigo, asma, eczemas o estados de ansiedad como insomnio y alteraciones gástricas. Dichos síntomas pueden presentarse como una solución al conflicto entre el anhelo y el miedo a la fusión con la madre (Glasser, citado en Briggs et al, 2008) .

Según Motz (2001), los actos de violencia cometidos por mujeres en contra de su propio cuerpo o en contra de sus hijos, son esencialmente una forma de comunicación con función y significado. La mujer utilizaría su propio cuerpo como el medio (o

arma) más poderoso que posee para comunicarse. Utilizaría su cuerpo para protestar, para buscar ayuda y para comunicar la crisis por la que atraviesa. Así, expresaría rabia, desprecio y vergüenza a través del daño al cuerpo utilizando la experiencia concreta del dolor para simbolizar la angustia psíquica (Motz, 2001).

A pesar de la evidencia de la violencia femenina, la sociedad tiende a ignorarla. En la línea de la propuesta de Welldon (1993), Motz (2001) señala que esto ocurre fundamentalmente por tres motivos. Primero, muchas veces simplemente se niega la agresión en las mujeres. En segundo lugar, esto ocurriría debido a la idealización de la maternidad. Y, tercero, porque la violencia ejercida por la mayoría de mujeres tiene que ver con la esfera más personal y privada.

Por todo lo anteriormente descrito, Briggs et al (2008), resaltan la importancia de comprender la naturaleza del fenómeno suicida como un problema relacional. Asimismo, según Hale (citado en Briggs et al, 2008) el acto suicida tiene un significado y un propósito tanto manifiesto como inconsciente y se enmarca siempre dentro de una relación diádica.

El presente estudio es una investigación empírica que se apoyará en teorías psicoanalíticas y será la conjunción entre dichas teorías y el recojo de la información obtenida desde múltiples entradas aquello que brindará una mirada amplia y subjetiva de la experiencia de vida de tres mujeres con intento suicida. De esta forma, las teorías o abstracciones que se sigan estarán arraigadas en lo humano y particular. Hacer este ejercicio es importante ya que “ (...) *por sí sola, ninguna teoría desentrañará un acto tan ambiguo y de motivaciones tan complejas como el suicidio.*” (Álvarez, 1971. p. 14).

Cabe subrayar que consideramos, en concordancia con Hale (citado en Briggs et al, 2008) , que las conductas suicidas se encuentran dentro de un espectro y que el intento suicida no es distinto del suicidio consumado en relación a las fantasías inconscientes de base.

La relevancia de esta investigación radica en contribuir a la comprensión de la experiencia del suicidio a partir del conocimiento y la interpretación de los relatos de la experiencia de vida de tres mujeres luego de un intento suicida actual en un contexto de hospitalización. Consideramos, que es necesario comprender las experiencias de vida de cada mujer para poder comprender la experiencia del suicidio.

Igualmente, cabe resaltar la importancia que tiene este tipo de estudio en nuestro medio ya que en nuestro contexto existe un vacío teórico en relación al suicidio desde el psicoanálisis. Hay, entonces, una responsabilidad con la comunidad académica pero, sobretudo con las mujeres que atraviesan esta difícil situación en nuestro país.

Es importante resaltar también la necesidad de un diálogo entre las diferentes disciplinas que abordan el tema de modo que se pueda enriquecer la mirada que se tiene hasta el momento desde una comprensión más profunda del fenómeno y así poder contar con mayores conocimientos que se traduzcan luego en herramientas útiles que permitan un tratamiento oportuno y eficaz que ayude tanto al paciente, como a su familia.

Objetivo del estudio

Comprender la experiencia del suicidio a partir del conocimiento y la interpretación de los relatos de la experiencia de vida de tres mujeres luego de un intento suicida actual en un contexto de hospitalización.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación empírica que tuvo como objetivo comprender la experiencia del suicidio a partir del conocimiento y la interpretación de los relatos de la experiencia de vida de tres mujeres luego de un intento suicida actual en un contexto de hospitalización.

Se trató de un estudio cualitativo pues consideramos que éste fue el indicado para nuestra investigación fundamentalmente por dos razones. En primer lugar, debido a que el modelo de investigación cualitativa facilita el acercamiento a la experiencia de vida de nuestras participantes de manera profunda y particular. Además, este tipo de enfoque corresponde con la orientación psicoanalítica del estudio. En segundo lugar, y también en correspondencia con la orientación psicoanalítica, la investigación cualitativa permite integrar el aspecto relacional, el cual consideramos central para el objetivo del estudio. De esta forma, en el análisis se consideró tanto al investigador como intérprete de la realidad que aprehende, como al sujeto participante. Ambos, presentes como constructores de significado del fenómeno en la relación (Banister, Burman, Parker, Taylor & Tindall, 1994).

Se trató de un estudio de casos múltiples que buscó comprender e interpretar, mediante un proceso de indagación detallado, profundo y sistemático el objeto de interés (Rodríguez Gil Flores, & García, 1999). Como se mencionó anteriormente, se investigó desde la singularidad de cada caso. Los tres casos fueron agrupados sin homogenizar, a partir de lo que Maldavksy llama “un rasgo en común” (2011); en este caso, el intento de suicidio actual (Escalante, 2008).

El estudio estuvo compuesto por 3 mujeres con intento suicida que se encontraban internadas en un Hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana. Se consideró que el estudio se realizara con tres mujeres fundamentalmente por tres razones: la densidad y riqueza del material, el difícil acceso a la población y el hecho que nuestra intención no es generalizar los resultados.

Aspectos éticos

Puesto que el objetivo fue comprender la experiencia del suicidio a partir del conocimiento y la interpretación de los relatos de la experiencia de vida luego de un intento suicida actual, se consideró pertinente realizar el recojo de la información mientras éstas estuvieran aún hospitalizadas. Sin embargo, cabe subrayar que solo se estableció el primer contacto cuando la evolución clínica de la paciente lo permitió. Esta evolución fue determinada por cada médico tratante y coordinada con el jefe del área.

Asimismo, cabe destacar que se prefirió realizar la investigación con las participantes que aún se encontraban hospitalizadas pues, de verse movilizadas durante el proceso, existía un compromiso de parte de la investigadora, de comunicar esta situación de manera inmediata al médico tratante.

Por otro lado, es importante también señalar que se coordinó con el encargado del pabellón el uso de un espacio físico privado que facilitó el recojo de información y brindó privacidad a las mujeres.

Finalmente, en relación a los beneficios que recibió la paciente, se consideró que el proceso mismo de investigación brindó contención y podría haber facilitado la elaboración de la situación traumática. Asimismo, al finalizar la investigación se ofreció un espacio de escucha así como ciertas recomendaciones particulares y

generales, como, por ejemplo, el subrayar la adherencia al tratamiento. Estas recomendaciones fueron puestas por escrito y entregadas a cada médico tratante.

Al final de este documento se adjunta el consentimiento informado que le fue entregado a cada una de las participantes.

Participantes

La selección de las participantes se eligieron según criterios que garantizaron la calidad y credibilidad del estudio. De esta forma, las participantes debieron encontrarse disponibles para establecer una relación con la investigadora que permitió el desarrollo de la investigación durante el tiempo propuesto.

Como ya fue mencionado anteriormente, las participantes se encontraban hospitalizadas de manera que se cuidó tanto que se encontraran debidamente protegidas como que el recojo de la información respondiera al objetivo del estudio. Reiteramos que solo se estableció el contacto con la participante si el médico tratante y el jefe del área lo consideró pertinente.

A continuación, se presentarán los criterios de exclusión de las participantes:

- a) No presentarán psicosis o esquizofrenia de ningún tipo, según los criterios de diagnóstico diferencial del DSM IV – TR.¹ y CIE-10. Creemos que en personas con este tipo de patología el intento de suicidio podría presentar características diferentes.
- b) No presentarán condiciones orgánicas, según los criterios de diagnóstico diferencial del DSM IV – TR. y CIE-10. Se busca minimizar la alteración o dificultad en la comunicación con la interlocutora.

¹ Los médicos tratantes no utilizan el DSM V debido a que aún no está clara la postura de la institución frente al nuevo manual.

c) Enfermedad terminal: Creemos que en personas con enfermedad terminal, el intento de suicidio podría presentar características diferentes.

Recojo de información

A fin de cumplir con el objetivo de la investigación, se realizó el recojo de la información de forma paralela a través de las siguientes herramientas:

Conversaciones:

Se privilegió la conversación para el recojo de información ya que creemos que facilita la expresión libre y abierta de la perspectiva de las participantes dentro de un proceso de relación (González Rey, 2007). Pensamos también que debían de realizarse varias conversaciones con cada participante. Esto, ya que se trata de un tema sensible y es, por tanto, necesario que haya cierto nivel de confianza entre la investigadora y la participante. Asimismo, es importante el contacto personal continuo para que pueda surgir la experiencia íntima de cada mujer. La conversación se inició con la pregunta: “¿Cómo así llegaste al hospital?” A partir de ahí, se buscó establecer un diálogo que resaltó la experiencia de vida desde la perspectiva subjetiva de cada mujer con intento suicida. Se realizaron tres conversaciones grabadas de 1 hora y media con cada una. La cuarta y última conversación, no fue grabada. Funcionó, a manera de “devolución” ya que consideramos que era importante devolverles también nuestra mirada.

Cuaderno de anotaciones:

Las participantes registraron en un cuaderno y durante el tiempo que duraron las conversaciones, todo aquello que fue apareciendo en ausencia de la investigadora, y desearon colocar en palabras o gráficos. Creemos que además de haber sido un

instrumento útil para la investigación, puede haber servido para contener a las participantes y ayudarlas con la situación tan compleja que atravezaban.

Diario de campo:

La investigadora registró todo aquello que consideró pertinente acerca de su propia experiencia en relación con las participantes. En especial, se buscó darle espacio a lo no verbal y a aquello que generaba alguna movilización emocional particular en la investigadora.

Historia clínica:

Se registraron y analizaron los datos de la historia clínica de cada paciente, según se consideraron pertinentes.

Procedimiento

Primeramente, se estableció el contacto con el hospital de salud mental a través de una carta de presentación y el plan de tesis anexo y aprobado por la unidad académica correspondiente. Una vez confirmada la autorización del hospital para la realización del estudio se estableció el contacto con el médico encargado del pabellón de mujeres para iniciar el estudio. La muestra se seleccionó junto con el médico encargado y según los criterios anteriormente descritos. El siguiente paso fue reunirnos con cada médico tratante para asegurarnos que, en cada caso, la participante cumpliera con los criterios planteados y que se encontrara en condiciones de realizar la primera conversación. Si procedía, se leería la historia clínica y se tomaba nota de aquello que se consideró conveniente. Por ejemplo, nombre, edad, procedencia, estado civil, hijos, ocupación, enfermedad importante, miembros familia, con quien vive. Luego, se concertó una reunión individual con cada participante en donde se le

explicó la naturaleza de la investigación y se le pidió firmar el consentimiento informado. A continuación, se realizaron las conversaciones. Al finalizar la primera conversación se les entregó el cuaderno de anotaciones y, en paralelo, la investigadora inició sus propias anotaciones en su diario de campo. Las conversaciones fueron transcritas inmediatamente después de ser realizadas. Como vemos, la recolección y el análisis de la información se hicieron hasta cierto punto de manera simultánea. En una segunda etapa, toda esta información fue articulada y estructurada a fin de poder brindar una lectura integrada, primero, de cada uno de los casos y, luego, de aquellos puntos en común (ejes temáticos). Finalmente, se presentó el análisis interpretativo el cual tuvo como objetivo generar una discusión más profunda acerca de nuestro objeto de estudio.

Análisis de la información

El análisis de la información tuvo como objetivo iluminar una lectura particular de cada caso. Al respecto, ya que nuestra intención fue subrayar la complejidad y particularidad de la experiencia de las mujeres desde su propio relato, los casos fueron abordados desde distintos ángulos o múltiples entradas en concordancia con la propuesta de "Practice Near theory", (Briggs, 2007)²

De esta forma, en un primer momento, se analizó de manera conjunta la información recogida en las conversaciones con las participantes, la información recogida en el cuaderno de anotaciones entregado a cada una de ellas, los datos registrados por la investigadora en su diario de campo y todos aquellos datos que la investigadora consideró pertinentes de la historia clínica.

² Esta propuesta metodológica prioriza la descripción desde múltiples entradas como, por ejemplo las, conversaciones, reflexiones emocionales acerca de la relación con los participantes, observaciones, entre otros.

En un segundo momento, se realizó un análisis temático (Boyatzis, 1998; Kornblit, 2007). Se pudo identificar tres ejes temáticos comunes a los casos. Cabe destacar, que dichos temas emergieron del material y se determinaron luego de la lectura conjunta de los datos. Asimismo, también es importante subrayar que cada tema analizado cobra características particulares según el caso:

- Vínculos traumáticos: En este tema, observamos el poder destructurante que tienen los vínculos traumáticos vividos por cada una de las mujeres. Éstos funcionan como telón de fondo sobre el cual se construyen patrones vinculares distorsionados y destructivos en relación a ellas, a los demás y a la vida misma. Si bien cada caso toma un matiz particular, consideramos que, en general, este tipo de vínculo facilitaría la conducta suicida.
- El dolor psíquico irrepresentable: El análisis de este tema nos dio luces acerca del insoportable dolor psíquico experimentado por las participantes del estudio. Se trata de un sufrimiento que no puede ser pensado u elaborado, que no se puede contener, y que, inevitablemente, dará como resultado el ataque al cuerpo. Nuevamente, si bien este tema se encuentra presente en todos los casos, se muestra a través de construcciones discursivas diferentes y cargas afectivas distintas. Consideramos que las diferencias se encuentran estrechamente relacionadas a los vínculos traumáticos experimentados.
-

- Corporizar la muerte: Debido a que las conductas suicidas son un ataque directo al cuerpo, creemos importante analizar la manera en la que los estados mentales suicidas se materializan en su cuerpo. En este último tema, cobraron un lugar especial los aspectos no- verbales y contratransferenciales registrados por la interlocutora. Al igual que en los temas anteriores, la forma en que cada una de las mujeres del estudio experimenta su cuerpo y sus emociones es distinta.

Para el análisis de cada uno de estos temas, haremos uso de viñetas que ayudarán a ejemplificar los temas señalados. Finalmente, realizaremos un último punto en el que, a modo de integración, buscaremos elaborar una lectura conjunta de los ejes planteados.

RESULTADOS

A continuación, presentaré los resultados de la investigación. Siguiendo con el diseño de estudio de casos, presentaré primero un resumen de cada caso a partir de la lectura integrada del material recogido.

En un segundo momento, analizaré los ejes temáticos emergentes, (Boyatzis, 1998; Kornblit, 2007) a la luz de la teoría psicoanalítica. Se podrá observar lo particular de cada una ya que a pesar de que las tres han intentado suicidarse, sus experiencias de vida y la manera en las que viven dichas experiencias es distinta en cada caso. Así, el estudio de casos nos permite distinguir lo individual y facilita el acercamiento a lo más íntimo y subjetivo. Desde este lugar, he buscado profundizar en cada experiencia subjetiva con la intención de problematizar y comprender más el fenómeno suicida.

Primeramente, resaltaré sus historias, de forma que podamos familiarizarnos con cada una de las mujeres. Se tendrán presente datos de su historia, de su realidad psíquica, de la organización de su discurso, datos obtenidos del cuaderno de anotaciones y de mi diario de campo.

Este relato nos introducirá al análisis más profundo según los ejes temáticos propuestos: a) Vínculos traumáticos, b) El dolor psíquico irrepresentable, c) Corporizar la muerte.

Como señalamos en el capítulo anterior, cada tema se analizará desde lo particular de cada experiencia de vida. Para ello, se utilizarán subtemas.

Luisa

“Discutimos muy fuerte y fue ese día... esteeee ... empecé a temblar. Me dio como un tipo de convulsión, entonces lo que hice fue, dije: “me voy a ir a dormir” y cuando estoy yéndome a dormir dije: “mejor me voy a dormir para siempre”... ya no, ya no... era algo que ya no podía seguir soportando porque año tras año llevaba lo mismo con él.”

Luisa tiene 49 años y vive en la provincia de Pasco. Físicamente, es una mujer bastante atractiva. Usa el pelo corto y teñido de rojo. Camina hinchando el pecho como con cierto aire de superioridad. Sobresale su mirada que parece oscilar entre sentimientos de omnipotencia e indefensión. También resalta su voz, que se escucha como una mezcla de reclamo, pena y rabia contenida. Desde la primera conversación, percibo cierta inautenticidad.

A pesar de acudir a terapia desde hace 2 años y de señalar que ha tenido grandes progresos, es la cuarta vez que intenta suicidarse. Todos los intentos los atribuye a las infidelidades de su esposo. Anteriormente, ha sido diagnosticada con depresión pero a raíz de este último episodio, los médicos se han empezado a inclinar más un diagnóstico de bipolaridad.

Es la mayor de 8 hermanos. Su madre, se dedicaba a la casa, a la crianza de sus hijos y a *“atender a su esposo”*. Su padre, estaba siempre fuera de casa, trabajando.

Acerca de la relación con su madre, cuenta poco aunque la información que brinda es significativa. Es un relato plagado de datos y emociones ambivalentes. Señala que no se llevaba bien con ella, que *“le daba lo mismo”*. Sin embargo,

recuerda que iban juntas a todas partes y repite en varias ocasiones, y a modo de reclamo, que nunca le dio un abrazo. Esto, recuerda, la hacía sentir "vacía". Cuenta también que la madre la cuidaba de manera mecánica, "muy rapidito"; casi sin tocarla, que le compraba cosas, que le dio biberón hasta que tuvo 7 años y que la castigaba físicamente si no obedecía.

De su padre, destaca lo afectuoso que era con ella. Sin embargo, si bien reconoce esta cualidad en él, también resalta que, por otro lado, maltrataba a su madre física y verbalmente. Relata situaciones de mucha violencia en las que el padre llegaba alcoholizado a la casa y la golpeaba, generalmente por celos. A pesar de que la madre de Luisa casi no salía de la casa, el padre siempre encontraba alguna excusa para celarla. Todo esto ocurría frente a los hijos. Cuenta los hechos con mucha naturalidad, casi sin emoción.

No recuerda que su madre se haya quejado ni de los golpes, ni de las humillaciones. Tampoco recuerda que opinara acerca de la forma tan estricta que tenía el padre de criar a sus hijos. Sobretudo a las hijas.

En el colegio, cuenta que casi no tuvo amigas. Señala que tampoco prefirió o destacó en ningún curso. Iba y regresaba del colegio con su mamá y dice no haberle dado problemas de ningún tipo. No salía fuera de la casa a no ser que fuera para ir al mercado con ella. Tampoco iba a casa de sus amigas. Se quedaba en casa jugando o haciendo la tarea con sus hermanas. Acerca de la familia por parte de madre, no había mayor contacto con ésta debido a que el padre lo había prohibido. En algunas oportunidades, sí recuerda haber ido a visitar a los abuelos paternos a su pueblo. Dice que a veces se aburría pero cree que tampoco se le ocurría algo que hacer.

De adolescente, ya le provocaba salir más con sus amigas y amigos pero su padre no las dejaba. Por otro lado, Luisa cuenta que desde esa época le gustaban las cosas de marca y se frustraba mucho por no obtener más objetos.

Luego de terminar la secundaria, vino a Lima a estudiar pedagogía en un internado. Fue en esa época que tuvo a su primer enamorado. José era un chico que estudiaba ingeniería, "amable" e "inteligente". La relación terminó luego de unos meses, porque conoció al que actualmente es su esposo, Marcos. Él era policía, cinco años mayor y muy guapo.

Solo completó un año de formación académica porque, según la madre, si se casaba con Luis, él se encargaría de sus estudios. Pero sucede, que cuando se casan, Marcos le prohíbe estudiar. Acuerdan regresar a vivir a Pasco. Allá, también le prohibió que trabaje fuera de la casa. Todo esto, no se percibió como un problema mayor. Tampoco los eventuales conflictos económicos. Lo que siempre fue un problema mayor fueron los celos. Luisa tenía celos desde antes de casarse. Sospechaba de sus infidelidades e intentaba investigar acerca de los supuestos amoríos de Marcos. Poco a poco, esta dinámica fue escalando. Luisa lo seguía y lo iba a buscar para encararlo frente a quien sea. Se aparecía incluso en la oficina de Marcos gritando. Nada parecía detenerla. Ni siquiera las recomendaciones de su mamá de "no hacer tanto lío". Los familiares de Luisa nunca le creyeron. Más bien, le creían a Marcos.

Al año de casados, tuvieron a su primer hijo. Ese mismo año, cuando su hijo tiene meses de nacido, realiza su primer intento suicida. Peleó muy fuerte con su esposo, nuevamente por celos. La discusión fue especialmente violenta: Luisa golpeó

a Marcos y éste la pateó de vuelta. Luisa se encierra en su cuarto y toma pastillas. El padre de Luisa la encuentra, la llevan a la posta y le realizan un lavado gástrico.

Luego del intento, Luisa esperaba que Marcos hubiese recapacitado pero, todo lo contrario, éste se fue a Piura sin siquiera dejar su dirección. Fueron tiempos difíciles. Por un año no supo nada de él. Finalmente, Luisa dio con su dirección y le escribió una carta diciéndole que su hijo lo extrañaba. Marcos le respondió de vuelta diciéndole que si querían podían ir a visitarlo. Luisa no dudó un instante y fue con su hijo a buscarlo a Piura.

No se quedaron mucho tiempo porque Luisa *“no soportó el calor”* y, a su vez, esto coincidió con que toda su familia ese mudaba a Lima. La madre había enfermado de cáncer y debía atenderse en esta ciudad. Por varios años, todos viven juntos en Lima. Luisa y una de sus hermanas son quienes *“atienden”* a la familia. Recuerda de esa época tres cosas. Primero, que su madre insistió en que aprenda a cocinar. Hasta ese momento, *“como había empleada”*, la madre de Luisa nunca le había sugerido siquiera la idea. Luego, recuerda que nació su segundo hijo. Finalmente, señala también que el padre de Luisa a pesar de que la madre se encontraba enferma y en coma, seguía celándola.

La madre muere al año siguiente. El padre de Luisa logra convencer a Luis que deje la policía y que regresen juntos a Pasco para supervisar lo negocios familiares. Éste accedió pero esta vez quiso vivir en su propia casa. Sin embargo, lo que podía darle su esposo, era poco en comparación a lo que Luisa había estado acostumbrada a recibir. Ya no podía comprar *“ropa de marca”* y los productos que utilizaba para el diario eran de menor calidad. Recuerda fuertes conflictos entre ellos por este motivo.

Luego de seis años de la muerte de su madre, el padre de Luisa empieza una relación con la señora que lava la ropa en su casa. Todos los hermanos, pero sobretodo ella, pensaban que la señora mantenía esta relación por interés. Luisa recuerda haber discutido en varias oportunidades con él. Finalmente, éste le dijo que si no aprobaba la relación que no volviera a su casa. Esto entristeció muchísimo a Luisa. Se sintió *“impotente”* y *“traicionada”*. La relación con el padre cambió. Ella se empezó a mostrar distante y él le dejó de dar dinero. Esto, afectó la economía familiar. Además, nace su tercera hija y el dinero alcanza cada vez menos.

Un tiempo después, Luisa decide meterse a un curso de modistería y a Marcos parece no importarle. Empieza a vender sus manualidades y a ganar su propio dinero. Luego, se matricula en un curso para hacer carteras. También empieza a ir a leer *“textos”* donde los Testigos de Jehová. Le gusta frecuentar a este grupo porque *“no te van a engañar, ahí mismo dice en los textos.”*

Dos años después, muere su padre. Esta pérdida le afectó bastante. Dice que hasta ahora no la ha podido asimilar. La muerte del padre coincide con *“las crisis”* que le ocurren justo antes de sus últimos tres intentos de suicidio.

Si recapitulamos, el primer intento de suicidio lo tiene hace casi veinte años atrás. Luisa no establece ninguna relación entre la muerte del padre, las crisis y los tres intentos de suicidio consecutivos que realiza. Es más, atribuye todos los intentos suicidas a las peleas que tiene con su esposo. En relación al método, el primer y segundo intento de suicidio lo realiza tomando pastillas, la tercera vez se intenta ahogar en el río y esta última vez se intentó ahorcar con una chalina.

Actualmente, sigue viviendo en Pasco con su hija de 14 años y su esposo. Ya llevan casados 25 años. Sus otros dos hijos se han mudado a Lima para continuar con sus estudios superiores. Dice ser más cercana al menor de ellos porque es el que más *"la atiende"* y más se *"preocupa"* por ella. Con su hija menor, pelea mucho y la compara con su esposo porque *"es fría"*.

Desde hace un año y medio, Luisa viaja a Lima una vez al mes para su terapia de modificación de conducta. Dice valorar el espacio porque *"ven pensamientos"*:

Por su parte, *"las crisis"*, han aumentado en frecuencia e intensidad. Llora, grita y no se calma hasta que la llevan a su cama y toma sus pastillas. Aunque eventualmente logra calmarse dice estar desesperada por esta situación.

El último intento de suicidio que tuvo fue luego de una de estas crisis. Intentó ahorcarse con una chalina. Su hermana es quien le sugiere el internamiento y Luisa acepta. Desde que se internó, Luisa no había hablado con su esposo, entonces, le comunicaba al doctor y a la interlocutora las ganas que tenía de conversar con él. Algunos días después, había cambiado de opinión y ya no quería *"ni verlo"*. Con su hija sí ha hablado. Según Luisa, cree que ella quiere que se quede en Lima.

Para concluir con esta primera parte, considero importante resaltar que, en general, Luisa mantiene un discurso bastante confuso y que, a lo largo de todas las conversaciones, debo hacer mucho esfuerzo para seguir su relato. Por momentos, éste se percibe, incluso fragmentado.

Vínculos traumáticos: Lo aparente y lo propio

"Vacía... sí pues, me sentía vacía, porque mi mamá me daba todo, "mamá quiero esto, quiero el otro", "ya hija", pagaba, "ya, ahí está" ... y en un

cumpleaños, la navidad, osea, yo era la que tenía que ir a abrazarla pero de ella no esperaba.”

A Luisa difícilmente se le ve adoptando una postura serena que integre los aspectos positivos y negativos de una situación. Suele mas bien instalarse en un extremo, bien idealizando o bien denigrando al objeto o a sí misma sin considerar opciones intermedias. Desde esta perspectiva, la vida se encuentra dividida entre aquellas cosas que son valiosas y aquellas que no lo son. Luisa privilegiará los objetos materiales y las muestras de cariño pues, como veremos, éstos funcionan como prueba concreta de su existencia. La viñeta anterior da cuenta de cómo los objetos y el cariño estuvieron estrechamente relacionados desde su infancia. Considero, que este tipo vínculo habría generado una mente que tiende a privilegiar lo aparente y a devaluar lo propio.

Tomando en cuenta lo anterior, quiero centrarme ahora en la contextualización de lo señalado de forma que se puedan evidenciar cómo los vínculos traumáticos han generado esta división en la mente de Luisa.

En relación a la madre, si bien Luisa señala que ésta *“le daba lo mismo”*; en las conversaciones, los reclamos por su falta de afecto son permanentes. La recuerda relacionándose con ella tan solo a un nivel muy concreto, el de las cosas. Subraya la incapacidad de la madre de entrar en resonancia con ella, de tocarla o de *“cuidarla bien”*. La describe como una madre que se adelanta permanentemente a sus necesidades, no dejando espacio para la expresión de un deseo o una frustración. Como si le molestara que su hija tuviese una subjetividad propia y tuviese que

sofocarla con objetos y acciones precipitadas. Más aún, Luisa cuenta que su madre solía castigarla físicamente cuando no cumplía con las reglas de la casa.

Otro dato relevante para comprender mejor el vínculo, es que según recuerda, a pesar de que ninguna de las dos se sentía realmente cómoda con la otra, iban juntas a todas partes:

“... porque teníamos que ayudarla porque nunca le gustaba salir sola tampoco. Le ayudábamos a hacer las compras, la acompañábamos.”

Es evidente que la madre no facilitó la individuación. En relación a esto, Luisa sospecha que nunca le gustó que fuese más parecida al padre:

“(...) mi mamá se molestaba porque decía que yo era como mi papá.”

En este contexto, ¿cómo saber qué es lo propio?

Quiero centrarme ahora en la relación de pareja que mantuvieron los padres, pues considero que dichas dinámicas ilustran bien por qué es que Luisa no podría conseguir tener algo propio.

La relación de los padres es una relación muy complicada. El padre, maltrataba y celaba a su esposa. La madre, por su parte, resistía:

“Discutían porque mi papá era muy celoso. Mi mamá estaba tranquila y él venía amargado a buscarle lío. Hasta a veces nosotros le teníamos un poco de miedo, yo me acuerdo... Sí, mi papá también la agredía a mi mamá bastante.”

En esta lucha, observamos el problema de la desigualdad y la dominación masculina. Problema que Luisa experimentó desde chica no solo siendo testigo y víctima indirecta del maltrato, sino también en lo cotidiano a través de una relación de

dominio y posesión que el padre estableció con sus hijas mujeres hasta que fueron adultas:

“No solo celaba a mi mamá, a nosotras también a las 6 de la tarde nadie sale. Él decía: Yo cuando llego acá 5:30 todos deben estar. A las 9pm apagaba las luces y todos automáticamente a sus cuartos. Nosotros como pollitos corríamos a nuestras habitaciones.”

Él buscaba a través de este autoritarismo ser claramente el jefe del hogar. Los roles estereotipados privilegiaban la diferencia y remarcan la oposición. Él venía de la calle y las mujeres debían mantenerse confinadas al espacio privado. Esta misma dinámica será repetida posteriormente por Luisa con su esposo. De esta forma, la manera de configurar las identidades de género tendrían consecuencias negativas en la mente de Luisa pues la violencia doméstica estaba hasta cierto punto naturalizada:

“Sí, ahhh, te cuento que esto es de películaaaa porque mi papá hasta el último instante que mi mamá estuvo enferma en coma le celaba sin motivo, se creaba ideas”

Por su parte, la madre, *“una mujer de su casa”* probablemente deprimida y vacía como Luisa, tampoco tenía vida propia para darle a sus hijos. En el relato de Luisa, la madre aparece como una especie de trofeo u objeto: *“mi papá se casó porque ella era joven y tenía la piel lozana.”* Luisa la presenta como una mujer que dependía enteramente de las cosas que su esposo le daba. Señala que *“le gustaba darse sus gustos, seguro por eso no se separó.”*

Considero que los celos, primero en el padre y luego en Luisa, son muestra de algo interno colocado fuera y darían cuenta del desorden mental y del perfil esquizo-

paranoide de ambos. Los celos, lo malo, es colocado fuera. Luego, el de afuera, sea la madre de Luisa o el esposo respectivamente, son quienes tendrían la culpa. En términos kleinianos, el objeto ausente es responsable de todo lo malo (Klein,1935).

Así, Luisa repite hasta cierto punto con el esposo el vínculo vivido entre sus padres:

“ Me enamoré tanto más que nada de su físico. No lo conocía, me enamoré más de su físico que de otra cosa (...) me parece muy importante el físico porque te da personalidad”.

El esposo es guapo y Luisa lo elige, específicamente por esta cualidad. ¿Será que además a ella también le otorga personalidad?

Otra semejanza entre el vínculo de sus padres y el de ella y su esposo que creo importante para el análisis, es que Luisa valora que su esposo le compre cosas. Los problemas surgen, sin embargo, cuando los objetos no son necesariamente de marca, pues su esposo no tiene el mismo nivel socioeconómico que el padre de Luisa:

“ Él es policía, yo con él cambié. Mi vida fue un cambio rotundo. De blanco a negro porque yo que vengo de una familia, ¿qué te diría? acomodada en donde me dieron de todo, nada me faltaba y yo le decía: “¿cómo vas a comprar Dorina?, por qué no compras esa otra mantequilla, Laive o la del Mantaro.”

Luisa necesita que le compraran cosas “para mi existencia” y éstas debían ser iguales a las que ella había estado acostumbrada.

Algo que también me llama la atención teniendo en cuenta la manera de relacionarse de sus padres, es que haya buscado casarse con un policía. Con un padre

que se vincula desde el control y el sometimiento del otro, ¿Luisa habrá buscado sentirse segura para protegerse de todo lo malo que ha colocado afuera?

Para el análisis de este caso en particular, es necesario tener presente que aquel mismo padre que celaba y agredía a la madre, le daba cariño físico, regalos y dinero a su hija. Esta situación, unida al control y el castigo físico que sufría Luisa por parte de la madre, parecen haber creado las condiciones para que se gestara una relación edípica muy confusa en la mente de Luisa. Hubo, además, una incapacidad para identificarse con la madre por toda la rabia sentida y el poco reconocimiento.

Por otra parte, en relación a sus hijos, éstos aparecen en su mente solo en términos de quién atiende a quién. Ella reconoce que no los puede ver así como ella tampoco fue mirada:

“... soy un poco fría con ellos. Eso, me parece, es ya desde mis padres (...) eso se ha vuelto un círculo porque sin querer yo hago lo mismo con mis hijos.”

Acerca de la relación con su hija, ésta nos recuerda a la relación que tenía la madre de Luisa con ella:

“Ella también tiene un carácter fuerte, el carácter de su papá, es bien pegada a su papá. No es una niña sensible.”

Se evidencia, así, la imposibilidad de reconocerla como un sujeto separado.

Resumiendo lo dicho hasta el momento, Luisa aún permanece siendo la hija de sus padres. Quizás, incluso hasta la pareja eterna del padre. No es una adulta capaz de cuidar a sus hijos o de tener una pareja. Sigue añorando que alguien la contenga, que alguien la mire y la reconozca. Así como no fue mirada y reconocida como un sujeto diferente por ninguno de sus padres, ella tampoco logra reconocer a sus hijos o a su

esposo como distintos a sus propias proyecciones (Benjamin, 1995). Y es que ella se habría construido en base a un cúmulo de identificaciones proyectivas de la madre y del padre. Sus guiones del self son calcados y, por el momento, lo más importante para ella parece ser demostrar, probar, que es alguien aunque no sabe bien si lo es:

“Yo quisiera salir de alta ya de una vez para poder hacer planes para conmigo y hacer algo, que mi esposo cambie de idea que yo puedo ser una mujer productiva, que puedo hacer mucho por mis hijos, que le voy a demostrar... la rabia que me da... sí, quiero ponerme a trabajar y terminar de hacer mi proyecto de las carteras que antes estaba haciendo.”

Entonces, su mente se habría estructurado a partir de este tipo de vínculos traumáticos, tomando como base estructuras rígidas y polares que buscarían ordenar su mente desde de lo externo para sentir que tiene algo, que es alguien. Porque por más poco auténtico que sea algo, lo de afuera para Luisa, es vida. Ahora, mi percepción inicial de Luisa como alguien inauténtico, cobra más sentido.

El dolor psíquico irrepresentable: Lo real de la pérdida.

“A veces tengo mis crisis, fuertes son mis crisis, empiezo a gritar, temblar, me desespero, son mis crisis de ira empiezo, a tirar las cosas, golpeo, osea recién ahí estoy tranquila.”

La viñeta anterior ilustra el estado mental en el que se encuentra Luisa antes de un intento suicida. “Las crisis”, como ella las llama, surgen en radical oposición a lo aparente que brinda seguridad y confianza, como vimos en el tema anterior. Las crisis

la atacan, toman su mente por completo y la incapacitan. Éstas, aparecen luego de la muerte del padre, sin embargo, ella no establece la relación. Postulo que las experiencias tempranas de vínculos traumáticos dieron como resultado una falla en la capacidad para pensar, así como una incapacidad para autoregularse. Toda aquella violencia vivida y la falta de reconocimiento que no se pudo llegar a simbolizar apropiadamente se evidencia en esta parte psicótica de su personalidad. Se desorganiza y *"no entiende"*, *"parece que no pienso"*; señala.

Entonces, cuando muere el padre, siente que no tiene nada de qué cogerse:

"... la muerte de mi papá me afectó muchísimo porque era como un eje central dentro de mi familia. Solamente el hecho de mencionar su nombre para mí ya era apoyo y luego que no estáaaa. Hasta ahora a veces no acepto todavía que él esté muerto, pienso que él está en su casa, que ya lo voy a ver, sí."

Desde la muerte del padre hay un deterioro importante, haciéndose más evidente cómo vive los vínculos y la vida, en general. Hay un vacío profundo, pánico y desesperación por no sentirse sostenida. Realiza tres intentos de suicidio seguidos. Parece permanecer atada a la experiencia concreta de la pérdida y al faltar el objeto externo, el objeto interno se transforma en enloquecer.

Este estado caótico, como mencionamos, despierta en ella un terror profundo. Es terrorífico porque representa la total pérdida de control, el volverse loco Hale (citado en Briggs, 2008). Así, para ella *"las crisis"* son peor que el suicidio porque el dolor psíquico es insoportable (Schneidman, 1993). Para Luisa, en ese momento la vida ya no vale la pena vivirla. La mejor solución es acabar con el dolor intolerable.

En una investigación realizada en nuestro medio con mujeres con intento suicida, Melo –Vega (2010) halló que las mujeres hacían referencia a objetos que amenazaban su integridad física y que las colocaban en una situación de la cual no habría escapatoria : *“se convierten en víctimas de objetos persecutorios con gran fuerza y poder de destrucción ”* (p. 40).

Pareciera que cuando muere el padre se da cuenta de que le falta también su esposo (doble pérdida) y aflora toda la agresividad que ella coloca normalmente afuera. Así, señala que a pesar de todos los enfrentamientos que ha tenido con su esposo nunca antes de la muerte del padre le tuvo miedo y que ahora *“me da miedo su voz”*.

Por otra parte, lo paradójico es que *“las crisis”*, son lo más real que Luisa experimenta. Aquello que más la acerca a su propia experiencia de vacío, en contraste con su self alienado y aparente inautenticidad señalada.

Desde Kristeva (1997) este tipo de sufrimiento se propone como una acumulación de traumas percibidos cuyos duelos no se pudieron elaborar. Sería la señal de un yo primitivo, herido, incompleto y vacío. El sujeto considera que ha habido una falta fundamental, una especie de carencia congénita y su tristeza sería la expresión de una herida narcisista no simbolizable en una etapa muy precoz. Como no tiene objeto, la falta devendrá su objeto. Dirá, entonces, que el sujeto estará de duelo por *“La Cosa”*. Siente haber perdido algo pero no sabe qué es ese algo, *“La Cosa”* es lo inseparable . En realidad, la autora está refiriéndose a algo que nos ocurre a todos. Este objeto sería parte de lo que uno fue, el complemento: la madre. Como vimos en la introducción, la autora subraya la importancia de las primeras interacciones entre el cuerpo de la madre y el de la niña ya que éstas son huellas psíquicas inconscientes

estructurantes de su subjetividad. De este vacío que deja la madre deberán surgir representaciones, que serán siempre representaciones sustitutivas de lo que imaginamos haber perdido y deseamos volver a encontrar. Sin embargo, en algunas personas, como parece ser el caso de Luisa, habría una incapacidad para realizar el duelo de estas pérdidas tan tempranas pues no hay capacidad de pensarlas: *“El desheredado está privado de algo inicial, no de un bien o de un objeto, sino de algo anterior que en el imaginario toma consistencia de una madre arcaica, pero que no se logra enmarcar en ninguna imagen precisa.* (Kristeva, p. 119).

Así, Luisa no es capaz de empezar a pensar qué significan estas crisis porque son sentimientos que nunca fueron pensados porque cuando ocurrieron tampoco nadie los pensó. De esta forma, es imposible que haya trabajo de duelo (el cual le podría permitir seguir adelante) porque no hay por qué hacer el duelo. No se trata de un recuerdo doloroso que elaborar, las crisis son actings que comunican, en palabras de Lutenberg (2007), lo innarrable.

Si para Luisa, la ausencia, el vacío, es muerte ¿como transitar desde el lugar que se encuentra hacia la vida? Green (1999), señalaba que lo que más le preocupaba de pacientes como Luisa, menos neuróticos y que, por ejemplo, sentían intempestivamente ataques de pánico, era *“la muerte dentro de la vida”*.

Corporizar la muerte: La oralidad desbordante

“La comida en el hospital que más aprecio es mi taza de leche y avena con sus dos panes con algo. Es lo que todas las internas esperamos.”

(Frase recogida del cuaderno de anotaciones)

“Siempre estoy sola en la casa y ando atareada pero con ansias de comer todo el tiempo. Ansiosa por comer... Y a veces me acuerdo (se refiere a las supuestas infidelidades de su esposo) y no lo soporto, me entra una rabiaaaa... Ajá, otras veces no. Otras, tengo las crisis, como las convulsiones que te conté”

El suicidio es un estado traumático de desintegración, en el que la persona se encuentra totalmente sobrepasada por sus emociones. Es difícil, sin embargo, imaginarse a Luisa funcionando desde otro lugar. En general, ella misma es quien resalta su manera de funcionar caracterizada por la falta de contención y el desborde. Todo esto queda registrado en su cuerpo. Se trata de un cuerpo fragmentado y tomado por el miedo y la rabia.

Así, desde la primera conversación, percibí en ella lo omnipotente y la indefensión mezclados y proyectados hacia fuera. En su mirada, por ejemplo. Al inicio todo esto, me generó rechazo. Ahora, pienso que esto podría estar dando cuenta de la imposibilidad de Luisa para conectarse con el otro (y con ella misma) porque hay muchas emociones mezcladas que no entiende ni contiene.

Pareciera que, al ver que no puede controlar el ambiente desde su fantasía omnipotente para que éste haga lo que ella quiere, siente mucha rabia y lo ataca. Parece como si lanzase fuera toda su rabia, sus palabras, sus proyecciones y las evacúa sin tener en cuenta lo que le hace al otro que tiene en frente.

En el momento de las crisis, parece ya no haber contacto con la realidad. La identificación proyectiva masiva hace que le sea difícil diferenciar los objetos externos de los objetos internos arcaicos lo cual hace difícil la prueba de realidad. El

mundo de Luisa se encuentra escindido y dominado por odio y venganza en lugar de por amor y compasión.

La manera de narrar su historia, la construcción del relato, la entonación de la voz y los gestos develan vivencias caracterizadas por la crudeza, la concretud y la poca capacidad de contención. Se evidencia, asimismo, una profunda angustia y agresividad a nivel oral. Esto se observa claramente, en la necesidad compulsiva de llenar el cuaderno de anotaciones con frases repetidas de quejas acerca del mal funcionamiento del hospital: *“Y bueno, acá las horas son eternas, solamente me levanto con ansias para tomar el desayuno porque el almuerzo y la cena son pésimos...”* (Frase recogida de una de las conversaciones)

El hospital, es percibido por Luisa como una institución poco contenedora. El hospital, el esposo, la madre, su cuerpo, no pueden contener su demanda.

Si revisamos su historia, pareciera que Luisa está cada vez peor. Tiene casi 50 años y aún se muestra sumamente inmadura, con una inmensa necesidad de vincularse pero realmente poco dispuesta a hacerlo.

Imagina que hay una vida mejor que la suya (mejores cosas, mejor esposo, mejor desayuno) que se le presenta como la única opción de alivio. Sin embargo, también la asusta, la critica y la rechaza, quedándose, finalmente, sola. Considero que en su caso, la madre no la ha podido reflejar como un sujeto con deseos, afectos e impulsos propios. Que se le ha privado de una base firme para que pueda desarrollar su subjetividad. Más aún, creo, en la línea de Green (1986) y *“la madre muerta”*, que este proceso intersubjetivo se encontró plagado de ausencias y vivencias negativas que perturbaron más el proceso. Así, ella no se siente segura de sí misma, ni de los

otros. Se le ve intentando contener de manera desesperada su experiencia psíquica, en especial, su rabia.

El intento de suicidio es para Luisa una manera de comunicar toda esta desgastadora lucha del Yo contra la turbulencia, el desorden interno y el carácter primitivo de la impulsividad desbordante. La situación crítica de la pérdida del padre, parece haber activado su núcleo más psicótico. En este contexto, *“Los Testigos de Jehova”*, al igual que *“las terapias”*, en donde se *“ven los textos”* y *“los pensamientos”*; respectivamente, parecen ayudarla y funcionan, por el momento, como una suerte de yo auxiliar.

Miriam

“Quería darme la oportunidad de rehabilitarme. Yo venía de un periodo de abstinencia y sentía que la vida no tenía sentido ya para mí porque tenía muchos problemas en mi casa de índole de organización y de relaciones entre mis familiares. Mucho pleito porque habían denuncias en la fiscalía por la casa que fue de mi madre y de mi padre. Entonces había una confrontación entre mis hermanos y mi hermana y yo. Eso me originaba a mí mucha tensión, mucha ansiedad.”

Miriam es natural de Lima. Tiene 50 años, es psicóloga empresarial, soltera y no tiene hijos. Señala que nunca quiso tenerlos porque no se sentía capaz de criarlos. Además, advierte que al ser adicta a las benzodiazepinas desde hace 34 años, si tuviese un hijo éste sufriría por tener *“el gen de la adicción”*. Está diagnosticada con

depresión asociado al consumo de benzodiazepina. Es su primer intento suicida y su segundo internamiento. Los dos internamientos los ha realizado de manera voluntaria. El primero, fue debido a su adicción y lo realizó hace 12 años.

Camina lento. Es pequeña y robusta. Usa una cola que sujeta fuertemente su pelo. Tiene los ojos cansados y la voz suave. Una característica que impacta a la interlocutora es la piel del rostro sumamente seca.

Se muestra especialmente educada. También cuida mucho las palabras que utiliza. En un inicio, incluso se mostró un poco cohibida. Sin embargo, a los pocos minutos se hace evidente que se encuentra cómoda. Sonríe de manera un tanto coqueta y también llora.

Me da la impresión que tiene mucho que contar. En ese sentido, Miriam subraya lo importante que es para ella poder compartir con alguien su situación. Lamentablemente, en el hospital las mujeres con problemas parecidos a los suyos no reciben terapia.

Es la primera de cuatro hermanos. Son dos hombres y dos mujeres. Ella y su hermano Vicente se llevan tan solo un año de diferencia. La hermana y el hermano menor nacieron cuatro y cinco años después. Esto, aunque a primera vista no parece tan relevante, es un dato importante en su historia que veremos más profundamente en el análisis.

Desde muy pequeña, recuerda haber vivido experiencias de mucha violencia. Su padre le pegaba a su madre y ésta les pegaba a ella y a su hermano. Señala que este ambiente tan hostil, la hacía sentir muy sola, triste y ansiosa.

Su padre y su madre eran muy distintos. A su madre, la describe como *“una mujer rígida, fría, ordenada, trabajadora, muy conservadora y Católica”*. A su padre, como un alcohólico, adicto a las benzodiazepinas pero que, sin embargo, era engreidor y *“la salvaba de los castigos maternos”*. No obstante, Miriam, era consciente de que éste *“desordenaba”* todo aquello que su madre intentaba organizar en la casa, resalta que lo quería mucho porque para ella representaba *“el recreo y los abrazos”*.

Así, en su relato hace énfasis en el poco cariño que recibió de su madre. Deseaba que ésta la abrazara o la felicitara por sus buenas notas. Sin embargo, no recuerda que alguna vez lo haya hecho. Recuerda sí haber recibido *“cariño materno”* por parte de su tía Rita, la hermana de su mamá, quien los cuidaba por las tardes mientras ambos padres trabajaban.

A pesar de que su madre no reconocía que su hija necesitaba cariño y le exigía mucho, Miriam destaca la influencia positiva que tuvo en ella. La intentó criar *“lo mas independiente”*; señala. Su madre le enseñó muchas cosas útiles. Sin embargo, cada vez que las tenía que poner en práctica, debía consultarlo primero con ella para obtener el visto bueno.

Por otro lado, la relación con su padre era muy distinta. Miriam lo percibía cercano y no le tenía miedo como a su madre. A pesar de admitir que se trataba de un hombre violento e irresponsable, recuerda que el cariño que éste le brindaba parecía ser suficiente para ella. Evoca momentos en los que se sentía muy especial porque salían solos a tomar un helado o un chocolate caliente.

Según narra, la familia siempre estuvo dividida en dos bandos: su madre y ella, por un lado, y su padre y demás hermanos, por otro. En un primer momento, esto se

dio así porque los hermanos hombres y su hermana preferían jugar fútbol o *“juegos bruscos”* con su papá y ella era más tranquila y prefería quedarse en casa con su madre estudiando o ayudándola con las tareas domésticas. Luego, la familia se fue dividiendo cada vez más. Los hermanos hombres se comportaban mal en el colegio y tenían bajas notas. Miriam recuerda que incluso fue el padre quien les enseñó a falsificar su propia firma para librarse de los castigos escolares. Su hermana no tenía ninguna de estas conductas y, al igual que a Miriam, le iba sumamente bien en el colegio. Sin embargo, por las tardes, cuando terminaba el colegio, ésta prefería pasar el tiempo con su padre y sus hermanos. Miriam recuerda que su hermana y su madre discutían mucho por temas relacionados con la disciplina. Según señala *“eran muy distintas”*:

Como mencioné líneas arriba, Miriam era una muy buena alumna. Recuerda siempre haber estudiado mucho. Incluso pasaba las vacaciones estudiando inglés en un instituto. Recuerda también que el colegio de monjas (en el que se educó su mamá también) era sumamente estricto. Si no tenía un buen rendimiento, sus profesoras le llamaban fuertemente la atención y se lo comunicaban de inmediato a su madre. Esto, daba inevitablemente como resultado el castigo físico de la madre. Recalca siempre haber tenido mucho miedo a equivocarse.

A los 11 años, recuerda que la dinámica familiar cambió radicalmente. Su padre pierde el empleo por haber ido alcoholizado a trabajar pero inmediatamente consigue un nuevo trabajo en otra provincia. Los va a visitar solo los fines de semana y aporta más dinero. La madre de Miriam puede dejar de trabajar y se dedica más a la casa y al cuidado de los hijos. Según Miriam, a su madre ya no se le notaba estresada. Tanto así, que sus otros dos hijos, nunca reciben castigos físicos. Solo ella y su hermano Vicente fueron castigados físicamente por su madre.

Recuerda esta época con mucha alegría ya que: *“estaba tranquila y podía dedicarme a mis estudios sin distraerme”*. Cuenta, que a pesar de que siempre sacó buenas notas, le costaba mucho concentrarse por la ansiedad y tristeza que le producía todo lo que ocurría en la casa.

De adolescente, aún se mantenía reservada y un tanto aislada. Sin embargo, señala haber tenido dos buenas amigas con las que se sentía a gusto, compartían sus experiencias y salían de vez en cuando a pasear por el barrio. De todas, formas, los estudios siempre fueron lo más importante para Miriam. Dice, *“casi siempre solo estudiaba y en las vacaciones estudiaba inglés en el instituto”*.

Al ingresar a la universidad, la situación se le complica. Estudia en una universidad particular que, según ella, era muy exigente. Ya en el primer ciclo, fue evidente que no podía manejar la presión. Se muestra sumamente ansiosa cada vez que tiene que dar un examen e incluso le llega a dar insomnio. Es por esto que acude, en compañía de su madre, donde un médico que le receta benzodiazepinas. Rapidamente, se da cuenta de los efectos de la medicación. Asocia, según sus propias palabras, *“estímulo-respuesta, pastillas-notas buenas”*. Nunca dejará del todo la medicación. Por el contrario, la dosis la irá aumentando debido a la tolerancia que empezó a desarrollar. En un punto, cuenta que tomaba una dosis bastante más alta que la que le fue prescrita por el doctor.

Posteriormente, consigue un buen trabajo en el área organizacional de una conocida empresa. Se mantiene, según sus palabras *“muy productiva”*. Se enfoca en su trabajo e intenta que no le afecten los problemas que siguen ocurriendo en su casa. El padre sigue llegando borracho y sigue maltratando a la madre.

Por otra parte, a los 25 años tiene su primera pareja. Según relata, Gerardo, era un joven bueno, inteligente e interesado en su bienestar. Estuvieron juntos por 8 años hasta que ella terminó la relación. Tenían constantes discusiones porque él se daba cuenta de su adicción y se lo hacía notar. A ella le daba mucha cólera que le diera la contra e intentase impedir que compre sus pastillas. Señala que, en general, no le gusta tener problemas, que tiende a evitar cualquier tipo de confrontación. Decide terminar la relación.

Luego de la separación, señala que es la primera vez que recuerda haber estado tan deprimida. Se interna voluntariamente por un año en el programa de mujeres con adicciones. Señala que, por un lado, su mamá la apoyó mucho y, por otro, su padre consideraba que no era necesario porque *“las pastillas eran legales... ella no era una drogadicta, en verdad”*: Gerardo, la iba a visitar seguido. Aunque no retomaron la relación, siempre permanecieron siendo muy amigos.

Al salir del internamiento, continúa trabajando en la misma empresa y luego de tres años tiene una segunda pareja, Arturo. A pesar de no haberse establecido del todo en casa de Arturo, cuenta que llegaba a pasar casi todas las noches ahí y que: *“Hicimos casi una relación marital cerca de tres años.”*

En paralelo, Miriam se entera que su madre se quería divorciar porque ya no soportaba tanta violencia. El padre no quiso, así que a la madre solo le quedó *“separarse de cuerpo”*: Recuerda que no le pareció bien y que la criticó mucho por esto.

Por otro lado, Miriam me cuenta que empiezan nuevamente los problemas financieros así que la casa familiar se pone a la venta. Miriam decide comprársela a sus padres con sus ahorros. La compra la realizan a nombre de ella y de su hermana,

sin embargo, Miriam es quien pone todo el dinero. En dos ocasiones, tienen que hipotecar la casa porque no alcanzaba el dinero. La hermana de Miriam es quien administra el dinero de la hipoteca para los gastos de la casa. Un tiempo después, se enterarán que ésta se quedaba con buena parte del dinero. Miriam admite que siempre estuvo *“muy enfocada en su trabajo y no quería saber ciertas cosas... o se me pasaban por las pastillas.”*

Unos años después su madre enferma de cáncer. Ella y su hermana la cuidan. Miriam trabaja muchísimo para poder cubrir los gastos. Como debía concentrarse y rendir al máximo recae en el consumo. Había dejado de consumir casi siete años. Miriam busca diferentes tipos de tratamientos para su madre pero, finalmente, ésta muere. Recuerda que antes de morir, le agradeció mucho a ella y a su hermana por haberla cuidado de esa manera. Recuerda como datos importantes de ese momento, que su madre las fue *“preparando emocionalmente para su partida (...) eligió su mortaja, el ataúd y pidió que unos morenitos la cargaran”* y que su madre *“consagró su enfermedad al señor de la misericordia.”*

Cuando muere su madre, se sintió *“sin rumbo”*. Buscó apoyo terapéutico por consulta externa en el hospital. Hizo terapia por tres años y recuerda con mucho cariño a su terapeuta.

Por otra parte, cuando muere la madre, aparecen también los líos legales en relación a la casa en donde vive aún toda la familia pero que, como mencionamos, Miriam había comprado años atrás. Debido a que Miriam nunca elevó la compra a registros públicos, los hermanos y el padre aprovecharon la oportunidad para falsificar las firmas de la madre, de Miriam y de su hermana e inventar una compra

falsa a su favor. En el documento se señala que la casa pertenece a estos tres. Cuando le empiezan a llegar las notificaciones, Miriam no sale de su asombro.

Se trata de una situación bastante extraña. Miriam vive en el primer piso con su padre y su tía Rita, su hermano Vicente vive en el segundo con su familia y en el tercero su hermano menor *“tiene una oficina de no sé qué porque no trabaja”*. La hermana decide irse de la casa con su tía Rita y un tiempo después Miriam es expulsada a golpes fuera de su propia casa por su hermano Vicente. Todo esto ocurre frente a su padre y Miriam resiente que éste haya permitido que la maltraten de esa manera. Si bien, como se señaló anteriormente, Miriam describe a una familia siempre dividida y violenta, ella nunca se esperó algo así.

En medio de todos estos conflictos, se termina la relación con Arturo porque *“él aduce que él a mí no me conoce mucho, no sé cómo definirlo porque es bien raro cómo va a ser tu pareja y no te conoce mucho”*. Miriam también señala que Arturo es muy inestable, que a veces la rechazaba y la botaba de la casa. En suma, dice que la ve como su posesión, *“como un objeto, como una casaca que usa y puede botar.”* Además, es mujeriego y la separación se debió, según ella, a que ya no le soportó más sus infidelidades.

Luego de ser expulsada de su casa por su hermano, se aloja donde unos amigos porque no cuenta con dinero suficiente ni para alquilar un cuarto.

Una semana después, decide saltar del último piso del edificio pero fue detenida por el personal de limpieza. Como mencioné anteriormente, es su primer intento suicida. El motivo fue que *“atravezaba una situación muy complicada y estaba literalmente al borde de la corniza”*.

Al enterarse de lo ocurrido, los amigos le sugieren internarse y le dan dinero para cubrir los primeros días en la emergencia del hospital. Permaneció ahí por una semana *“en estado de shock”*. No recordaba ni el número telefónico de su casa y nadie sabía que se encontraba internada. En el hospital, figuraba como *“en estado de abandono”*; relata.

Diez días después, aparece Arturo. Éste, la había estado buscando durante días desde la separación. Se le ocurrió que podía haber ido a buscar ayuda al hospital. Miriam es trasladada a pabellón y luego de su estabilización empieza a recibir visitas de su papá, de Arturo y de Gerardo.

Para concluir con esta primera parte, considero importante resaltar que, en general, Miriam se mostró muy necesitada de conversar con alguien. Me comunicó que me *“esperaba con ansias desde la mañana”*. En el cuaderno de anotaciones también resalta los encuentros de manera positiva. El último día, preguntó si podía quedarse con el cuaderno de anotaciones: *“¿Le puedes sacar fotos y yo me lo quedo?”*

Vínculos traumáticos: La muerte en lo simbiótico.

“Eran más directivas que otra cosa y yo me sentía cómoda porque veía que avanzaba académicamente y también desarrollándome en el inglés, sino no hubiera podido terminar hasta el tope. También me guiaba en algunos aspectos de la combinación de mi ropa, por ejemplo, a dónde tenía que ir.”

(Miriam acerca de la relación con su madre)

“Mi mamá me golpeaba cuando yo no hacía las cosas adecuadamente, por ejemplo, cuando me distraía en el colegio, no llevaba buenas notas, nos

pegaba por cualquier cosa, en verdad." (Miriam acerca de la relación con su madre)

Las viñetas anteriores ejemplifican la compleja relación que Miriam tenía con su madre. Según relata, ésta era el único referente disponible, que le garantizaba *"una buena vida"*: La idealizó y se fusionó con ella al punto de no distinguir cuáles eran sus deseos. Se ajustó a normas estrictas y se mantuvo atenta de no cometer errores. Así, no recibía castigos y, a la vez, permanecía más cerca a su madre.

Es importante subrayar también que Miriam creció al interior de un grupo familiar dividido entre el modelo del padre y el de la madre. La madre, como vimos, fue idealizada y percibida como una mujer extremadamente crítica, recta y trabajadora. El padre, por el contrario, era percibido como una figura psicopática, *"le gustaba el camino torcido"*. Así, desde el lado de la madre, se estructuraban situaciones con límites rígidos y del lado del padre, situaciones que carecían más bien de cualquier tipo de límite. Miriam prefirió: *"el camino de mi madre"* y mantuvo una relación casi de exclusividad con ella. Solo estudiaba, la ayuda en las tareas domésticas, no solía jugar con sus hermanos, no tenía hobbies y casi tampoco tuvo amigas.

Pienso que este tipo vínculo fusional puede haber impedido que Miriam desarrolle una mente propia, separada de la de su madre; así como un sí mismo autónomo con sentido de agencia que le permitiese crearse una vida. Para Miriam, la vida era la madre.

Tomando en cuenta lo anterior, quiero centrarme ahora en la contextualización de lo señalado de forma que se puedan evidenciar cómo los vínculos traumáticos han desarrollado desde lo fusional una pasividad que la acerca a la muerte.

En relación a la dinámica con la madre, como vimos, se trata de un vínculo evidentemente perverso. Recordemos lo que postula Welldon (1993) acerca de la perversión femenina. Las mujeres, señala la autora, muestran su violencia a través del castigo físico a sus hijos y lo hacen, a diferencia de los hombres, en el ámbito más privado, en su hogar. Miriam cuenta que de niña, la madre también recibió castigos físicos. Ser consciente de su historia, parece amortiguar la carga hostil que Miriam podría haber sentido por el maltrato recibido:

“Un poco la historia de vida de mi mamá es que ella se quedó huérfana a los cuatro años, entonces, se crió con las monjas y yo supongo que por eso nos golpeaba y no era afectuosa”.

El vínculo con la madre era, en definitiva, un vínculo distorsionado y confuso puesto que el cuidado, las enseñanzas y *“el camino correcto”* estaban asociados al maltrato y al miedo. Además, Miriam no lograba manifestar su rabia:

“Muy crítica, no andaba con medias tintas y eso provocaba a veces en mí... mmm... reacciones de molestia, pero no se lo decía nunca y ahora lo valoro porque todo eso me sirve de base para poder seguir adelante en mi vida.”

Kaplan (1985), señala que las mujeres inhiben su rabia por el miedo a que ésta pueda perjudicar las relaciones. Subraya que el aguantarse la rabia puede dejar a la mujer con sentimientos de constricción, ineficacia y aún maldad por sentirse colérica. Dichos sentimientos, parecen haber tenido repercusiones negativas sobre la mirada que Miriam tiene de ella misma. Además, la impotencia generada por la imposibilidad de actuar su rabia puede llegar a expresarse de formas exageradas que pueden ser devastadoras para quien la reciba o para ella misma.

Su yo más bien débil parecía luchar por no verse avasallado por la violencia vivida, valiéndose, sobretodo, de defensas obsesivas. Ya en el colegio se proponía metas, generalmente de corte intelectual, frustrándose muy rápido cuando fallaba. Un error podía bloquearla y sumirla en el desaliento.

Así, desde pequeña, para proteger al self sobrecargado por sobrexigencias, confusión y violencia provenientes de su medio ambiente, Miriam se sobreadaptó. Debió iniciar un desarrollo prematuro de sus capacidades. Si bien este Falso self (Winnicott, 1960) fue una defensa precoz pareciera que es el único Self real del que dispone. En esta línea, es notoria su exagerada adaptación social, cultural, el bloqueo de sus emociones. Asimismo, se evidencia una subjetividad melancólica con tendencia a agredirse y a empequeñerse.

Quiero centrarme ahora en el padre, específicamente en la relación de pareja que mantuvo con la madre:

“Mi papá le pegaba por cualquier cosa (...) desde que yo tengo uso de razón su verbalización ha sido siempre o la insultaba o la trataba de minimizar en esos aspectos laborales.”

Miriam recuerda que la madre aguantaba el maltrato del padre a pesar de que ella era muchas veces quien sacaba adelante el hogar. Asimismo, cuenta que nunca le quitó autoridad y que procuraba ocultar el maltrato. Miriam fue interiorizando poco a poco esta relación de sacrificio y desigualdad:

“Cuando mi papá pierde el trabajo por problemas también de índole que llegó mareado a su trabajo, mi mamá para pagar las deudas trabajó de obrera y

hasta ha sido doméstica cama adentro para sacarnos a nosotros adelante en los colegios donde estábamos, yo lo recuerdo perfectamente.”

Ella, por su parte, y en relación al juicio que actualmente tiene por su casa, también se muestra como una mujer sacrificada:

“(…) me sentía culpable por lo que estaba aconteciendo en mi casa. Y haber desatado toda esta maraña de enfrentamientos, de juicios, de cosas.”

Guzzo (1982) plantea que el ambiente al ser desfavorable, puede generar vivencias perjudiciales que unidas a lo constitucional se pueden exteriorizar en una deformación masoquista de la personalidad. Ambas, tanto su madre como Miriam compartían esta característica de personalidad. Asociaban lo femenino a la debilidad, al sacrificio y a la renuncia (Ruiz Bravo, 1999). Es posible que la madre de Miriam haya sido consciente de esta identidad femenina subvalorada y por ello haya buscado de alguna manera contrarrestar esta percepción intentando otorgarle, en el espacio más privado, una imagen de madre omnipotente. Asimismo, quizás fue por esto que, según recuerda Miriam, siempre enfatizó en que ella sea lo más independiente posible. Lo paradójico, fue que con su forma de vincularse fomentó todo lo contrario.

Miriam se pasivizó cada vez más, continuó acomodándose y dependiendo siempre de los demás. Esto, además de revelarse ya como un patrón de personalidad, buscaba reducir la ansiedad que le generaba el transitar por las experiencias de la vida, en general. No se detenía suficientemente en las situaciones y evitaba cada vez más situaciones que le podrían causar ansiedad o cualquier tipo de complicación. No estaba ni está dispuesta a transitar por todo lo que implica tener una experiencia completa. Esta postura infantil, revela su fragilidad psíquica, la cual es evidentemente

más notoria en situaciones de crisis en las que se hace imprescindible que esté presente una persona adulta e integrada.

Por otro lado, a diferencia de la relación que tenía con su madre, con el padre se relacionaba de manera íntima desde lo prohibido pero también desde el afecto físico y los "engreimientos":

"Lo buscaba para salirme con la mía, por ejemplo, mi papá me lavaba los platos cuando yo no quería."

"(...) pero de él recibía abrazos y mimos, cosa que de mi mamá nunca. Mi mamá era el lado recto de la casa y me pegaba también mucho... los engreimientos los recibía de mi papá, por ejemplo, cuando estaba menstruando mi papá me llevaba el desayuno a la cama. Él compraba las toallas higiénicas. Mi mamá nunca."

Si bien el padre tampoco facilitó una individuación adecuada por el modelo tan distorsionado y violento que proveía, parece que Miriam se aferró a estos momentos compartidos que la hacían sentir especial y querida. Ésta puede haber sido una forma de no quedarse totalmente sola, a merced de la madre. Sin embargo, da la impresión también que esta dinámica podría haber generado cierta confusión en la trama edípica de Miriam, quedándose ella fijada como la hija del padre.

En relación a lo anterior, es importante destacar que Miriam parece no poder ser capaz de mantener una relación de pareja adulta. Se muestra inmadura con sus parejas y se ubica, como con su padre, en una posición en la que es necesario que la cuiden, que le den cariño y abrazos. Así, Miriam señala que las relaciones de pareja

que incluyen mucha cercanía e intimidad sexual le producen ansiedad. Busca más que nada que la “apoyen”, que la “cuiden” y que le “den soporte”.

En palabras de Benjamin (1995), podríamos decir respecto a lo anterior, que el padre no adquirió para Miriam la imagen de liberador; que no la alentó a encontrar su independencia, a buscar fuera un hombre diferente a él con el cual relacionarse.

En general, el rol del padre es fundamental por lo diferente que es como modelo para la hija, en comparación con el de rol de la madre. En parte, por cuestiones culturales es éste quien, generalmente, facilita el tránsito al mundo externo. Sin embargo, no estoy postulando que sea él el único encargado de hacerlo. La madre y las demás personas a su alrededor también facilitarían este pasaje. Sin embargo, en el caso de Miriam es muy particular, por lo sola que se encontraba y lo fusionada que estaba a esta imagen de madre omnipotente.

Por otro lado, como mencionamos en la narración de su historia, Miriam no desea tener hijos. Señala tener miedo a no ser capaz de criarlos y pareciera imaginarse que les podría transmitir cosas dañinas:

“Sentía que era mucha responsabilidad y además yo era consciente de que yo consumía, pero imaginaba que después mi hijo también iba a tener el gen de la adicción y la responsabilidad de tener un hijo es tener que ver por todo y no me sentía capaz. Además, sabía que tenía que estar con terapeutas para hacer la prevención.”

Da la impresión que no puede imaginarse un sujeto diferente a sí misma así como su madre tampoco pudo hacerlo con ella.

En resumen, el relato de Miriam sugiere que ésta se encuentra aún fusionada con su madre. No ha habido un proceso de separación e individuación adecuado que posibilite una subjetividad autónoma. Sus acciones nunca alcanzaron a tener un valor subjetivo debido a la falta de reconocimiento: *“yo quería que me felicitara, que me dijera algo”*. Sin embargo, pareciera que Miriam tampoco mostró ningún tipo de deseo por separarse ya que esto implicaría crecer y afrontar las experiencias, presiones y expectativas propias de la vida adulta. Así, el modelo de *“la buena vida”*, mata.

El dolor psíquico irrepresentable: El abandono absoluto

“Yo no tengo a dónde ir”:

Como hemos visto en el tema anterior, Miriam muestra intensas ansiedades orales que la orientan más a la búsqueda evasiva de gratificaciones inmediatas. Experimentó mucha ansiedad desde niña y de adulta, tampoco mostró una postura serena que integrara los aspectos positivos y negativos de las experiencias por su cuenta. Siempre tuvo a la madre para consultarle todo. Si no estaba la madre, o la situación era especialmente complicada para ella, recurría a las pastillas.

Postulo que en este contexto, las pastillas, al reducirle la ansiedad y darle cierta ilusión de omnipotencia garantizándole el éxito, se le presentan como la solución perfecta. Sin embargo, esta dinámica parece haber dado como resultado, fallas en su capacidad para simbolizar y autoregularse.

De esta forma, vemos lo que ocurre cuando el objeto externo al cual se le ha depositado toda la confianza está ausente:

“Lo que me da ansiedad es no tener la pastilla (...)era como que perdía la mente así con la ansiedad”:

La pastilla le otorga calma inmediata y es la respuesta frente a cualquier tipo de estrés:

“Dije teniendo este medicamento, todo me va iba a salir bien ¿no?”

Considero que la pastilla, le daría la tranquilidad y el comfort que no le dio ni su madre ni su padre. Así, la adicción a las drogas cumpliría la función de autoregulación. La sustancia sería usada para controlar, mejorar o cambiar las experiencias afectivas que son vividas como confusas, muy intensas y, en general, como peligrosas.

Según Kaufman, Cristal y Miller (citado en Miller, 2002) la vulnerabilidad adictiva sería el resultado de un déficit en el desarrollo del yo y la organización del self relacionado a ambientes familiares abusivos, caóticos o negligentes. Ambientes que, a su vez, incluyen también el abuso de la sustancia, como es el caso del padre de Miriam.

Como mencioné, Miriam parece utilizar la pastilla como arma para bloquear cualquier tipo de conocimiento o afecto doloroso acerca de la realidad. Sin embargo, sabemos que perder algo duele intensamente, me pregunto, entonces, ¿qué ocurre cuando parece que se ha perdido todo de golpe?

Primero, su madre enferma de cáncer:

“(…) cuando yo me entero de que ella tiene cáncer, ahí aumenta mi consumo de benzodiazepina para poder solventar económicamente la enfermedad de mi mamá”

Luego tuvo que enfrentar su muerte:

“Después para mí vino una etapa de duelo muy difícil porque ya no la tenía presente (...) pero aún ahora la recuerdo mucho y siento como si me faltara un pedazo de mí. Yo me sentía muy mal, me sentía sin rumbo, como que no tenía brújula.”

Luego de la muerte de la madre, empiezan los líos legales por la casa y pierde a su familia. Los hermanos y el padre realizan un juicio en su contra (falsificando los documentos de propiedad) y la hermana se va de la casa llevándose a la tía Rita:

“El abandono de mi hermana también me causa bastante tristeza también.”

Asimismo, dos semanas antes del intento suicida, se separa de Arturo porque éste también la bota de la casa:

“Nuestra convivencia terminó dos semanas antes de que yo me vaya a vivir con estos amigos. Yo me decido ir al otro lado porque él me dice que buscara una habitación para yo irme a vivir sola... sí teníamos conflictos, él buscaba afuera a otras mujeres, era mujeriego”

Posteriormente, su hermano la bota de su propia casa y el padre observa, sin intervenir:

“Mi hermano Vicente me ha sacado a empujones, me dobló la mano y me metió un puñete acá (...) Lamento que mi padre haya permitido que me golpeen en su delante. No ha hecho absolutamente nada como para poder protegerme.”

Miriam no tiene dinero para alquilar algo propio. Así que le pide a unos amigos que la alojen en su departamento. Se encuentra muy mal. Se siente abandonada y no puede procesar todo lo que le está ocurriendo. La situación que enfrenta es especialmente complicada porque, además, no tiene sus pastillas.

No hay sostén ni externo, ni interno y frente a esta situación, no puede pensar en otra opción más que en la muerte. Son muchas las pérdidas y poca la capacidad para contenerse y elaborarlas. Está sola.

Corporizar la muerte: La protesta encarnada

“(...) pero es mi casa.... Pero él no lo ve así.”

(se refiere a su padre)

“Me han tenido que detener para no suicidarme. Yo me aseguré que no hubiese nadie. Todos habían salido pero el personal de mantenimiento me detuvo. Estaba como se dice: “al borde de la corniza”

Pareciera , que luego de ser expulsada de su casa, los sentimientos de rabia y dolor amenazan con desbordarla y destruir la postura conciliatoria que ha creado acerca del padre como agresor. Considero que, en buena cuenta , el intento de suicidio se da porque la agresión se vuelve contra el self y en lugar de dañar al padre, se hiere a ella misma.

Los sedantes le habían permitido hasta el momento deshacerse de las emociones negativas y calmarse. Funcionarían también como una sustancia nutricia que la

conecta con su cuerpo y hace posible que se vuelva *"más productiva"*; más agente de su vida.

La pastilla anulaba cualquier tipo de emoción o pensamiento que consideraba inmanejable. Así, Miriam era en su fantasía omnipotente como la madre. No sobrevenía la temida separación, negando la falta.

Según Lutenberg (2007), las drogas ocuparían el lugar del objeto primario ausente, sea éste la madre o el padre.

Sin embargo, las condiciones en la vida de Miriam han cambiado. Con tantas pérdidas y sin la pastilla como apoyo, el mundo parece que se le presenta como demasiado intrusivo, peligroso, e inmanejable.

Laufer (citado en Breen, 1993) hace hincapié en la importancia de la identificación de la niña con el cuerpo de su madre y con su funcionamiento, como un organizador, el cual sirve como la base de la relación futura que tendrá con ella misma como mujer autónoma.

Como se vio anteriormente, Miriam se ha identificado con aspectos pasivos, masoquistas, sádicos y melancólicos de su madre. En este sentido, postulo que se mantiene fusionada mostrando amor- odio inconsciente hacia la madre omnipotente y que como ella señala es, *"esclava de la pastilla"*, pero también lo es de la diada. Así, en un mundo psíquico en el que cualquier posibilidad de independencia está prohibida, ¿dónde ubicar el deseo de vida? Parece que hasta el momento, Miriam lo había ubicado en los demás. Sin embargo, en palabras de Benjamin (1995, 1998), sus acciones nunca llegaron a tener un valor subjetivo así que cuando todos se van, se queda completamente sola. Sin siquiera tenerse a ella misma.

Teóricamente, la integridad del mundo representacional, de las representaciones del self y de la imagen del cuerpo así como la integridad del super-yo dependen de la

neutralización de la agresión a lo largo del curso del desarrollo (Maltzberger, 1980).

Sin embargo, el ambiente hostil en el que ha crecido Miriam, unido a la falta de límites con el objeto han provocado en ella sentimientos hostiles que se niega a reconocer o a canalizar al exterior y se vuelven en contra suyo:

“Pensaba mátrate, mátrate, mátrate, tenía mucha...mmm... tristeza, ninguna de las personas con las que estaba relacionada conmigo... y no veía un futuro pues, ¿no? porque estaba sola y venía de un período de abstinencia, sentía que la vida no tenía sentido para mí.”

Considero que hasta físicamente, Miriam encarna esta tensión. Ésta, se traduce en su andar lento, en su pelo sujeto tan fuertemente, en la piel misma, dura y seca que puede ser sentida hasta cierto punto como una prisión. Se trata de un cuerpo sobreadaptado y castigado. La rabia guardada. Todo guardado. Al respecto, Motz (2001) señala que las diferencias en los índices de autolesiones entre géneros pueden estar condicionados socialmente ya que las mujeres no suelen expresar su rabia abiertamente porque buscan la aceptación social. Atacarse a sí misma es un canal legítimo, permitido, para mostrar o expresar su rabia, pero también es una manera de protestar en contra de la imagen sentimental e idealizada que otras personas parecen tener acerca de ella. En este caso, “idealizada” y devualada a la vez por esta dinámica familiar tan distorsionada:

“ellos creen que yo soy “la tonta”, la tonta que pagó y ya está. Ellos no creen que yo nunca les voy a poder ganar el juicio”.

Miriam tiene 50 años pero no se ha ubicado como una mujer adulta capaz de hacerse cargo de su vida de una manera autónoma, con todas las contradicciones, tensiones e incongruencias que este proceso de subjetivación conlleva (Benjamin, 1995). Se le ha negado pero también se ha negado ella misma esta posibilidad. ¿Será que el intento de suicidio es una manera de protestar, un intento de mostrar control a través de su propio cuerpo? (Welldon, 1993) Una suerte de protesta inconsciente, incompleta y sin voz. Es posible. También es posible que, a la vez, haya buscado reunirse en la fantasía con el objeto materno idealizado del cual nunca va a ser separada (Motz, 2001). Ésto, en la línea del narcisismo negativo que propone Green (1999) le permitiría a Miriam descansar:

“La vida se hace equivalente de la muerte porque es liberación de todo deseo” (Green, 1999 p. 23).

Por todo lo anterior, considero que Miriam sí tenía una intención clara de suicidarse. Finalmente, como señalé, Miriam necesita mucha contención. A propósito de una conversación que tuvo con su doctor, ésta señala que el doctor le dice:

“ Pero Miriam, mientras tus demás compañeras están queriendo salir de alta tú no quieres salir del hospital... Y, sí, me da causa mucha ansiedad pensar en que debo salir. Yo aún no me encuentro preparada.”

El doctor también parece haber captado esta necesidad que tiene de quedarse en un lugar protegida. En este sentido, el hospital podría vivirse como un útero materno y el espacio de conversaciones conmigo como una membrana protectora.

Karina

“Me tomé veneno para... lo que pasa es que había terminado con mi enamorado y ya... Me tomé veneno... ¿Cómo se llama? Campeón, para ratas. En mi desayuno y, ya pues, me trajeron de emergencia con mi mamá al hospital, para que me hagan un lavado gástrico”

Karina tiene 18 años. Vive en Lima con su mamá, su padrastro y sus dos hermanos menores. Actualmente, se encuentra cursando su segundo ciclo de enfermería. A los 14 años, fue violada por su profesor de matemáticas. Durante un año no se lo contó a nadie porque éste la había amenazado con matarla si lo hacía. Cuando se lo decide contar a su mamá y *“la gente se enteró”*, empiezan los intentos de suicidio. Es su cuarto intento pero es la primera vez que es hospitalizada. Dice que los anteriores se debieron a *“los recuerdos”* y que *“quería hacerse daño”*; pero que este último fue distinto porque fue por la ruptura con su enamorado, la cual *“fue imposible de soportar”*. No fueron los recuerdos, recalca. Cuando recién ingresa al hospital por emergencia fue diagnosticada con estrés post- traumático.

Es una joven pequeña, delgada, con el pelo negro y largo. Durante la mayor parte de las conversaciones, mantiene la mirada fija en el suelo y el cuerpo rígido. Sin embargo, desde un inicio, llama la atención la volubilidad de sus estados de ánimo. Por momentos, se muestra sumamente suspicaz y por otros, emocionalmente entumecida. La impresión general, es que no se encuentra abierta a compartir su experiencia a pesar de habersele recalcado que su participación en el estudio es totalmente voluntaria. La primera vez que me reúno con ella, Karina me pregunta si soy policía. Esta pregunta me desconcierta puesto que minutos antes le había

explicado todos los detalles de la investigación y había firmado el consentimiento informado.

Karina es de Moquegua. Su madre sale embarazada cuando tiene 20 años de un hombre que resulta tener otra familia y la relación acaba. Karina solo sabe esto acerca de la historia entre sus padres. Señala que no es importante, que no tiene nada que ver con ella. El padre nunca la reconoce. Su madre, para poder mantenerla, se va a trabajar a Lima y la deja al cuidado de su abuela.

Casi no tiene recuerdos de la época en la que vivió en Moquegua. Solo señala que quería mucho a su abuelita, que jugaba con sus primos y que su mamá la llamaba de vez en cuando y le mandaba ropa.

Aparentemente, a los 9 años Karina se muda a Lima con su madre y su padrastro. El registro temporal de esta parte de su vida es confuso. En las conversaciones, primero señala que se mudó de Moquegua a los dos años, luego señala que a los cinco y, finalmente, que a los nueve. En la historia clínica se registra el cambio de domicilio a los 9 años de edad.

Cuenta, haber preferido vivir en Moquegua porque *“acá era raro vivir con ella (su madre) y mi padrastro en ese cuartito.”* Además, señala que extrañaba a su abuela. Asimismo, enfatiza en lo difícil que se le hizo adaptarse en todo sentido. En el colegio, casi no tuvo amigos. En parte, cree ella que fue porque se cambió varias veces de colegio.

En cuanto a su madre, Karina refiere que es prestamista. Sin embargo, al principio duda si contármelo o no *“No se puede decir (risas) ... Es prestamista, presta... ¿Es malo? No sé, si se puede decir.”* Cuenta también que trabaja *“todo el día”* y que los

sábados van juntas a la Iglesia Adventista. No dice mucho de sus características personales o de su relación con ella. Solo señala que es *“como toda madre”*, que la *“vigila”* para que no se haga daño y que la critica para que haga bien las cosas.

Desde su punto de vista, la relación con sus hermanos es casi inexistente. Acerca de ellos solo cuenta que *“juegan Play y no lavan los platos”*. Esto, la hace renegar mucho. Casi tampoco menciona a su padrastro. Solo dice que es mototaxista, que *“trabaja con su moto todo el día”* y que se lleva bien con él. De su padre, solo señala que no le afecta no haberle conocido antes. Luego en el análisis se verá este punto.

A los doce años, el profesor de Karina se gana la confianza de la madre diciéndole que su hija tiene potencial para ingresar a la universidad, que solo bastaba que estudiara bien matemáticas y que él le podía dar clases particulares. La madre acepta. Karina recuerda de esa época: *“(…) a veces me decía, tú eres como mi hija, me traía chocolates (…)* me decía: *“ven, toma chocolates”, me decía, “gracias” y yo seguía jugando allí (…)* me enseñaba matemática.” Durante dos años, Karina recibe las clases en su casa. Luego, el profesor viola sistemáticamente a Karina durante un año entero. Como mencionamos anteriormente, ella guardó silencio pues tenía miedo de las represalias del profesor.

Karina cuenta que luego de enterarse del abuso, la madre *“se sorprende y asusta”*. La cambia de colegio, realiza una denuncia por abuso sexual en contra del profesor y la lleva a terapia por consulta externa.

Luego de contar todo lo ocurrido, empieza a sentir mucha vergüenza y a tener la impresión de que la gente se burlaba de ella.

Fue a terapia pero no recuerda exactamente cuánto tiempo, ni cómo se llamaba la psicóloga que la atendió: “(...) fueron dos años, pero no recuerdo bien, en verdad”. Solo menciona que la psicóloga le decía que ella era importante y que le decía que todo iba a pasar, que *“me levantaba mis ánimos”*.

De todas formas, se le hace muy difícil estudiar, está deprimida y comete su primer intento suicida usando la medicación que le dieron en el hospital. La madre la encuentra pero, según cuenta Karina, no la llevan al hospital, solo le dan suero para que se le pase. Dice que sí se quería morir. Luego, realiza dos intentos más en el año que sigue: el segundo con veneno de pulgas y el tercero se cortó y amarró las muñecas. Todas las veces fue su madre quien la encontró. Señala haber estado sumamente deprimida, no tener ganas de estudiar ni de salir a ningún lado.

Cuando termina la secundaria, decide no estudiar inmediatamente, sino trabajar por un tiempo y *“ser libre”*. Durante ese año, tuvo un par de enamorados pero señala que no fueron importantes y que por eso no se los presentó a su familia.

En esa misma época, decide que *“ya era hora que conozca a mi papá... Todos conocen a su papá.”*, así que le pide a su madre que la acompañe a Moquegua. Ella había viajado antes sola a visitar a su abuela pero esta vez no se atreve. Señala que después de la violación se volvió temerosa y que no le gustaba alejarse mucho de su casa. Algo importante para tener en cuenta es que el padre, si bien ausente, había conversado por teléfono con Karina en algunas oportunidades. Éste, llamaba borracho y le decía que la extrañaba y que la quería conocer. Karina le respondía que iría a Moquegua cuando éste le mandara dinero para el pasaje. Si bien el padre nunca mandó dinero, Karina decidió ir a verlo de todas formas.

En Moquegua, se reúnen los tres. Pasan tres días juntos comiendo y conversando. No rescata nada especial acerca del encuentro excepto que le gustó conocerlo. Dice que su padre es *“normal como todo padre”*; que le preguntaba cómo estaban sus estudios, si tenía enamorado, entre otras cosas.

Al regresar, elige estudiar enfermería. Recién al empezar este segundo ciclo forma un grupo de amigas con las que dice se siente cómoda. También conoció a José quien se volvió su enamorado unos meses después.

Acerca de la relación, Karina cuenta que *“era linda”* y que fue por eso que presentó a José a su familia. En las conversaciones, Karina señala en varias oportunidades que la relación era *“bonita”* porque él *“era serio”*, distinto a los demás chicos de su edad que, según Karina, solo buscan divertirse. A ella, sin embargo, le gustaba molestarlo o hacerle bromas:

“(…) a veces le hago bromas, como decirle... No me gusta tu pantalón, tus zapatillas... se pone sus zapatillas grandes y le digo “no me gustan tus zapatillas” y él se molesta”.

La relación solo duró 4 meses porque José decide separarse luego de una discusión. Según señala Karina, discutieron por algo sin importancia, por una más de sus bromas. Iban a ir a estudiar juntos y ella hizo como si no lo viera. Ésto lo molestó mucho, le dijo que ya lo había cansado y terminó la relación. Karina, por su parte, creía que José se había aprovechado de ella puesto que unos días antes tuvieron relaciones sexuales por primera vez: *“sentí que él había jugado conmigo y me había usado”*, dice.

Luego de la separación, Karina quedó muy afectada: “*Estaba triste, bien triste y apagada*”. Le cuenta a su mejor amiga, acerca de sus planes de quitarse la vida. Ésta la aconsejó y le dijo que no valía la pena. De todas formas, no se logra tranquilizar e intenta comunicarse con José pero él no contestaba sus llamadas. Finalmente, contesta y ella lo termina gritando y “*mandando a la m*”. Unos minutos después, intenta suicidarse. Su madre la encuentra y la lleva a un hospital general para que le realicen un lavado gástrico. Cuando se estabiliza, es trasladada al hospital psiquiátrico.

Actualmente, Karina dice sentirse muy bien y que solo piensa en salir de alta. Quiere regresar a estudiar y seguir con su vida. Me la impresión de que no quiere detenerse a pensar ni un minuto en lo que le ocurre: “*hay que mantener los ánimos*”; (...)*tengo que ponerme más ánimos, tengo que ponerme las pilas como dicen, para tomar los exámenes y pasar (...)* Continuar con mis cosas como siempre.”

Para concluir con esta primera parte, considero importante resaltar que, en general, sentí que las conversaciones con Karina estuvieron plagadas de desencuentros. Por ejemplo, las condiciones en las que se dio la última conversación con Karina no fueron las indicadas. Tan es así que la última conversación solo duró 20 minutos y luego Karina se negó a que se le diera la devolución al día siguiente. Nos disponíamos a ingresar a la oficina cuando un doctor de turno la llamó para evaluarla. Cabe destacar que Karina llevaba en el hospital cerca de dos semanas y no había sido contactada antes por este doctor. Ingresa a otra oficina junto al doctor y seis estudiantes de psiquiatría. La evaluación dura cerca de hora y media. Al salir, Karina se encuentra muy alterada y molesta. Cuenta que le hicieron muchas preguntas y que le “*hacían creer*” que ella había dicho que el profesor era su enamorado porque en el parte policial figura este dato. Percibo su rabia y lo fastidiada que se encontraba así que decido apagar la grabadora y no continuar con la

conversación. Solo conversamos un poco y le alcancé a decir que probablemente se sentía molesta por lo ocurrido. Asiente, mira para abajo y llora.

En relación al cuaderno de anotaciones, Karina no lo utilizó.

Vínculos traumáticos: Rupturas y quiebres

“El profesor se ganó mi confianza, la confianza de mi mamá, de mi familia. A veces me decía, tú eres como mi hija, me traía chocolates, me decía: “ven, toma chocolates”, me decía, y yo seguía jugando allí (...) me enseñaba matemática.”

Karina se siente fácilmente amenazada así que hay en ella una necesidad de mostrarse como una persona fuerte. Como se narró en la historia, lo que se escenifica en el primer encuentro conmigo son ansiedades paranoides, persecutorias. El otro – yo- paso a ser una amenaza, alguien que representa un peligro tan profundo y desorganizador que Karina no puede incluir el principio de realidad –pregunta aunque tiene la información. Lo paranoide aflora: “¿eres policía?” El trauma también se encarna como un quiebre en su cuerpo y en sus emociones: se comporta y luce de diferente forma en un período muy corto de tiempo. En un instante se muestra hipervigilante y un hasta un tanto agresiva conmigo. Luego, parece tímida e inhibida. De lo anterior, podemos hipotetizar que Karina se siente así, rota, fracturada, que la vida se le presenta como discontinua y la vive desde el temor.

No sé mucho de ella, de cómo era o de su historia previa a la violación. Karina cuenta muy poco y como mencioné anteriormente la última conversación que tuve con ella fue muy corta. Además, en general, su historia de vida parece girar alrededor del trauma de la violación y no parece poder recurrir fácilmente a los recuerdos.

Sin embargo, hay cierta información que considero crucial para entenderla un poco más que sí logro conocer acerca de su *“vida pasada”*, como ella la llama.

Como se mencionó en su historia, sé que se separó de su madre apenas nació. Conozco también lo difícil que fue para ella dejar a su abuela y adaptarse a su *“nueva familia”*: Cuando relata que quería mucho a su abuelita la siento conectarse realmente con esta vivencia. Pienso que, junto con la abrupta separación de su madre, ésta puede ser también una separación que no ha sido completamente elaborada:

“Me quedé llorando, yo no sabía que iba a quedarme acá, con juguetes me convencieron (...) Hasta ahora la extraño. Es que era como mi mamá.”

Actualmente, la relación con su madre, parece ser pobre. A pesar de vivir juntas, señala que solo la ve cuando van a la Iglesia y que a veces se cruzan a la hora del almuerzo uno que otro día. Dice que es *“como toda madre”*, que es una buena madre porque *“la critica”* y *“como toda madre, quiere que me saque veinte”*. Esta frase *“como toda madre”* la repite varias veces. Otro dato importante y que colobra con los aspectos más paranoides en Karina es la profesión de la madre. Ésta, es prestamista y en palabras de Karina:

“Osea, no se puede decir porque amenazan, osea piensan que tiene mucha plata pero no. No tiene plata, solo presta poco y así trabaja. Por eso no puedo decir”

Además, Karina señala que su madre es buena porque la *“vigila”* y la *“critica”*:

“(...) quería cortarme, una vez amarré una pita y con un cuchillo...y mi mamá me vio y me dijo: “no, no lo hagas” mi mamá me vigilaba, me cuidaba mucho.”

El padre, por su lado, la abandona, no la reconoce y cuando está presente no está realmente conectado con ella porque llama borracho. Cuando conversamos, Karina intenta negar la ausencia obvia diciendo que sí lo conoce y que es "como todo padre". Da la impresión de que no sabe realmente cómo es una madre o un padre. Justamente, a propósito de esto, una investigación realizada en nuestro medio con mujeres con intento suicida halló que las "representaciones del sí mismo y de los otros basadas en identificaciones parciales y fantasiosas, lo cual evidencia una conducta y un desarrollo psíquico inmaduro" (Melo- Vega, 2010 p. 38).

Por otra parte, en relación al padre, me pregunto qué fue lo que la motivó a ir a conocerlo finalmente. ¿Habría sido una necesidad de sentir la seguridad que "todo padre" le debería haber dado?, ¿una suerte de intento por conectarse con una figura masculina benigna? Recordemos que el profesor esos dos años antes de violarla le decía que ella era como su hija.

Por otro lado, a Karina la viola su profesor por un año seguido en su casa. No puedo dejar de preguntarme si es que también hubo negligencia por parte de la madre y el padrastro, si la desprotección o si la ausencia del padre la hicieron más vulnerable. Y es que también el contexto socioeconómico y la dinámica familiar en donde los dos adultos estaban la mayor parte del tiempo fuera de casa podrían haberla colocado en una situación de riesgo:

"Mi mundo, todo mi mundo (...) no sé, no sé, siento que mis pensamientos, ¿no sé qué?... todo cambió porque yo sentía que todos me miraban, que todos hablaban de mí. Que, qué vergüenza salir a la calle, que me miren, que me critiquen, no sé, por eso intentaba hacerme daño."

La viñeta anterior da cuenta del quiebre que percibí en la historia de vida de Karina. Debido a la violación hubo una ruptura en la historia. Un claro antes y un después. Sin embargo, el antes parece no tener mucho espacio en su mente. Como mencioné, la mayor parte de su relato girará alrededor de la violación y, luego, de la ruptura con su enamorado.

La vergüenza e hiperalertividad después de que se conoce su historia da cuenta de cómo mientras la violación se mantuvo en la esfera privada, podía ser controlada pero cuando se expuso, cuando se habló de ello y se volvió público, la asalta el temor. Quizás en su fantasía se cumple aquello que el profesor le dice. Es decir, cuando Karina habla, se mata:

"(...) me amenazó, me decía que me iba a morir, que me iba a matar y que me iba a meter en un hueco...y tenía miedo de eso (...) tenía miedo de decirle a mi mamá, de las cosas."

Karina me cuenta que se siente avergonzada, *"Siento que la gente se burla de mí"*. Dice que antes no se sentía así. Claramente, la violación ha sido una experiencia traumática que ha discontinuado su integridad personal, que ha modificado su manera de percibir la vida y de percibirse a ella misma.

Pienso en lo doloroso y apabullante que puede haber sido para ella que alguien en quien ella confiaba y que *"hasta quería"* la haya violado.

Según Bueno (2000), aquella mujer que es violada suele sentir humillación, vergüenza, se puede sentir degradada y puede llegar a sentir culpa por lo ocurrido. Según el autor, todos estos sentimientos confunden mucho y es común que las

mujeres se sientan como Karina, fragmentadas. Como vimos al principio, el ataque ha alterado la confianza que se tiene en los vínculos con los demás. Todo en Karina parece estar teñido por el temor y por la ruptura.

Acerca de la violación y la versión de los demás, según el parte policial, Karina consintió las relaciones sexuales con el profesor y que se jactaba con sus amigos de tener una relación con él. Se iban a casar y él ayudaría económicamente a su familia. Karina niega que esto haya sido así. Sin embargo, en la historia clínica figura que es la misma madre quien brinda estos datos. Al respecto, recordemos también la situación complicada que vivió Karina con el doctor del hospital:

“me hace preguntas muy fuertes que me contradicen, que parece que me atacaran con el profesor, que me decía...o sea no me creen, osea me hacen creer en lo que ellos dicen y no en lo que yo digo. Dicen que yo tengo una relación con el profesor (...) que los demás supieran todos mi caso y me da un poco de vergüenza de que todos sepan, o sea a veces siento que se burlan. Ahorita siento que se están burlando ellos.”

En relación a lo anterior, hay varios puntos importantes que analizar. Primero, luego de la denuncia, considero que Karina es violentada y marginada por las mismas estructuras sociales que debieran apoyarla y protegerla cuando su credibilidad es puesta en duda. La degradación, la humillación y el dolor vivido no son recogidos. En lugar de esto, se la presenta como una menor de edad que alienta y consiente relaciones sexuales con su profesor. Así sin más. Karina no es víctima, sino que casi que se vuelve el agresor. En este contexto, según Ferenzci (1933) la negación de los efectos del abuso por parte de los adultos es aquello que hace posible que éste devenga patógeno. Para que la conmoción devenga traumática, según señala, debe

ocurrir una falla en la respuesta del medio al reconocimiento de la conmoción psíquica del niño y de los efectos posteriores. Así, en un primer momento, el niño experimenta una conmoción psíquica, hay un proceso de traumatización individual que en realidad constituye una relación social traumatizada.

Otro punto importante, es lo que Karina señala acerca de que se iba a casar con el profesor, formar una familia, pagar deudas, etc. Considero que esta versión de los hechos puede haber ayudado a Karina a mantenerse cohesionada frente a toda la confusión que estaba viviendo. Es decir, una suerte de fantasía a posteriori como intento de subjetivación.

En general, existe mucho debate alrededor de las experiencias traumáticas y de cómo éstas son recordadas por el sujeto. En particular, el abuso sexual infantil suscita posturas que parecen a veces irreconciliables. Mientras que una evidencia una incuestionable credulidad (en donde cualquiera o todos los contenidos mentales son aceptados como una Verdad Histórica) Bass & Davis (citado en Birch, 1998); la otra, devalúa cualquier memoria de abuso Crews (citado en Birch, 1998).

Al respecto, coincido con (Etchegoyen, 2002) en que la realidad es una co-construcción siempre vista a través de lo simbólico. Por ejemplo, si trasladamos esto al espacio terapéutico y como terapeutas, le negásemos a Karina la fantasía (por miedo, prejuicio, etc), se le priva del poder curativo de dichas fantasías puesto que en ellas, existe la posibilidad del cambio. Así, como afirma Bollas (1987) el paciente se quedaría tan solo con “*la realidad*” que puede ser tan solo lamentada.

Lo importante en el abuso (sea éste sexual o no) no es solo el hecho concreto y objetivo, sino que también tiene que ver con los significados adheridos a esta experiencia.

En tercer lugar, y en relación a cómo fue vivida por Karina la situación con el doctor, creo que la experiencia de coerción trajo al presente rabia y pena que, considero, se encuentran relacionadas a la experiencia del abuso sexual. Luego del abuso, Karina sintió que los límites esenciales y tabús fueron violentados. Hoy siente que los vínculos fuerzan, coactivan y son peligrosos. Lo sintió definitivamente cuando fue violada y usada, seguramente lo sintió con el doctor, y seguramente lo sintió conmigo también por eso se mostró tan defensiva.

Ella, por su parte, también se ha acostumbrado a coactivar, a forzar y a jugar con la gente. Pareciera que ya no sabe cómo ubicarse desde otro lugar. Lo percibo en las conversaciones plagadas de rupturas y desencuentros, de "juegos", silencios, de decir que "sí" y luego negarlo. El enamorado también lo siente y por eso decide terminar la relación:

"Yo ese día que iba a hacer un trabajo en su casa y él me dice pues "yo estoy al frente" me dice. Y yo le digo "¿Dónde? No te veo" Pero sí lo veía. Así como jugando, pero no le gustó esa broma. Y de ahí le digo, ya me voy a mi casa mejor le digo...como bromeando. Y me dice "ya pues, vete, chau" Y después me mandó un mensaje "ya me cansaste, terminamos, chau"

Karina no se da cuenta de cómo se vincula. No comprende que un "No te veo", puede significar para su enamorado a un yo hago lo que quiero contigo". No considera cómo se sentirá él, así como no consideró cómo se sintió ella (sentirse objeto, ser usada, ser el juguete de alguien). Paradójicamente, Karina cuenta que le gustaba su enamorado porque era serio y "me daba seguridad, tranquilidad". Sin embargo, ella le hace bromas que a él no le gustan y lo alejan. Así, parece no poder lidiar con la intimidad y la cercanía.

“Él dice que yo soy creída porque cuando pasaba a su lado en el instituto con mis amigas no le hablaba. Osea, le decía hola y nada más. ”

Cuando éste la deja, se revive el trauma:

“Yo pensaba que él había jugado conmigo y que me había usado... y ya, fue por eso y porque me terminó (...) “él me dijo que nunca me iba a dejar”

Karina es una adolescente, su identidad aún se encuentra en construcción, depende mucho de los demás y a la vez no sabe bien cómo relacionarse con ellos. Se encuentra atravesando una serie de cambios psíquicos y físicos acelerados que la colocan en un estado de vulnerabilidad emocional. Según Laufer (citado en Breen, 1993) el adolescente puede y va a actuar más fácilmente sus fantasías utilizando el cuerpo de forma que libera sus ansiedades. Además, hay algo acerca del estado del ser adolescente que los hace más propensos a la conducta suicida. Este ataque sería, en realidad, un ataque a la capacidad de contención del objeto parental.

En resumen, hay muchas rupturas en ella, la separación del enamorado no es la primera. Son rupturas tan profundas que amenazan con destruirla. Rupturas en su cuerpo, en la imagen de sí misma, en la imagen de los otros. Las separaciones-rupturas son centrales en su vida: ruptura con el padre cuando nace, de la madre, de la abuela. Se instalan como vivencias de discontinuidad y confusión. Evidentemente, también hay una ruptura con el sentido generacional del cuidado y confianza. Es importante subrayar que el trauma de la violación debido también al momento evolutivo en el que se encontraba alcanza un nivel de disrupción y fragmentación tan intensos que la acercan a la muerte.

El dolor psíquico irrepresentable: El trauma del abuso.

“Hay pensamientos que se vienen a mi cabeza.

Osea que pienso en hacerme daño (...) no, no lo puedo evitar.”

Según Echeburúa (citado en Fernández, 2009) la violación sexual se presenta como un suceso traumático ya que se trata de un acontecimiento negativo e intenso que, de manera repentina, rompe todas las defensas del sujeto y deviene intolerable.

Karina, cuenta que *“le duele”* la violencia de la que fue sujeto, que *“le duele”* la memoria de la violación. Según relata, el recuerdo o acercamiento al trauma es evitado a través de los intentos suicidas. Es como si la memoria de algo terrible, abrumador y doloroso quedara grabado en el cuerpo a través de las acciones. La conducta suicida expresa la experiencia traumática previa a través del cuerpo. Así, el acto reemplaza al pensamiento. Ni el intento de suicidio, ni el trauma en el caso de Karina, son posibles de ser procesados a un nivel simbólico por el tremendo poder de la experiencia traumática (Motz, 2001).

Para protegerse de dicha experiencia, Karina utiliza como mecanismos de defensa, la negación y la disociación. Pareciera que el entumecimiento también le sirve de escape a situaciones que percibe como potencialmente peligrosas. Asimismo, tiende a minimizar o a restarle importancia a las situaciones. De esta forma, parece querer anular el pensamiento porque el ponerse en contacto con la experiencia traumática la aterra. Por su parte, (Maltsberger & Bruie, 1980) resaltan como mecanismos de defensa para sobrevivir lo traumático de la violación en pacientes suicidas, la escisión, la negación, la desconexión, la disociación y la evitación como mecanismos de sobrevivencia psíquica.

En este sentido, coincido con Bell (citado en Briggs et al., 2008) quien señala que la disociación es un signo más siniestro que la misma miseria o la depresión más expuesta. Es evidente que Karina no quiere pensar y que, muy probablemente, si sigue intentando suicidarse, con cada vez métodos más letales, puede que lo logre. Le hago notar esto y le sugiero pensar juntas en ello:

“No sé, no sé la verdad. Ahorita estoy con los ánimos altos (...) Le contaré a mi mamá la próxima vez porque ella es mi mejor amiga a ella le cuento todo (...) o lo básico, si es feo o malo no, pues...”

Por el momento parece que pensar no le interesa. No quiere transitar por lugares oscuros e intenta negar que alguna vez existieron. En todo caso, parece preferir actuar el trauma *“de manera segura”* a través de su propio cuerpo. Según Campbell (citado en Briggs et. al, 2008) existe un nexo entre el abuso sexual y la autoagresión como posibilidad de controlar el daño.

En una de las conversaciones me sorprende con lo que dice:

“Osea yo prácticamente tomé veneno porque yo había tenido relaciones con mi enamorado.”

No sé si fue un lapsus o eso fue lo que quería decir de manera consciente.

Anteriormente, había sostenido siempre que se había querido suicidar porque su enamorado había terminado la relación. Es muy probable, entonces, que la violación sexual haya teñido de manera destructiva su sexualidad:

“Yo quiero decirle que me disculpe, o sea, sí sabe, me preguntó si yo tuve relaciones con él y yo le dije que sí... no le voy a mentir y ya pues. Tendré la conversación...” (Acercas de la conversación que planea tener con su madre)

La viñeta anterior, da cuenta de cómo el intento de suicidio parece perder cierta importancia en la experiencia de vida de Karina, entremezclándose con la experiencia sexual y la pérdida. No olvidemos que Karina incide en que tuvieron relaciones sexuales por primera vez antes de terminar la relación. Es importante señalar que no había tenido relaciones sexuales con nadie más que con él. Así, no fueron tan solo sentimientos heridos o pérdida de amor, miedo o humillación, sino que la ruptura desató impulsos intolerables. El ataque al cuerpo fue menos doloroso que el abandono luego de la relación sexual, ¿Se revivió el trauma?

Corporizar la muerte: "No pasa nada"

"No hay" (...) ¿Ahorita? No, tampoco. Ahorita estoy tranquila (...) ¿Ese día?, ¿Cólera? No (...) ¿Ya vas a acabar? (Se refiere a la conversación). ¿cólera contra mí? No sé, no sé, a veces se escapa... ¡Stop!"

En general, Karina no reconoce sus estados mentales o emocionales. Descarta rápidamente sobretodo aquellos que tienen que ver con la rabia. La viñeta anterior da cuenta de ésto último. Le resulta muy difícil hacer frente a aspectos destructivos de sí misma y recurre a la negación y a la defensa maniaca:

"las cosas cambiaron ya, dieron vuelta."

"y yo me empecé a desesperar" (...) solo pensaba en morirme"... yo en ese momento, de verdad, quería morirme, de no existir, de dormir y no despertar. Pero ahora, ya las cosas cambiaron ya. Dieron vuelta. "

Las viñetas también dan cuenta de los afectos discontinuos, del self fragmentado y de que la posibilidad de ponerse en contacto con su cólera la asusta porque puede desbordarse así que mejor le pone un Stop brusco.

Pienso que su cuerpo traza este tipo de límite por el trauma del abuso. Así, ella coloca una clara distancia emocional y física quizás porque sienta que si no lo hace su sentido de sí misma se podría ver vulnerado.

Pero a la vez, también me da la impresión que Karina percibe un cuerpo malo, como fuente de maldad. Que tiene la concepción de su cuerpo como receptáculo de impulsos violentos, quizás por la percepción de culpa por el abuso y la falsa creencia de que ella lo puede haber incitado de alguna manera. Todo esto, puede contribuir a la necesidad de castigo que luego se inflingirá.

Además, la disociación y el aparente rechazo al cuerpo es tal que parece creer que no le va a pasar nunca nada:

“Sí, tres veces antes... me tomé las pastillas que me dio el médico de acá, unas medio azules que se disuelven...y tomé veneno para pulgas, pero no me afectó mucho... tomé suero y se me fue todo, se me limpió”

“Ajá, me llevaron al hospital y después me trajeron acá (se refiere al hospital de salud mental) y acá dicen que convulsioné o no me acuerdo, y me llevaron de nuevo al otro hospital. Estuve ahí por dos días, creo.”

Pienso inevitablemente en hasta cuándo seguirá yendo de intento en intento, en esta carrera suicida porque el ataque al cuerpo parece ser menos doloroso que la vivencia del trauma.

Según Hale (citado en Briggs et al., 2008), cuando la barrera del cuerpo ha sido sobrepasada tantas veces, cada vez se hace más fácil adoptar un pasaje físico para descargar la tensión intrapsíquica. Esto explica, en parte, la naturaleza de los actos autodestructivos repetitivos.

Por otra parte, coincidimos con Motz (2001) quien señala que para aquel que sobrevive el abuso sexual, el cuerpo escindido es un objeto al cual se le pueden proyectar impulsos homicidas, liberando a la otra parte del self (aquella parte que sobrevive). Es decir, el acto violento en Karina también podría ser visto como autopreservativo (eliminar el self malo que fue quien tuvo relaciones sexuales con violador). Así, el mecanismo de escisión protege y preserva algún sentido de bondad en ella.

Creemos también el motivo del intento suicida no tiene un solo significado y que quizás, en su caso, éste puede haber sido también un acto violento en contra de la madre por no haberla protegido. Quizás también un reclamo, una manera de pedirle ayuda, mayor cercanía y comunicarle su sufrimiento. Coincidimos, en este caso, con Campbell (citado en Briggs et al., 2008) quienes sugieren que las fantasías suicidas expresan un ataque simbólico al cuerpo de la madre.

Finalmente, es importante resaltar, como mencionamos anteriormente, que en el caso de Karina faltan datos que nos ayuden a elaborar mayores interpretaciones.

De todas formas, considero que en su caso es urgente intentar articular la rabia y el dolor que sintió para desde ahí empezar a elaborar una narrativa de lo inenarrable. Pienso en la necesidad de un trabajo terapéutico muy empático y sintonizado con lo

traumático para poder remplazar la memoria traumática por una memoria narrativa.

Así, será la simbolización la que le permitirá otorgarle un nuevo sentido a lo vivido,

más allá del recuerdo mismo y construirse una idea esperanzadora que le permita a

Karina salir a flote.



A modo de integración

Luego del análisis de los casos individuales, considero importante realizar una breve lectura integrada de éstos teniendo presente el análisis realizado de los tres ejes temáticos. Asimismo, es importante recordar que el objetivo de investigación fue comprender la experiencia del suicidio a partir del conocimiento y la interpretación de los relatos de la experiencia de vida de las mujeres luego de un intento suicida actual en un contexto de hospitalización.

En primer lugar, lo más saltante de los tres casos es que todas las mujeres del estudio han experimentado vínculos traumáticos con figuras que debieron haberles proveído cuidado, sostén, cariño y reconocimiento. Lejos de idealizar los primeros vínculos, lo que deseo subrayar es que considero que los vínculos experimentados por Luisa, Miriam y Karina han sido sumamente perturbadores, las han herido profundamente y las han acercado a la muerte de distintas maneras.

En este apartado, resulta importante señalar, que en el caso de Luisa y Miriam, se repite un tipo de dinámica familiar violenta: el padre maltrata a la madre y la madre maltrata a la hija. El caso de Karina es muy distinto pues quien la violenta es el profesor. Sin embargo, además del trauma de la violación, destaco también el hecho de que el profesor haya sido una figura paterna (en una historia de vida en donde el padre se encuentra ausente) que ella señala haber querido y en la cual ella había depositado su confianza. Aunque de distintas maneras, esto, es lo que se repite en los tres casos. El cariño y el cuidado asociados al maltrato.

Pareciera que, a su vez, en los tres casos, dichos vínculos no han permitido que se desarrolle una mente autónoma capaz de autoregularse a sí misma y simbolizar.

Considero que la conducta suicida sería , en todas, la expresión de la experiencia traumática previa que se expresa a través del cuerpo. Las huellas del trauma encarnado que se experimenta día a día desde la confusión y el miedo.

Ninguna de ellas se ha podido asumir como un sujeto adulto autónomo capaz de reconocer sus necesidades, las de los otros y ser artífices de su propia vida. El caso de Karina es, nuevamente, el menos parecido entre las tres, ya que se trata de una adolescente que justamente se encuentra atravesando un proceso evolutivo que debería desembocar en una identidad adulta madura y cohesionada.

Desde ese lugar, todas se encuentran frente a una pérdida que revive el trauma y las ha desbordado por completo. En relación a lo anterior, es importante subrayar que existen pocos recursos tanto internos, como externos.

De esta forma, en cuanto al entorno social, a la comunidad y a las redes de soporte, en general, existe un vacío enorme en la vida de estas mujeres. Si bien todas tienen un diagnóstico psiquiátrico, todas han acudido a terapia y dos de ellas, estaban medicadas en el momento del intento suicida, percibo una brecha gigante entre la situación que experimentan y lo que debiese existir en el medio como sostén para ellas. Con esto no me refiero solamente al acceso o a la efectividad del ámbito de salud mental pública en nuestro medio, como mencioné, también me refiero a la ausencia de soporte comunitario e inclusive al hecho de que ninguna de las tres tiene amigas. Karina señala que tiene una mejor amiga que conoce desde hace un año pero que duda de su amistad, a Luisa nunca le interesó tener amigas y Miriam las tuvo en el colegio, las valoró mucho pero las ha perdido con el pasar de los años.

Por otra parte, en relación al vínculo de pareja, en el relato de Luisa, su esposo parece importar en tanto éste la satisface o no. Miriam, por su parte, parece intentar

anestesiarse su sexualidad así como lo hace con todo aquello que percibe como inmanejable. Y Karina parece encontrarse atravesada por la destructividad de la violación así que el vínculo con su enamorado es percibido como confuso y desconcertante. De maneras distintas, ninguna se llega a vincular de forma cercana con su pareja y pareciera que, en realidad con nadie. Considero que las diferencias se encuentran estrechamente relacionadas a los vínculos traumáticos experimentados.

Como mencioné anteriormente, se encuentran solas frente a una situación que no pueden representar, que sienten que no controlan, sin casi nada de soporte tanto interno como externo, dando esto como resultado inevitable el ataque al cuerpo. Así, en relación a la experiencia afectiva y el cuerpo suicida, las tres han experimentado estados mentales tan dolorosos y que las han desestructurado a tal nivel que parecen haber utilizado mecanismos de defensa sumamente primitivos como la disociación y la escisión. Considero que estos mecanismos han facilitado la posibilidad de atacar al cuerpo ya que se le ha podido percibir como a un objeto al cual atacar proyectando toda la frustración, rabia, pena, etc.

En relación al motivo del intento suicida, pareciera que si bien en los tres casos, éste guarda estrecha relación con las fantasías inconscientes asociadas, el motivo manifiesto sería una suerte de desencadenante del trauma ya vivido. A su vez, postulo que en todas parece haber habido más de una motivación (el intento suicida como síntoma sobredeterminado) para el acto suicida y que dichas motivaciones no se excluyen entre sí.

En relación a la letalidad de los intentos, hay diferencias más marcadas. Luisa parece repetir el trauma compulsivamente, Miriam por el contrario, parece haber tenido una determinación más consciente al esperar encontrarse sola e intentar saltar

del último piso del edificio; y Karina, parece que está "probando" con métodos más letales cada vez, iniciándose en una carrera suicida que podría ser fatal.

Por otra parte, en todas el género es pieza clave para poder entender la situación por la que están atravesando. Las tres, han sido sometidas y subyugadas de distinta manera. Ésto, ha puesto en jaque su sentido de identidad y autonomía. Lo anterior, daría cuenta de una figura más grande en la que las mujeres en sociedades como la nuestra, son violentadas y no encuentran reconocimiento en el ámbito público y, peor aún como es el caso de Luisa, Miriam y Karina, tampoco en el privado.

De esta forma, el poder es para ellas la posibilidad de controlar su propio cuerpo aunque sea de una manera destructiva.

Por otra parte, en relación a la religión, cabe destacar, que en el caso de Luisa y Karina ésta parece estarlas sosteniendo aunque de manera rudimentaria. En el caso de Miriam, la religión más bien parece haberse aliado con un super-yo sádico y primitivo.

En relación a la terapia que recibieron antes de la hospitalización, no me queda claro cuánto las ayudó elaborar y a transformar sus experiencias. En el caso de Luisa, parece que poco, que se trataba de uno más de esos objetos externos que le ofrecen seguridad y calma momentánea. En el caso de Miriam, podría ser que se haya podido trabajar algo más la pérdida, que es, finalmente, el motivo de consulta de las tres. Sin embargo, Miriam probablemente se haya adherido al terapeuta (siendo esto necesario como parte de un proceso más largo) y, al interrumpir el proceso, aún no haya sido capaz de incorporar aspectos positivos que le ayuden a autoregularse cuando se encuentra sola y sin la pastilla. En el caso de Karina, probablemente la terapeuta fue una suerte de muro de contención que la ayudó como pudo en ese momento. Sin

embargo, su postura es tan desafiante y de autosuficiencia que la alianza terapéutica debe haberse visto comprometida.

Finalmente, en relación al hospital como institución, parecen no existir estrategias claras de largo plazo. En relación a las estrategias de prevención, por ejemplo, las mujeres como Luisa, Miriam y Karina, una vez que se les da de alta, no tienen asegurada una cita por consulta externa. Deberán esperar semanas para reunirse con un terapeuta y, para ese momento, pueda que "la urgencia" del intento haya pasado y ya no les parezca tan importante hablar de sus problemas.

Asimismo, la contención que la paciente requiere mientras se encuentra hospitalizada, no será brindada por un espacio terapéutico, sino mediante la medicación (el hospital debe "estabilizar" a la paciente). Es decir, luego de haber sufrido un evento tan traumático como el intento suicida, regresan a una situación difícil sin haber tenido la posibilidad de hablar con un terapeuta. Los médicos tratantes se entrevistan con ellas para evaluar y medicar. Por el momento, solo esto es lo que se puede hacer en un hospital de salud pública por mujeres que atraviesan esta problemática. La salud mental pública en el país, permanece aún muy lejos de aquellos a quienes debiera ver de cerca y acompañar. Al respecto, considero que el espacio de las conversaciones fue una experiencia muy distinta que tuvo siempre en cuenta primero a la persona, su experiencia íntima, no sus síntomas o diagnósticos.

CONCLUSIONES

El presente estudio fue un esfuerzo por acercarme de manera íntima a las experiencias de vida de tres mujeres con intento suicida. El objetivo fue comprender la experiencia del suicidio a partir del conocimiento y la interpretación de los relatos de la experiencia de vida luego de un intento suicida actual en un contexto de hospitalización. Del análisis de la información recogida, emergieron tres ejes temáticos que fueron analizados en el apartado anterior. En estas conclusiones finales, busco recoger lo más saltante del análisis realizado y aquello que se pudo haber quedado en el tintero.

1. En la experiencia de vida de todos los seres humanos se da una íntima interacción entre la vida y la muerte. Sin embargo, la conducta suicida, como posibilidad de destruir tanto lo interno como lo externo, es un acto complejo y a veces incomprensible para la mayoría de las personas. En parte, porque tiene distintos significados y motivaciones para cada sujeto. En este sentido, considero importante, seguir intentando conocer con mayor detalle los distintos aspectos involucrados en el fenómeno de forma que se profundice cada vez más en su comprensión.
2. Para ampliar el entendimiento de la conducta suicida, quiero subrayar la necesidad comprender el acto suicida como un fenómeno relacional. En el

análisis de los casos, hemos podido observar cómo los vínculos con justamente las personas que debieron velar por la vida de estas mujeres, las han acercado a la muerte.

3. Hemos podido observar el poder desestructurante que han tenido dichos vínculos tanto en su mente como en su cuerpo. Cabe recalcar, que si bien se requiere por razones metodológicas, a veces hacer la distinción entre la mente y el cuerpo, es fundamental, en general, pero sobretodo en personas con conductas suicidas, aproximarnos al fenómeno teniendo muy presente la continuidad entre la psique y el soma. Así, es importante, en casos como estos, romper las dicotomías pues en dicho acto, tanto el cuerpo como la mente se encuentran estrechamente relacionados. Asimismo, dentro de la mirada que propongo tener acerca de la conducta suicida, considero fundamental no solo observar el fenómeno desde lo relacional, sino también articular lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo de forma que se mantengan presentes todas aquellas tensiones e incoherencias que puedan surgir de un enfoque como el propuesto. El desafío será no caer en categorías cerradas que impidan abrir posibilidades de reconstrucción de experiencias por más complejas que estas sean.
4. Por otro lado, en todos los casos, el intento de suicidio parece dar cuenta, como se mencionó anteriormente, de vínculos traumáticos. Se trataría de un acto que comunica un trauma anterior, que no logra ser comunicado de otra forma más que a través del cuerpo. Desde la terapia psicoanalítica se plantea que el dolor psíquico intolerable puede ser pensado y que las memorias y

emociones de desesperanza no necesitan ser actuadas con urgencia. El terapeuta debería poder ofrecerle a la mujer experiencias de contención y enseñarle que puede soportar el pensar acerca de su historia.

5. Teniendo presente lo anterior, cabe destacar que es indispensable una escucha empática que rescate las valoraciones subjetivas de su experiencia sin homogenizar, respetando la individualidad, no imponiendo narrativas y sintonizando con lo que les está ocurriendo. Es decir, es importante que el receptor esté atento y no coloque sus propios significados. De lo contrario, se estará repitiendo la violencia vivida al no reconocerla como sujeto. Todo este trabajo sensible, formará parte de una nueva experiencia de contención que favorecerá la construcción de vínculos con la vida.

6. Pasando directamente al tema de género, considero que al analizar los casos, éstos han dado cuenta de cómo las mujeres en sociedades patriarcales como la nuestra, se encuentran claramente subyugadas y sometidas por el hombre, pero también por las mismas mujeres. Así, muchas veces son las propias madres quienes perpetúan esta dinámica. De esta forma, la violencia viene de fuera pero también de dentro y las coloca en una posición que ellas perciben como de indefensión. Creo que éticamente, se debe evidenciar y resaltar la comprensión del relato de mujeres que viven sometidas en nuestro medio. Queda pendiente profundizar en el tema de género pues, considero, que es una variable clave para entender el suicidio, en general.

7. Considero que nuestra responsabilidad como terapeutas, es seguir reflexionando por qué suceden este tipo de casos, desde la mayor cantidad de parámetros posibles. Subrayo este punto, ya que desde mi experiencia, la lectura psicopatológica del fenómeno puede invisibilizar otros factores que entran en juego.

8. Luego del análisis de los casos de Luisa, Miriam y Karina, me resulta evidente cómo los intercambios físicos y las experiencias tempranas de cuidado provenientes de las figuras primarias de cuidado pueden desarrollarse hacia patrones orientados hacia la vida o hacia la muerte.

9. Finalmente, considero que la metodología empleada permitió que me acercara a la experiencia íntima de las mujeres, conectarme con lo micro y profundo, así como con lo más macro y general. Es decir, fue a partir de la comprensión y la interpretación de los relatos de la experiencia de vida de tres mujeres luego de un intento suicida que se puede comprender la experiencia del suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadi, M; Garma, A; Garma, E; Gazzano, A; Rolla, E & Yampey, N. (1973). La fascinación de la Muerte: Panorama, Dinamismo y Prevención del suicidio. Buenos Aires: Paidós.

Abraham, K (1948). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. En: Garma, A. y Rascovsky, L. (Eds.). Psicoanálisis de la melancolía (L. Rascovsky, Trad.) (pp.165-245). Buenos Aires: Paidós.

Alizade, A.M (1999). El sustrato sensual-afectivo y la estructuración psíquica. Sensualidad y afectos. En: Revista de Psicoanálisis, LVI, 3. APA

Anderson, R. (2008). A psychoanalytical approach to suicide in adolescents. En: Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. BN3 2FA: Routledge. Editado por S. Briggs; A. Lemma & W.Crouch.

Álvarez, A. (1999). El dios salvaje: un estudio del suicidio. Colombia: Norma.

Adler (1996). Aloneness and Borderline Psychopathology: The Possible Relevance of child Development Issues. En: Essential Papers on Suicide. Editado por Maltzberger, J. & Goldblatt.

Banister, P; Burman, E., Parker I., Taylor M. & Tindall C. (1994). Qualitative methods in psychology: A research guide. Buckingham: Open University Press.

Benjamin, J. (1995). Sujetos iguales, objetos de amor. Ensayo sobre el reconocimiento y la diferencia sexual. Buenos Aires: Paidós.

Benjamin, J. (1998) Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación. Buenos Aires: Paidós.

Birch, Maxine (1998). Reconstructing research narratives: Self and sociological identity in alternative settings. In: Ribbens McCarthy, Jane and Edwards, Rosaline eds. Feminist Dilemmas in qualitative research: Public knowledge and private lives. London, UK: Sage, pp. 171–185.

Breen, D (Ed) (1993). The Gender Conundrum. Contemporary psychoanalytic perspectives on Femininity and Masculinity. Londres: Routledge.

Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. & Bousoño, M. (2004). Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars. Médica.

Bollas, C. (1987) The shadow of the object: Psychoanalysis of the Unthought Known. London: Free Association Books.

Boyatzis, R. (1998) Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. California: Sage Publications

Briggs et al (2008), Postvention: the impact of suicide and suicidal behaviour on family members, professionals and organisations. En: Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. BN3 2FA: Routledge. Editado por S. Briggs; A. Lemma & W.Crouch.

Bueno, C. (2000). Significado psicológico de la violación. En: Entre la violencia y el amor: reflexiones desde la psicología. Toluca: Universidad Autónoma de México.

Campbell, D. (2008). The father transference during a pre- suicide state. En: Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. BN3 2FA: Routledge. Editado por S. Briggs; A. Lemma & W.Crouch.

Canetto, S. S. (1992). She died for love and he for glory: gender myths of suicidal behavior. En: Omega 26: 1-17.

Escalante, H. S. (2008). Algunas reflexiones acerca de la investigación en psicoanálisis a partir de la singularidad del caso.

Etchegoyen, H. (2005) Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu.

Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between the adult and the child. En :
International Journal of Psycho-Analysis, 30, 225-230.

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En: Obras Completas. Tomo II. Madrid:
Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1920) Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En:
Obras Completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1923). El Yo y el ello. En: Obras Completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca
Nueva.

Fernández, A. (2010). Autopercepción y Relaciones Interpersonales en un grupo de
mujeres víctimas de violación sexual a través del Psicodiagnóstico de Rorschach.
Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima- Perú.

Garma, A. (1980). Los suicidios. Revista de Psicoanálisis APA. 37(3), 569-602.

Guzzo, A. (1982). El suicidio: definición y psicodinamismos. Revista de Psicoanálisis
APA. 39, 1: 177-195.

Green, A. (1986). La madre muerta. En Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.
Buenos Aires: Amorrortu.

Green, A. (1999). El trabajo de lo negativo. Buenos Aires: Amorrortu.

González Rey, F. (2007). Investigación cualitativa y subjetividad: Los procesos de construcción de la información. México: Mc-Graw Hill Interamericana.

Hale, R. (2008). Psychoanalysis and suicide: process and typology. En: Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. BN3 2FA: Routledge. Editado por S. Briggs; A. Lemma & W.Crouch.

Hernández, R; Fenández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México, D.F.: Mc Graw- Hill.

Kaplan, A. (1991). The “Self- in- Relation”: Implications for Depression in Women. En: Women’s Growth in Connection. En Writings from the Stone Center. New York: The Gulford Press pp. 206- 221.

Kaslow, N. et. al. (1998). An empirical study of the psychodynamics of suicide. Journal of American Psychoanalytic Association. 48, 777-796.

Kernberg, O. F. (1984). Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno.

Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco- depresivos. En: Strachey, A. y Thorner, H.A. (Eds.). En Obras completas (A. Aberasturi, Trad.) (Vol. 1, pp. 267-295). Barcelona: Paidós.

Klein, M (1957). Envy and Gratitude [Envidia y gratitud]. En: Klein, Melanie: Envy and Gratitude and Other Works. London: Virago Press, 1988, pp. 176-235.

Kornblit, A. L. (2007). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires: Biblos.

Kristeva, J (1980). Desire in language. Nueva York: Columbia Press.

Kristeva, J (1997) El Sol Negro. Depresión y melancolía. Caracas: Monte Avila.

Ladame, F. (2008). Treatment priorities after adolescent suicide attempts. En: Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. BN3 2FA: Routledge. Editado por S. Briggs; A. Lemma & W.Crouch.

Lutenberg, J. (2007). El vacío mental. Lima: Siklos.

Maltsberger, J. (2008) Self break-up and the descent into suicide. En: Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. BN3 2FA: Routledge. Editado por S. Briggs; A. Lemma & W.Crouch.

Melo- Vega, C. (2010). Autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología.

Miller, M. (2002). Heroin Addiction: The Needle as Transitional Object. Journal of the American Academy of Psychoanalysis: Vol. 30, No. 2, pp. 293-304.

Mitchell, J (1986): The selected Melanie Klein. Harmondsworth, Middlesex, 1986.

Motz, A. (2001). The Psychology of Female Violence. Crimes Against the Body and Prevention. New York: Brunner- Routledge.

Orbach, I. (2008). Mental pain, pain producing constructs, the suicidal body, and suicide. En: Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. BN3 2FA: Routledge. Editado por S. Briggs; A. Lemma & W.Crouch.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). World Suicide Prevention Day.

Recuperado el 10 de abril del 2014:

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Rodríguez, G; Gil, J. Y García, E. (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Aljiba.

Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache: a clinical approach, to self-destructive behavior. Northvale: N. J. Aronson.

Solís, C. (2005). Características sociodemográficas y de personalidad en una muestra de pacientes hospitalizados con intento de suicidio. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán. 2, 33-43.

Torres, P. (1983). El Psicodiagnóstico de Rorschach en pacientes con intento de suicidio y pacientes con ideación suicida: un estudio descriptivo-comparativo. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Vásquez, F. (1998). Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM "HD-HN" 1996-1998. Anales de salud mental. 14, 65-76.

Vásquez F. Estudio del intento de suicidio en emergencia del INSM "HD-HN" 1994-1996. Anales de salud mental 1997; XIII, 1 y 2 , 59-85

Winnicott, D. (1958). La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Horne.

Winnicott, D. W. (1960). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. El proceso de maduración del niño.

Welldon, E. (1993). Madre, madona, puta. La idealización y denigración de la maternidad. Madrid: Siglo XXI.

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la señorita Claudia Melo-Vega de la Puente con el autorización de la directiva del Hospital Hermilio Valdizán y de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor mi situación y orientar mejor mi tratamiento. También entiendo que si participo en la investigación, me van a preguntar aspectos relacionados a cómo me siento, cómo pienso, qué cosas hago en situaciones que me generan malestar, así como aspectos relacionados a mi pasado.

Asimismo, me han explicado que voy a ser entrevistada, en más de una ocasión y que mi voz será grabada. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

Me han explicado que mis datos personales serán de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso.

Si tengo alguna duda relacionada con la investigación y mientras esta se esté llevando a cabo, puedo comunicarme al teléfono (celular personal)

He leído y entendido este consentimiento informado.

_____ Firma y fecha.

