

Las posibilidades de una intervención clínica con mujeres maltratadas: estatuto de víctima y fantasía masoquista

*Martha Elisa Gracia Sifuentes¹
María del Carmen Rojas Hernández²*

As possibilidades de uma intervenção clínica com mulheres agredidas: status de vítima e fantasia masoquista

The possibilities of a clinical intervention with battered women: victim status and masochistic fantasy

Resumen:

Este artículo presenta una reflexión acerca del quehacer clínico, basado en el enfoque psicoanalítico, con mujeres en situaciones de violencia. A partir de la experiencia clínica atendiendo a mujeres que sufren violencia doméstica, realizada en una institución en la ciudad de San Luis Potosí, se hace un análisis crítico respecto a la atención que se brinda a estas mujeres.

Palabras clave: Mujeres, violencia, víctima, masoquismo, culpabilidad.

Resumo:

Este artigo apresenta uma reflexão sobre o trabalho clínico, baseado na abordagem psicanalítica, com as mulheres em situação de violência. A partir da experiência clínica servindo mulheres vítimas de violência doméstica, realizado em uma instituição governamental pro mulheres, na cidade de San Luis Potosi, Veio o desejo de fazer uma análise crítica quanto ao atendimento prestado às mulheres.

Palavras-chave: Mulheres, violência, vítima, masoquismo, culpabilidade.

Abstract:

This article presents a reflection about clinical work, based on psychoanalytic approach, on cases of women in domestic violence situation. From clinical experience serving women experiencing domestic violence, conducted in a government institution on behalf of women in the city of San Luis Potosí, emerged the desire to do a critical analysis regarding the care provided to women.

Keywords: Women, violence, victim, masochism, culpability.

¹ Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) de la Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). marc_elisa@hotmail.com

² Doctora en Psicología, Docente investigadora de la Facultad de Psicología de la UASLP. carmen_59@yahoo.com.

Introducción

Este artículo presenta los resultados y análisis producidos a raíz del quehacer clínico con mujeres en situaciones de violencia, llevado a cabo en una institución gubernamental en la ciudad de San Luis Potosí. En principio, se establece que en la atención clínica a estas mujeres es necesario cuestionar el estatuto de víctima, con la finalidad de enfocar la dimensión subjetiva del conflicto, pues en la institución se puede perder de vista, ya que se explica el maltrato a las mujeres desde la lógica binaria víctima/agresor.

Asimismo, se presenta el análisis de los referentes clínicos de dos casos sustentado con las aportaciones de autoras psicoanalistas con experiencia clínica en casos de mujeres maltratadas, quienes proponen tener en cuenta la posición subjetiva (Ruiz, P., 2006), cuestionar el estatuto de víctima (Estada, M.-C., 2011 y Quaglia, M. y Debieux, M., 2008), y esclarecer la distinción entre culpa y responsabilidad (Ruiz, P., 2006 y Estada, M.-C., 2009). Para comprender la dimensión subjetiva se recurre a los conceptos psicoanalíticos posición de excepcionalidad, superyó materno y fantasía masoquista. Asimismo, se alude a los procesos psíquicos que se desatan en el tratamiento clínico y permiten la elaboración subjetiva de los eventos violentos.



Contexto de la intervención clínica

Debido a que la intervención se realizó en una institución, un elemento relevante consistió en conocer el estado de la problemática en el país. Así, se sabe que en México la violencia en la pareja (violencia doméstica) se ha convertido en un “problema de salud pública” y un asunto para la actividad gubernamental debido a que la mayoría de los homicidios de mujeres suceden en el hogar y casi siempre por la pareja según lo asevera Díaz (2009) retomando a Gómez (2006), por lo que ocupa un lugar importante en los índices de morbilidad y mortalidad femeninas (Díaz, G., 2009). También es cierto que a raíz de los tratados internacionales firmados por el gobierno federal ante la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1999, el Estado mexicano designa presupuesto para programas de atención a la violencia familiar en diversas instituciones gubernamentales. También se creó el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) en el 2001, cuya función primordial consiste en garantizar los derechos humanos de las mujeres (<http://www.inmujeres.gob.mx>); así como brindar atención profesional –jurídica y psicológica– a mujeres maltratadas.

Esta intervención clínica se realizó en una institución del Estado de San Luis Potosí que atiende a mujeres con diversas problemáticas, dando prioridad a los casos de mujeres maltratadas. En la institución se brinda atención bajo el *encargo* de la política pública que exige dar solución a una demanda masiva en poco tiempo y con programas previamente establecidos. Por estas condiciones se han tomado en cuenta distintos discursos, pues se evidencia que alrededor de la

violencia sobre las mujeres se yuxtaponen múltiples factores y mecanismos que lo hacen un asunto que involucra lo subjetivo y lo social.

En primer lugar, se recurre al concepto *dispositivo* de M. Foucault (1970) con la finalidad de orientar la mirada y sostener una posición crítica ante el contexto institucional donde se llevó a cabo la intervención clínica. Foucault (1970), desde la lectura de Agamben, G. (2011), establece que los saberes se constituyen en un tejido compuesto por un conjunto de elementos heterogéneos que se articulan y desarticulan en una tensión de relaciones de poder, las cuales van a determinar lo que es posible decir y lo que no, así como lo que es permitido hacer respecto a una problemática. Lo que entiende por dispositivo es expresado por el filósofo francés en una entrevista:

Lo que trato de indicar con este nombre es, en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no-dicho, éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos (Agamben, 2011:250).

En este sentido, es pertinente tener en cuenta que el contexto institucional impuso condiciones específicas al quehacer clínico, de tal modo se hace necesario comprender y enunciar de qué se conforma esa red de saberes acerca de la violencia sobre las mujeres y, a partir de ello, adoptar una postura ante la problemática.

Además, conviene precisar que al insertarse en una institución es necesario tomar una posición ante las distintas prácticas que ahí se generan, con el fin de mantener claridad sobre el sentido y propósito del propio quehacer. Según Schejter, V. (2006), para realizar una intervención, “uno no tiene que creer que es un experto, no tiene que creer que sabe, en todo caso debe saber que de esa institución no sabe” (p. 260). De este modo, se incrementan las posibilidades para intervenir, pues si se asume que no se sabe, se hacen preguntas auténticas.

La institución en la que se intervino tiene el *encargo* de disminuir la desigualdad entre hombres y mujeres, promover la igualdad de derechos y oportunidades, así como favorecer la integración de las mujeres al ámbito laboral. Sin embargo, ¿cómo se concreta ese *encargo* en las prácticas institucionales? Se atiende a las mujeres en psicoterapia con una versión del enfoque cognitivo-conductual, permeado por una versión del discurso de género basado en los protocolos de la ONU y la Comisión para la Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (CEDAW por sus siglas en inglés), y por un discurso jurídico que enfoca la problemática desde el par de opuestos víctima/agresor (Modelo de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Familiar y de Género, 2012).

En México los programas de atención gubernamental a la violencia entre hombres y mujeres tienen como principal referente para la denominación y conceptualización y, por lo tanto, atención, la Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer emitida por la ONU, donde es denominada «violencia de género» que se refiere a los actos de violencia que se ejercen basados en la pertenencia al sexo femenino (INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, 2010). Esto propicia que institucionalmente se interprete la violencia entre hombres y mujeres como una manifestación del sometimiento que los hombres ejercen sobre ellas, dando lugar a la creencia de una pronta resolución si se brinda información a las mujeres respecto a sus derechos (Modelo de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Familiar y de Género, 2012).

Sin embargo, es posible que esta forma de entender la problemática produzca un sesgo en la significación profunda de los valores socialmente atribuidos a hombres y mujeres. Desde esta coyuntura se justifica –y desde aquí se estableció la pertinencia de la intervención que dio lugar a

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/ano-vii-edicao-1-junho2015/artigo-tematico.htm#>

este trabajo– la necesidad de recurrir a argumentos no sólo académicos y científicos sino además críticos, para ofrecer una atención a las mujeres que no defina su conflictiva *a priori* sino que permita dilucidar, caso por caso, su origen y desencadenamiento, y de este modo destacar la singularidad de los casos.

En este sentido, se recurrió al psicoanálisis como sustento teórico, metodológico y clínico con la finalidad de propiciar el espacio para que estas mujeres pongan palabras a su padecimiento. Si bien las condiciones no son las propias de un psicoanálisis ortodoxo la intervención se sostiene en la relación transferencial, base de este quehacer. Los casos atendidos han sido, principalmente, de mujeres que son maltratadas física y psicológicamente por su pareja. Estas mujeres solicitaban atención, generalmente, en condiciones de crisis desencadenadas por separaciones, infidelidad y/o acoso, asimismo, presentaban estados depresivos acompañados de consumo de sustancias.

Relación transferencial: regresión y regla de abstinencia

El quehacer clínico propio del psicoanálisis se basa en la relación transferencial, por lo cual las intervenciones clínicas se apuntalan en ésta, por lo que se explicita cómo se constituye. Desde Freud, S. (1912/1976), hablar de transferencia exige hablar de la vida amorosa. El ser humano ejerce la vida amorosa con una especificidad adquirida por: “el efecto conjugado de sus disposiciones innatas y los influjos que recibe en su infancia” (p. 97). Una parte de las mociones libidinales infantiles se desarrollan plenamente hasta quedar volcadas hacia la realidad objetiva, mientras que otra parte de dichas mociones no alcanzan su pleno desarrollo y quedan inconscientes permaneciendo al servicio de la fantasía. De tal modo, alguien cuya necesidad de amor no se satisfaga, depositará estas “representaciones-expectativas” en cada nueva persona. Esto es lo que define las condiciones de amor y las pulsiones que serán satisfechas, es decir se establece un cliché que se repite con regularidad en las relaciones posteriores. Por tanto, la transferencia se constituye cuando las mociones libidinales resignadas al servicio de la fantasía se vuelcan en el analista, anudándose a representaciones-expectativas inconscientes (Freud, S., 1912/1976).

Ahora bien, Freud (1912/1976) nos hace recordar que una persona cae en psiconeurosis cuando “la libido (en todo o en parte) se ha internado por el camino de la regresión y reanima las imagos infantiles” (p. 100). Esta introversión de la libido se origina debido a una frustración de la satisfacción, ocurrida en el mundo exterior, es decir se devalúa el vínculo con la realidad. Esta regresión adherida a la compulsión de repetición constituye una resistencia, al mismo tiempo que un motor de la relación transferencial, pues la cura analítica pretende cancelar la regresión y volver esas mociones libidinales al servicio de la realidad objetiva. Se entabla el combate entre la libido retirada y la indagación analítica, pues “todas las fuerzas que causaron la regresión de la libido se elevarán como unas «resistencias» al trabajo, para conservar ese nuevo estado” (Freud, S., 1912/1976: 100).

De este modo, el vínculo transferencial hace posible el trabajo analítico siempre y cuando el clínico tenga en cuenta el carácter infantil y ambivalente de éste. Por lo tanto, es primordial observar la regla de abstinencia: el médico –en este caso el clínico– debe saber que el amor que el paciente le profesa es una repetición de fijaciones infantiles que se sostiene en la fantasía inconsciente de que si se porta bien el médico le recompensará (Freud, S., 1912/1976: 102). La postura ética del analista deberá ser de renuncia y así hacérselo saber al paciente para avanzar en el trabajo analítico, puesto que éste debe basarse en la veracidad.

Respecto a la respuesta del analista, Lacan (1966 [1948]/2005) plantea que debe procurar la impasibilidad, despojarse de las características particulares, apartar aquello que pueda ser signo de su interés y su simpatía; abstenerse de responder en tono de consejo o proyecto. Esta observancia de

la regla de abstinencia tiene como finalidad adelantarse a la intención agresiva que encierra la demanda ingenua del paciente: “Échate encima este mal que pesa sobre mis hombros”, pues se acompaña de: “no puedo aceptar el pensamiento de ser liberado por otro que por mí mismo” (p. 112). Es decir, el analista debe estar advertido que atender a esta demanda implica desatar la agresividad del paciente y colocarse como blanco de ésta. Para Lacan (1966 [1948]/2005) es el diálogo lo que puede constituirse como una renuncia a la agresividad.

Además, para Lacan (1960-61/2006) la relación transferencial se sostiene en la disimetría. En el *Seminario VIII La transferencia* el psicoanalista francés establece que es una relación dispar, disimétrica, en la que dos sujetos adoptan una posición respecto a la demanda de *saber* –formulada por el paciente– a un *sujeto supuesto saber*, que en este caso es el clínico (Rojas, M., C., 2002). Éste ha de responder a tal demanda propiciando que el paciente tome en sus manos esa pregunta sobre sí mismo. Es decir cumpliendo la función de ser un provocador de discurso que sostiene la cuestión del sujeto sobre lo que le ocurre, no para resolver la pregunta ni para mandar qué hacer, sino para convocar la articulación del discurso y de lo inconsciente reprimido.

En virtud de estas consideraciones sobre la relación transferencial, cabe manifestar que las intervenciones en las sesiones clínicas se realizaron observando esta regla de abstinencia. Se puso cuidado en evitar el tono de consejo o dar instrucciones a las pacientes, o bien ceder a la tentación de mostrar compasión por la “trágica vida” que relatan, por considerarlas posiciones que conllevan una imposibilidad para el análisis, cuya aspiración consiste en poner en dialéctica estas condiciones “trágicas” de su existencia, para suscitar posibilidades de articulación del conflicto actual con aquellas vivencias traumáticas infantiles.

La atención a mujeres maltratadas desde el psicoanálisis

En psicoanálisis destaca el trabajo de Ruiz, P. (2006) *El maltrato a la mujer*, en el cual establece hacia dónde y cómo debe orientarse el trabajo clínico con las mujeres víctimas de violencia. La autora advierte sobre la tentación de asociar el maltrato con la patología de la víctima: ya sea perversión o “la explicación para todo uso”, el masoquismo femenino. Plantea el maltrato a la mujer como un fenómeno en el que se imbrican la realidad psíquica y la realidad social.

Según la autora al psicoanálisis le corresponde atender la cuestión ¿cuál es la relación entre el poder y la mujer que atraviesa las determinaciones subjetivas? Al ser ese campo de saber que revela un entrecruzamiento entre los valores e identificaciones que la cultura proporciona y la propia respuesta inconsciente de un sujeto (un sujeto se estructura por su manera singular de aceptar la diferencia sexual) el psicoanálisis, como clínica del caso por caso, debe orientarse a indagar los elementos inconscientes que atrapan al sujeto en una dependencia amorosa acompañada de maltrato. Indagación imprescindible para que se produzca el cambio subjetivo que posibilite a las mujeres evitar este tipo de relaciones. Asimismo, señala la autora que posiblemente las mujeres maltratadas estén siendo víctimas de su propia posición subjetiva, en la que no puede descartarse una posición masoquista en la elección de pareja (Ruiz, P., 2006). Por lo tanto, se propone comprender el fenómeno desde la dimensión subjetiva sin eludir el aspecto social, lo cual exige mantener una posición crítica. Sin embargo, ¿cómo sostener ésta ante el discurso predominante en las políticas públicas que desde una impostura paternalista conciben a la mujer como víctima?

Como ya se mencionó esta intervención clínica se realizó en un contexto institucional en donde predomina el discurso jurídico que da el tratamiento de víctima a las mujeres, por lo que se ha procurado mantener una posición crítica recurriendo a las advertencias y críticas formulado por algunas autoras. Según Estada, M.-C. (2011: 54) “dar el estatuto de víctima a las mujeres que sufren

maltrato” implica el riesgo de atender a partir de lo que ya se sabe de otras víctimas, lo cual debe evitarse para dejar lugar a la palabra del sujeto, escuchar lo que dice entre líneas, lo singular. Brindar atención en grupos especializados, víctimas de esto o aquello, o cualquier ‘colectivizable’ impone una desaparición de la palabra del sujeto sobre sí mismo.

Aunado a esto, Estada, M.-C. (2011) asevera que si una persona se presenta como “soy mujer víctima de maltrato” o “soy niño víctima de abusos”, se identifica y halla una “falsa consistencia al nivel de su yo” (p. 55). El nombre de víctima que se añade al propio forma una “unidad indisoluble”, creando una especie de identidad: “víctima de maltrato”, lo cual impide el cuestionamiento del maltrato como una circunstancia susceptible de cambio, ocasionando que algo que es del orden de un estar, se convierta en algo del orden del ser (p. 55). Dicho estatuto le resultará difícil de abandonar porque se identifica con éste y se aferra a ello, ya que le da consistencia, un lugar en lo social, salvo que la apelación lo coloca como objeto anulándolo como sujeto, imponiéndole una configuración simbólica que no es propia, lo cual también involucra maltrato.



Respecto al proceder del clínico, la autora recomienda que a quien se presente como víctima se le invite a seguir hablando de sí con sus propias palabras. Debe evitarse prestar mucha atención a la apelación y tampoco debe definirlo de otro modo. Es necesario evitar esta simplificación en el caso de víctimas en tratamiento para escuchar la singularidad del caso, los efectos de sujeto y “para que la palabra de un sujeto pueda ir haciendo su recorrido” (Estada, M.-C., 2011: 56). Por todo lo anterior, resulta recomendable y benéfica la escucha desde el enfoque psicoanalítico que privilegia la palabra del sujeto.

También Quaglia, M. y Debieux, M. (2008) afirman que cuando un sujeto habla de sí mismo en términos de víctima encubre cualquier otro rastro de su singularidad, por lo que enfatizan que la tentativa de reducir el dolor del sujeto a una condición

victimizada presenta el riesgo de contribuir a la emergencia de un sujeto fijado y rígido, lo cual aleja cualquier implicación en su propio relato. A propósito, cabe mencionar que en los casos atendidos suele aparecer en el discurso una queja reiterada que revela un sentimiento de acorralamiento e impotencia.

Desde estos cuestionamientos al estatuto “mujer víctima de violencia” y al concepto “violencia de género” se ha orientado la escucha. Asimismo, se cuestionan los discursos sociales que presentan la problemática como una realidad prefigurada en la oposición víctima/agresor por considerar que suprimen la singularidad y dan el tratamiento de problemática social, anulando lo particular. Por ello se recurre a utilizar esta forma de referencia: “mujeres en situaciones de violencia” para dar al maltrato el carácter de “circunstancia” susceptible de modificación.

Caso clínico Nadia: el estatuto de víctima o la posición de excepcionalidad

En los casos clínicos atendidos es posible dar cuenta de esta colocación del sujeto en una posición de víctima. El caso de Nadia, permite ilustrar las consecuencias de que alguien se presente como “víctima de maltrato”. Nadia es una mujer de 40 años, casada 22 años antes, madre de tres

hijos varones, abogada (1). Ella fue atendida en la misma institución dos años antes de este tratamiento. En aquella ocasión acudió durante tres sesiones a un grupo para “víctimas de violencia de género”. A raíz de ello comenzó un proceso de divorcio que dejó inconcluso, pues intentó suicidarse mediante ingesta de antipsicóticos. Después del intento de suicidio se interrumpió el tratamiento en grupo para atenderla en psicoterapia individual, a la cual asistió únicamente dos sesiones. Nadia afirma que dejó de acudir porque viajó sola –ella lo especifica– al extranjero a visitar a sus padres. Pero regresó a los dos días porque *extrañaba* a sus hijos. En esta ocasión Nadia solicitó la atención psicológica dos días después de que le extirparon un tumor en el seno izquierdo. Se presenta de la siguiente manera:

N: Vengo porque yo vine hace un año y medio y aquí me siento bien, yo aquí entendí que soy víctima de violencia, y que lo que hace mi marido no está bien... Aquí me dijeron que está mal que él me diga qué hacer, que no me deje salir, que no me deje trabajar, que me hable con groserías. Yo no sabía que eso estaba mal.

A raíz del tratamiento grupal Nadia descubrió que no está bien lo que su marido hace, le pide que cambie, pero él no cambia. Ella necesita que alguien le recuerde que no está bien *lo que él hace* porque ella misma no puede o no quiere *saber lo que está bien y lo que está mal*, y decidir cómo quiere ser tratada.

Al notar que se presenta como “víctima de violencia”, se invita a Nadia a hablar sobre lo que le ocurre, evitando cambiar el estatuto, pero atendiendo a que parece estar identificada en dicha posición. Así, se trabajaron siete sesiones, durante las cuales fue notoria la dificultad para mover el discurso de la paciente hacia sí misma, puesto que se aferraba a su posición: *es que si él es el que está mal, él tiene que cambiar*. Pretensión que, seguramente, se había confirmado en el trabajo grupal para “víctimas de violencia”, pues se apropia y repite el discurso que ostenta la institución. Cuando se le preguntaba *¿qué vas a hacer si él no cambia?* ella repetía: *Voy a replantear mi proyecto de vida para estar bien yo, tomar mis decisiones*. Asume esta frase, proveniente de los manuales de la institución, como una fórmula prefigurada que anula sus propias palabras.

Es posible que el estatuto de “mujer víctima de violencia” contribuya a confirmar la convicción de trágico destino que es común a estos casos: *Todo es una catástrofe y nada va a mejorar si él no cambia*. Freud, S. (1916/1991) explica esta posición del sujeto como un estado excepcional: “se colocan como seres que han sufrido y se han privado bastante que tienen derecho a que se los excuse de ulteriores requerimientos” (p. 320), ellos son excepciones. Bajo la égida de haber sufrido un injusto perjuicio, estos individuos “reclaman privilegios sobre los demás”. En el trabajo clínico se insta al paciente a desplazar una ganancia de placer fácil e inmediato que puede acarrearle un perjuicio, por una más segura que le evite el daño. Es decir, se le guía para que *“avance del principio del placer al principio de realidad”*(2) (p. 319). El discurso de la paciente deja entrever rastros de esa posición de excepcionalidad, pues es su marido quien debe cambiar para que todo mejore, para ella no hay exigencias, puesto que es la víctima: *Pero ¿yo qué hago? Si es él el que está mal y él no cambia ¿Yo qué puedo hacer si le digo que no me trate así, qué..? Lo que me dicen aquí que no está bien que me hable así...*

A la siguiente sesión, Nadia llegó acompañada de un familiar, en medio de un episodio delirante detonado por un enfrentamiento con su marido y sus dos hijos mayores ocurrido al anochecer. Ellos la agredieron verbal y físicamente. Ella llamó a la policía, quienes persuadieron al marido para que le permitiera salir de la casa. Éste la *llevó* a otra residencia, donde se quedó sola y permanece allí desde entonces. Al día siguiente, el psiquiatra –amigo de la pareja– acudió a este

sitio a entrevistarla prescribiéndole antipsicóticos. En la crisis Nadia olvidó a sus dos hijos mayores: *no sé quiénes son esos muchachos que mi marido dice que son mis hijos*, y concluye: *yo sí tengo tres hijos, pero ya me acordé que se murieron dos cuando eran chiquitos*. No recuerda con detalle los eventos, pero explica: *Yo estaba allí donde vivía y ese hombre –su hijo mayor– no sé por qué me siguió hasta mi cuarto... me empezó a gritar y me tapaba la boca. Me decían cosas feas*. Tampoco recuerda cómo comenzó el conflicto y se niega a repetir lo que le decían.

Ante estas condiciones, se indaga cómo está operando el mecanismo de desmentida (3) y cuál fragmento de la realidad está afectando. Así, se sabe que el mecanismo delirante afecta únicamente lo concerniente a sus hijos mayores. Sobre cómo se constituyó el delirio, ella expresa: *es que cuando iba caminando hacia M –así se refiere a la casa en donde reside desde la crisis– yo me sentía muy triste, entonces yo pensé es que mis dos hijos se murieron por eso estoy tan triste. Es que yo sí tuve dos hijos, pero se murieron chiquitos*. También se exploran los recursos con los que cuenta para restituir el principio de realidad, por lo que es relevante su queja de sentirse presionada por su marido: *Mi esposo quiere hacerme creer que ellos son mis hijos y no es cierto, ellos no son mis hijos*. Aunque también duda, pues la certeza no resiste a los esfuerzos de su marido. Se considera que la paciente cuenta con recursos para cancelar el mecanismo de desmentida, pues se esfuerza por apartar de su memoria los detalles del enfrentamiento: *No quiero pensar, me duele mucho mi cabeza*. Lo cual da cuenta de un mecanismo defensivo que pasa por la *represión*.

Dos semanas más tarde Nadia mostró signos de estabilización, el delirio remitió. Entonces, hizo una reconstrucción del episodio detonante. El día del ataque Nadia y su marido sospechaban que el hijo mayor sustrajo una fuerte cantidad de dinero propiedad de la dueña de la casa que habitan. Inspeccionaron la recámara del joven mientras él estaba ausente. Al volver éste se enteró de la inspección y reclamó al padre, diciéndole: *si eres tan macho, agárrate bien los pantalones y reclámame*. Nadia reprendió al joven: *¡no le hables así!, es tu padre, respétalo*. Entonces, ambos la acusaron de ser la causante del conflicto. Sintiendo atacada se fue llorando a la cocina donde estaba el hijo de 15 años; ella lo acusó de haberle informado al hijo mayor. El muchacho respondió gritando: *sí, yo le dije y si te quieres ir, lárgate, ya no estés diciendo, lárgate*. Nadia reaccionó lanzándole un manotazo que él detuvo con una cuchara. Ella se fue a su cuarto a llorar, donde ocurrió el ataque. *Allí me alcanzó el muchacho grande. Él me estaba diciendo muchas cosas muy feas y me tapó la boca así –se coloca la mano sobre la boca– y yo le gritaba a Mariano –su marido*. No repite las *cosas feas* que le dijo su hijo, finalmente expresa: *Él me reclamaba que cuando estaba chiquito le pegaba, me dijo: ‘por eso soy así porque me pegaba’ y yo le dije: ‘te hubiera pegado más, así no serías un ladrón’*. Durante la estabilización, la escucha se dirigió hacia el estado de los mecanismos de desmentida y reconstrucción de la realidad.

Tras la crisis ella vive sola en la casa donde tiene su despacho, la cual está a nombre de su marido. Se queja de no contar con dinero propio, pues su marido es quien compra todo. No ha decidido lo que ocurrirá con su matrimonio. El menor de sus hijos (10 años) se muestra agobiado y confundido ante la incierta situación familiar. No obstante las circunstancias inciertas y de crisis a su alrededor, tan pronto hubo signos de mejoría la paciente empezó a hablar de viajar al extranjero para visitar a sus padres. Cuando se le señalan las condiciones adversas de su situación y se le propone atenderlas antes de realizar su viaje ella se rebela contra la propuesta, aseverando: *...mi papá me apapacha y yo siento que ahorita eso necesito: que me apapache*. Nadia siente que ha pasado por un perjuicio injusto, lo que Freud señala como una afrenta narcisista con la que el sujeto se coloca ante los otros como alguien que no se somete a las exigencias propias del lazo social. Puede situarse a Nadia en la posición inconsciente del personaje de Shakespeare, Gloucester: “la naturaleza ha cometido conmigo una grave injusticia negándome la bella figura que hace a los hombres ser

amados. La vida me debe resarcimiento, que yo me tomaré. Tengo derecho a ser una excepción, a pasar por encima de los reparos que detienen a otro” (Freud, 1916/1991, p.322). Ante esta posición –como el mismo autor advierte– fracasaron los argumentos y ella abandonó el tratamiento.

Quehacer clínico: ¿responsabilizar o erradicar la culpa sádica?

Por otro lado, si bien es necesario mantener una postura de alerta ante la tendencia a victimizar, debe mantenerse la misma posición ante la tendencia a “responsabilizar”. En el tratamiento clínico pasará mucho tiempo antes de que una mujer pueda decidir por sí misma y reconocer su responsabilidad, por tanto, deberá tenerse como primer objetivo “erradicar la culpa sádica que emborriona y hace inviable cualquier intento de elaboración psíquica” (Ruiz, P., 2006:129). Es necesario tener claro que la cuestión por la responsabilidad de la mujer tendrá la función de indagar sobre sus determinaciones inconscientes para que pueda entender por qué no pudo salir de la escena del maltrato, por lo que debe evitarse que las reflexiones sobre la responsabilidad de la mujer funcionen como atenuante o justificación del agresor.

Para Estada, M.-C. (2011) debe distinguirse sobre qué y quien es responsable. Advierte la autora que debe tenerse cuidado de pretender que las mujeres asuman su parte de responsabilidad, pues antes es necesario hacer una distinción entre culpabilidad y responsabilidad, de tal modo que se tenga la fineza de “no forzarlas a ubicarse ni en un lugar sólo de víctima, ni en un lugar sólo de responsabilidad” (p. 57). De no mantener esa sutil distinción, puede ocurrir que las mujeres abandonen el tratamiento sintiéndose aún más culpables.

Respecto a esta sutil distinción entre culpabilidad y responsabilidad, es pertinente retomar la formulación freudiana sobre la constitución del superyó y la culpabilidad. Según Freud, S. (1929-1930/1975) el sentimiento inconsciente de culpa se produce en el niño a raíz de que la autoridad externa se opone a la satisfacción pulsional, es decir tiene lugar una interdicción a la satisfacción, lo cual ocasiona en el niño hostilidad hacia la autoridad que al no poder descargarse por el estado de inmadurez motriz, es devuelta hacia el yo y, en esta vuelta se transmuda en angustia por la pérdida de amor. Este proceso ocurre en un tiempo en que el niño se encuentra en estado de desvalimiento y dependencia respecto a los otros, por ello experimenta el peligro de ser abandonado o destruido por esos poderes hiperpotentes a quienes desea destruir. Ante el peligro, consiente la renuncia. Posteriormente, la autoridad interdictora se instaura en el interior del yo, erigiéndose como la autoridad que exige la renuncia pulsional, y más tarde devendrá conciencia moral.

Por otro lado, tanto en el quehacer clínico como en el análisis del material clínico se recurrió a los planteamientos freudianos sobre la mujer. Según Freud, S. (1931/1990), para ligarse al padre la niña debe renunciar a la madre, su primer objeto de amor, y cambiar el órgano sexual privilegiado en la etapa fálica: el clitoris por la vagina, constituyendo la cabal vuelta hacia la feminidad. Así, el lazo con la madre adquiere un papel fundamental. Tiene una larga duración y atraviesa por las tres fases: oral, anal y fálica, por tanto, las fantasías cobran los caracteres de cada una de las etapas: deseos orales, sádico-anales y fálicos.

Cuando la niña se expone a la diferencia sexual comienza el extrañamiento de la madre. La visión del niño fálico despierta en la pequeña la «envidia del pene» (*pennisneid*). La niña lo ve: “en el acto se forma su juicio y su decisión. Ha visto eso, sabe que no lo tiene y quiere tenerlo” (Freud, S., 1925/1997: 271). Entonces, la niña se introduce en el orden del *tener*, pero con la dificultad de *no tener*. Forma la fantasía que le crecerá; para *tener* deberá esperar, acepta la promesa. Primer pacto con el orden del *tener*, y por lo tanto, primera tramitación de la diferencia sexual. Aunque este punto de la teoría freudiana ha sido bastante criticado, es conveniente referirlo para comprender la lógica

fálica hegemónica que otorga la primacía al falo, ya que ésta se inscribe en un conjunto de representaciones que conforman tanto lo psíquico como lo social (Zárate, G., 2007).

En el lazo libidinal con la madre la niña quiere tener un pene para ofrecérselo, porque cree que ésta tiene uno. Al ver que el órgano no crece y no tendrá uno, pues la madre no tiene, la niña “desestima su amor por la madre”, se apartará de ella decepcionada, reprochándole por el perjuicio de “haberla enviado tan mal equipada” (Freud, S., 1931/1990). Por esta temprana decepción la niña renuncia a la satisfacción en el clítoris, e inclusive reprime gran parte de las aspiraciones sexuales.

Luego de renunciar a la madre, la niña voltea hacia el padre en busca del pene que le falta, a quien renunciará a cambio de la promesa de tener un hijo. Para dejar atrás este lazo y elegir objeto, la niña admite su castración y su inferioridad en la paridad con el varón. De esta actitud escindida se desprenden tres orientaciones: la primera se caracteriza por una renuncia a la sexualidad, en la segunda hay un aferramiento a la masculinidad y, por lo tanto, una persistencia de la fantasía de ser un varón; y la tercera es lo que se reconoce como la configuración femenina normal, en la cual la niña tomará al padre como objeto de amor aceptando la promesa de un hijo (Freud, S., 1931/1990).

Sin embargo, la severidad de los castigos que soportan las mujeres maltratadas lleva a considerar que puede tratarse de lo que Freud (1929-1930/1975) postula como un lazo erótico entre el yo y el superyó en el que éste asedia al yo, ocasionando una exacerbación del sentimiento de culpa que obliga al sujeto a soportar los castigos más severos. En este sentido, cabe considerar la caracterización que hace Freud, S., (1924/1997, 1925/1997, 1931/1990, 1932/1990) del superyó femenino. Para este autor, el complejo de Edipo de la niña es como un puerto en el que desemboca luego de haber sido expulsada de la ligazón-madre, en menoscabo de la formación del *superyó* y del *ideal del yo*. Visto así, en la niña faltaría el motivo para que disuelva el complejo de Edipo puesto que la amenaza de castración no le afecta; entonces, la niña tendría un superyó débil, o bien éste nunca sería tan independiente e impersonal como en el varón por ser más dependiente de las figuras parentales, en consecuencia, la mujer no alcanzaría el acendrado sentimiento de justicia.

Aunque cabe considerar que según Freud, S., (1923/1997) el *ideal del yo* se erige a partir de los objetos sexuales que el niño resigna. Ahora bien, la niña hace una cabal elección de objeto sexual en la etapa fálica, es la madre, por lo tanto, puede ocurrir que al renunciar a la madre se conserve este objeto sexual resignado –en medio de una intensa ambivalencia– como un precedente del Ideal del Yo. Entonces, es posible aseverar que hay dos condiciones para la instauración de un superyó en la niña: primero, la angustia ante la pérdida de amor, segundo, un objeto sexual resignado.

En este sentido, se retoma la propuesta de Millot, C., (1988) acerca del superyó femenino, quien reconsidera la posibilidad de un superyó femenino, dado que abundan pruebas “de que las mujeres no están más protegidas que los hombres de los estragos causados por ese superyó al que Lacan calificó de obscuro y feroz” (p. 43). En primer lugar, establece que las consideraciones freudianas sobre la diferencia del superyó de la mujer y el hombre se sostienen desde el complejo de Edipo, y no desde el superyó precoz, materno. Siendo que este superyó que se instaura tras la resolución del complejo de Edipo, es una segunda forma. Asevera que este superyó “no se instaura en la niña: puesto que, precisamente la niña no tiene que proceder a tal identificación con el padre. Al no verse afectada por la amenaza de castración, no renuncia a su demanda de amor al padre, es decir a su demanda de recibir el pene o el hijo que le haría de sustituto” (Millot, C., 1988: 45).

Si tal demanda de amor persiste, la mujer depende de otro real, ya sea que se trate del padre o de un sustituto. “Lacan sugiere por su lado que la identidad entre el objeto de satisfacción y el objeto de amor hace más dependiente a la mujer del amor de ese Otro de quien ella espera que satisfaga su demanda de falo” (Millot, C., 1988: 46). En tal caso, la angustia reside en el riesgo de perder ese

amor, lo que involucra “la desestimación de su demanda fálica”. Es decir, antes que perder el amor, estará dispuesta a sacrificarlo todo. Si una mujer se ubica en ese lugar, entonces aquel a quien dirige su demanda podrá someterla a exigencias eventualmente desmedidas. “Él ocupa el lugar de ese superyó que, como instancia intrapsíquica, le falta. La mujer tendría su superyó, por decirlo así, en el exterior” (Millot, C., 1988: 47).

Ahora bien, “no hay identificación ideal femenina a menos que sea a la mujer fálica”, la cual es preedípica, por tanto, en la niña no se instaura un *ideal del yo* post-edípico. De este modo, si la niña forma un *ideal del yo*, este es de origen materno, se instaura si el sujeto no asume la castración materna y mantiene a la madre en su estatuto de omnipotencia. El padre se reduce a “apéndice de la potencia materna”. La niña se identifica con la madre omnipotente. Solución que esconde la trampa de someter a la mujer a la crueldad del “superyó materno retorsivo” (Millot, C., 1988: 48). La niña se identifica con la madre, al mismo tiempo que se separa de ella decepcionada por la carencia fálica, pero estará dispuesta a sacrificarse para mantener a la madre en su estatuto de omnipotencia. Además, según Freud, S. (1929-1930/1975) un factor importante para la ferocidad del superyó es un padre blando e indulgente, puesto que ese niño no tendrá otra salida para su agresión que volcarla hacia el interior. Un padre ausente que no participa en la educación, puede ser un padre blando.

En el mismo sentido, Millot, C. (1988) retoma a Carl Müller-Braunschweig, quien establece que el fantasma de castración en la mujer se instaura como una formación reactiva a las angustias despertadas por los deseos “femeninos”, que representan una amenaza para la integridad corporal (temor de violación). Y, bien mirado, “la angustia de castración sería preferible a una angustia de destrucción mucho más radical” (Millot, C. 1988: 49). Si la niña recibe una mirada indecisa del padre como respuesta a estos deseos femeninos o una descalificación de una madre fálica, se aferrará a su anhelo de pene. Si no se cumple la función de ruptura de la ligazón madre-hija, a la niña le queda como destino identificarse con la madre, para no ser devorada o destruida.

Por otro lado, es posible ahora ocuparse del papel del masoquismo en la constitución de la niña. En el texto *Pegan a un niño* Freud, S. (1919/1997) describe las tres fases de la fantasía masoquista: en primer lugar, «el padre azota al niño que odio»; segundo, «yo soy azotado por el padre», y, por último, «varios niños son azotados por un adulto», pero nunca es el padre el azotador, ni el fantaseador es azotado. En esta tercera fase la fantasía es revestida por una intensa excitación sexual que culmina en satisfacción onanista. Estas fantasías se presentan en el momento en que la niña está ligada tiernamente al padre y en una ambivalente actitud hacia la madre.

Para los fines de este texto se hace referencia a lo relativo a la segunda fase de la fantasía. Ésta consiste en la inversión de la fantasía de la primera etapa: «No, no te ama a ti, pues te pega». Expresión directa de la conciencia de culpa que involucra un castigo ejemplar (Freud, S., 1919/1997). Reúne una regresión a la organización sádico-anal y el castigo por la referencia genital prohibida, estableciendo una conjunción entre culpa y erotismo. Aquí, ya se plantea un primer anclaje del superyó femenino: el sentimiento de culpa que concede el masoquismo al servicio de la sexualidad propiamente femenina.

El caso de Flor: La fantasía masoquista subyacente a los episodios violentos

Se presenta un fragmento de caso para mostrar cómo, en un espacio terapéutico en el que se convoca al sujeto a que hable sobre su padecer, se suscitan procesos de elaboración psíquica del dolor y el maltrato experimentados. Al poner en palabras los episodios de maltrato, el sujeto atraviesa por un proceso de enunciación (4) que le permite transitar de una posición pasiva en el enunciado a una posición activa colocándose como agente de lo que vive. También se analizan los

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/ano-vii-edicao-1-junho2015/artigo-tematico.htm#>

episodios de maltrato a la luz las formulaciones psicoanalíticas sobre la fantasía masoquista inconsciente subyacente a estas escenas.

Flor es una mujer de 40 años, ama de casa, ha estado casada durante 16 años, madre de dos niños, es la tercera de siete hermanos. Recuerda que durante su infancia los padres peleaban constantemente: *mi mamá se enojaba porque él llegaba borracho o porque había salido con las secretarias de su trabajo*. Tras estas peleas, la madre golpeaba a los hijos. Sobre su lazo con la madre expresa que fue prolongado: *yo fui la que más estuvo con ella porque fui la que se casó más grande*. La madre murió 15 años atrás, el padre aún vive, pero Flor se distanció de él después de la muerte de la madre, ya que no soporta el alcoholismo de él. Ella recuerda una situación de pobreza durante su niñez, por lo que entró a trabajar desde la temprana edad de siete años. Durante la adolescencia trabajaba y estudiaba para concluir la educación media. Después tuvo su primer empleo formal en un supermercado, fue entonces cuando conoció a Daniel, su ex marido. Se casaron al poco tiempo de conocerse. Desde el comienzo han sido constantes los celos de ella y la ausencia de él. Luego del primer año, ella intentó embarazarse, pero sólo lo consiguió cuatro años después.

La paciente solicita atención psicológica tras iniciar un trámite de divorcio, dice: *Vengo porque me estoy divorciando y ya no sé cómo manejarlo porque me... estoy muy mal*. En esta ocasión, tiene la sospecha de que él sostiene una relación amorosa con una compañera de trabajo. Esto detona la crisis. *Hace tiempo que mi marido me dice sólo mentiras*, asevera Flor, pues ha notado “detallitos” que alientan su sospecha: él pone mayor atención en su arreglo personal, se ve más alegre, gasta más en celular. Ya *no sabe cómo manejarlo*, es decir son insuficientes los mecanismos de defensa y negación que oponía a las recurrentes infidelidades de su pareja. Finalmente, lo confronta, pero él lo niega. Aunque en la lucha y desazón él propuso el divorcio, continúan viviendo en la misma casa, pero él amenaza diariamente con irse y son constantes los enfrentamientos a gritos.

Este caso permite dilucidar la relación entre la fantasía masoquista y los episodios de agresión física, pues se supone que están articulados. En el curso del tratamiento la paciente relata el mismo evento en tres momentos distintos. Al enunciar lo ocurrido y cómo se sintió, la paciente articula el evento traumático en su historia, transitando de un lugar de objeto de maltrato a un lugar de sujeto. A continuación se analizan los relatos, enfatizando las diferencias y los distintos lugares que ocupa el sujeto en el discurso. El episodio ocurrió unos días después de que nació su hija, culmina en mutua agresión física: Ella lo abofeteó y le “arañó” el rostro; él la golpeó en el rostro tumbándola de un puñetazo y le rompió el dedo meñique de la mano izquierda.

F: Él fue a la fiesta de la oficina y llegó muy tarde, como a las dos de la mañana y yo estaba sola con la niña. Cuando llegó yo le reclamé ¿por qué te tardaste tanto? y le pregunté: ¿bailaste? Y él me dijo que no y me gritó que no podía estar conmigo por mi carácter. Entonces, me agarró el dedo así –me muestra tomando el dedo meñique de su mano izquierda con la mano derecha– y me pegó con el puño –señala su ojo izquierdo con el puño.

Mientras teje su relato Flor llora cada vez más perturbada, al concluir parece asombrada. La intensidad de los afectos depositados en la experiencia avasalla al sujeto, dejándolo en un estado de estupor. En este primer momento el discurso de la paciente se ubica en el enunciado, en voz pasiva, un sujeto borrado, ausente, en un lugar de objeto. Es necesario restituirle su lugar de sujeto, por lo que se le pregunta cómo terminó el episodio, ella afirma: *Me tumbó, del golpe me tumbó, ya cuando me vio tirada se salió y se fue*.

Después del ataque, Flor guardó silencio: *No, no le dije a nadie. Me ponía lentes oscuros o les decía que me había pegado con el cajón.* Este silencio autoimpuesto tiene un matiz de borramiento, de secreto ¿en qué consiste el secreto? El silencio sobre el evento y la ausencia de autorreferencias dan cuenta de una posición de objeto y del asedio de la culpa.

Por otro lado, ella afirma: *Me sentía muy triste, sentía que eran golpes que no me merecía.* Los golpes que *se merecen* son cuando *hizo algo malo, alguna travesura.* La forma del enunciado remite al montaje de la segunda etapa de la fantasía masoquista: el niño es castigado por el padre cuando “hizo algo malo”. Es posible que detrás de estas escenas de agresión se halle, subyacente, la segunda etapa de la fantasía masoquista: “el padre me pega, el padre me ama”. Ya se dijo que este fantasma conjuga culpa y erotismo, muda el castigo por la satisfacción pulsional prohibida, es decir Flor soporta el castigo a la vez que experimenta satisfacción.

En el segundo momento del relato, ella se incluye en la escena como agente del acto y si como afirma Pereña, F. (2004) todo acto es irremediable y sin coartada, en este relato se concreta un pasaje por la culpabilidad que la paciente habrá de transitar para asumir el dolor de su experiencia. Luego de firmar el divorcio, ella asume la decisión de separarse, entonces se articula el discurso:

F: ...es que él por ejemplo nunca se hizo cargo de los niños, yo sentí que ni le importó que me embarazara, cuando la niña nació, tenía 15 días de nacida cuando él se fue a una fiesta de su trabajo y yo me quedé en la casa con la niña... Ese día yo estaba esperándolo porque se fue y no me dejó dinero, yo no podía salir y la niña estaba mal, porque nació mal del pílono, pues no la podía yo alimentar, pero él se fue y dijo que regresaba pronto, yo lo estaba esperando y no llegaba. Y no regresó, hasta las dos de la mañana regresó. Cuando llegó yo le dije: “¿Por qué te tardaste tanto? ¿No ves que la niña está sin comer y ni dinero me dejaste?” Él me contestó: “Ya vas a empezar, por eso no estoy aquí porque no te aguanto, tú siempre con tu mal carácter, me tienes harto”. Yo me enojé y le grité: “Sí, pues seguro estabas bailando con tus putas, por eso llegas hasta ahorita, dime, ¿con quién bailaste?” Él me miró y me dijo: “estás loca, me tienes harto con tus celos y tu carácter tan feo, por eso bailo con otras mujeres que sí saben disfrutar la vida, tú siempre estás amargada y con tu mal carácter”. Yo le aventé una cachetada y le arañé la cara, él me agarró el dedo así –muestra nuevamente cómo le agarró el dedo– me lo rompió y me dio un puñetazo en el ojo –señala el ojo izquierdo. Me caí del golpe, cuando me vio tirada se salió y me dejó allí.

En este relato pone el énfasis en la vulnerabilidad, pues se incluye a la recién nacida en la escena. También aparece el personaje Flor: ella está vulnerable, recién parida, sola con una recién nacida enferma. Igualmente, son relevantes los cambios de posición del sujeto en el relato: de estar vulnerable pasa a estar enojada y del enojo pasa al acto, a la agresividad, para culminar trágicamente derribada. Estos movimientos indican la activación de procesos psíquicos, es decir las investiduras libidinales están fluyendo. Queda atrás la voz pasiva del primer momento que la mantenía en estado estático. Aquel acto de la culpa que en otro momento no pudo nombrarse, sólo se designó como “algo malo”, ahora es nombrado y localizado, permitiendo desentrañar la fijación pulsional. También se actualiza la culpabilidad, ya que ella expresa sus sentimientos: *Me sentía mal, yo pensaba que a lo mejor era cierto, que era por mi mal carácter, por eso él se iba. Y entonces, ya dije voy a cambiar, ya me callaba, ya no le reclamaba...*

En el tercer relato, la paciente se coloca en un lugar de sujeto, pasa del enunciado a la enunciación, puesto que habla en voz activa y expresa cómo se sintió:

F: ...me estuve acordando de cuando él me pegó, yo me quedé y no dije nada porque tenía miedo y no me cuidé, no traté de hacer o decirle a alguien... Me acuerdo que me rompió el dedo y no hice nada, lo traje así, sin curármelo hasta que se compuso solo, mi dedo nunca me quedó bien –levanta la mano y la pone frente a sí y frente a la terapeuta, el dedo meñique de la mano izquierda está curvado de la mitad hacia arriba. Ella comienza a llorar como si aún sintiera el dolor del dedo o el dolor del abandono que se impuso.

Curiosamente, es la primera vez que muestra el dedo, pues únicamente mostraba cómo se lo había torcido, pero no permitía ver el dedo. Hasta ahora voltea a verse a sí misma. Ocurre un tránsito del lugar de objeto al lugar de sujeto, puesto que ella está hablando desde el dolor que sintió. Al tomar parte en la escena se permite habitar su dolor. Se considera que el relato que hace la paciente sobre el episodio de maltrato ha permitido una reelaboración de las mociones pulsionales al servicio de la fantasía masoquista que subyace a esos episodios.

Conclusiones

A partir de los casos atendidos es posible formular que la queja reiterada de las mujeres sobre el maltrato del que son víctimas por parte de su pareja –que en la repetición constante hace pensar en un callejón sin salida, un trágico destino– da cuenta de una posición de excepcionalidad. A menudo, la reiteración de la queja suscita la idea de laberinto, de aislamiento, como si sólo estuvieran los dos personajes de la pareja. También genera la ambigüedad que caracteriza la relación dual que precipita a lo sexual (Lacan, J., 1956-1957/2010), es decir el intercambio violento de estas parejas está altamente erotizado y da cuenta de una intensa fijación pulsional.

Durante la intervención, fue posible constatar que el tratamiento como víctima otorga al sujeto una identidad que le resulta difícil de abandonar, y que en el tratamiento clínico encubre una posición de excepcionalidad. El quehacer clínico con estos casos presenta serias dificultades en el momento de convocar al paciente a que abandone esta posición, puesto que se le invita a formular las cuestiones sobre sí misma y sus actos. Sin embargo, en estos casos la escucha analítica deberá hacerse con suma paciencia y preservándose de desatar una fuerte reacción transferencial negativa, la cual también puede suscitarse por parte del terapeuta.

Por otro lado, un elemento relevante del quehacer clínico con mujeres maltratadas ha sido propiciar ese espacio de escucha para que el sujeto repita su queja por el maltrato vivido, y en esa repetición pueda elaborar un relato de los episodios de violencia experimentados, de tal modo que le sea posible inscribir-se en su historia. Además, es importante poner atención a estos relatos para notar los cambios sutiles que indiquen un movimiento libidinal.

Respecto al papel de la culpa sádica, conviene precisar que a partir del caso presentado esa culpabilidad que somete al sujeto remite al lazo con la madre, es decir esta mujer repite en su relación amorosa las mociones libidinales reprimidas de la separación preedípica no elaborada, que se traducen en culpabilidad y angustia por la pérdida de amor. Culpabilidad sostenida y exacerbada por la pareja maltratadora. Se procuró escuchar manteniendo el cuestionamiento ¿de qué se siente culpable? Con la finalidad de bordear esta agresividad alentada por el superyó hipersevero.

Asimismo, cabe enfatizar que algunas mujeres repiten en la relación de maltrato aquello que no fue elaborado en la temprana separación de la madre, lo cual se transfiere a la relación amorosa en la edad adulta. Al respecto, cabe considerar los distintos casos, puesto que Freud, S. (1932/1990) planteó que en el lazo con el padre, la niña transfiere lo que ya experimentó con la madre, sin embargo, en esta vuelta, la niña sabe bien lo que busca y por esa búsqueda emprenderá distintos

derroteros que la harán desembocar en distintos destinos. Uno de los cuales consistirá en aferrarse a un significante, a un ideal que la sociedad le imponga para ser mujer.

Notas:

- (1) Por confidencialidad y respeto a la privacidad se han alterado los datos de las pacientes.
- (2) Cursivas en el original
- (3) La desmentida (*Verleugnung*) ocurre cuando el yo se encuentra en un “conflicto entre la exigencia pulsional y el veto de la realidad”, adopta una solución que pretende cumplir con ambas: “rechaza la realidad objetiva con ayuda de ciertos mecanismos, y no se deja prohibir nada; por el otro, y a renglón seguido, reconoce el peligro de la realidad objetiva, asume la angustia ante él como un síntoma de padecer, y luego busca defenderse de él” (Freud, S. 1940 [1938]/1991:275). Este mecanismo ocasiona una desgarradura en el yo, imposible de reparar, así, el yo queda escindido.
- (4) La enunciación tal como la plantea la lingüística europea se entiende como un acto individual ejecutado por un hablante en un tiempo/espacio específicos, y una situación específica; en contraposición con el enunciado, en esa producción lingüística que se analiza como unidad gramatical abstracta, con independencia de sus condiciones de producción u ocurrencia. Desde la concepción lacaniana, el acto de hablar tiene un sentido, “la palabra es un llamado al otro”, de tal modo, Lacan otorga un lugar primordial al acto de hablar en los intercambios subjetivos. En 1950, Lacan usa el término enunciación para emplazar el sujeto del inconsciente. La enunciación es inconsciente, puesto que la fuente de la palabra no es el yo, ni la conciencia, sino el Otro. (Evans, D. 2010:78)

Referencias Bibliográficas

- AGAMBEN, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? En *Revista Sociológica*. (73). 249-264. <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7310.pdf>.
- DÍAZ, G. (2009). La violencia de género en México: reto del gobierno y de la sociedad. En *Revista electrónica Encrucijada*. (2). 1-16. <http://investigacion.politicas.unam.mx/encrucijadaCEAP>.
- ESTADA, M.-C. (2011). Cap. 5, Clínica de la bella y la bestia. En Asociación Análisis Freudiano (Ed.), *La violencia sobre las mujeres*. Madrid: Editorial Catriel.
- EVANS, D. (2010). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- FREUD, S. (1912/1976). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1914/1976). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1916/1991). *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1919/1997). *Pegan a un niño*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XVII). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1921/1992). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1923/1997). *El yo y el ello*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1924/1997). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1925/1997). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los* <http://www.uva.br/trivium/edicoes/ano-vii-edicao-1-junho2015/artigo-tematico.htm#>

- sexos*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XXI). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1929-1930/1975). *El malestar en la cultura*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XXI). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1931/1990). *Sobre la sexualidad femenina*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XXI). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1932/1990). 33^a. *Conferencia. La feminidad*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XXII). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1940/1991). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. En J. Strachey (Ed.). Sigmund Freud obras completas. (J.L. Etcheverry, Trad., Vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (2010). *Compilación legislativa para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. Instituto Nacional de las Mujeres*. 2^a. ed. México.
- INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ. (2012). *Modelo de atención a mujeres víctimas de violencia familiar y de género*. Inédito. México.
- LACAN, J. (1966[1948]/2005). *La agresividad en psicoanálisis*. En *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- LACAN, J. (1956-1957/2010). *Seminario 4. La relación con el objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- LACAN, J. (1960-1961/2006). *Seminario 8. La Transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- MILLOT, C. (1988). *Nobodaddy: la histeria del siglo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PEREÑA, F. (2004). *De la violencia a la crueldad. Ensayo sobre la interpretación, el padre y la mujer*. España: Editorial Síntesis.
- QUAGLIA, M. y DEBIEUX, M. (2008). Em busca de novas abordagens para a violência de gênero: a desconstrução da vítima. *Revista Mal-estar E Subjetividade, VIII (4)* 1047-1076. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27111861009>
- ROJAS, M., C. (2002). *El amor de transferencia y el Eros platónico*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.
- RUIZ, P. (2006). *El maltrato a la mujer. Enfoque psicoanalítico a través de su historia y su clínica*. Madrid, España: Síntesis.
- SCHEJTER, V. (2006). ¿Qué es la intervención institucional? La psicología institucional como perspectiva de conocimiento. *Tramas, 25*. 259-265. <http://132.248.9.34/hevila/TramasMexicoDF/2005/no25/11.pdf>.
- ZÁRATE, G., (2007). Consideraciones desde el psicoanálisis para pensar a sexualidad femenina y la violencia hacia las mujeres. En Sánchez, A. G. (Ed.) (123-131). *La violencia: una realidad presente*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

Recebido em: 12/08/2014

Aprovado em: 03/02/1015